

## USTAWA

z dnia ..... 2006 r.

### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>2)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 14 dodaje się art. 14a w brzmieniu:

„Art. 14a. 1. Wobec osoby, która popełniła umyślne przestępstwo lub wykroczenie, którego skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, podmiotowi temu, z zastrzeżeniem ust. 2, przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych w tym zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Dochodzenie przez Fundusz roszczenia, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy przypadków, w których konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej wynika z ruchu pojazdów mechanicznych, a koszty tych świadczeń zostały pokryte ze środków, o których mowa w art. 116 ust.1 pkt 7a.”;

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, ustawę z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczeniach, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych i Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154 i Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411, Nr 179, poz. 1485 i Nr 164, poz. 1366 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i Nr 143, poz. 1030.

2) w art. 97 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w art. 117 pkt 1a.”;

3) w art. 116 w ust. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;”;

4) w art. 117 w ust. 1 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i pokrywanych ze środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 7a;”;

5) w art. 118 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:

1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:

- a) kosztów finansowania działalności centrali,
- b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
- c) rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a,

2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;

3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.”;

6) art. 124 otrzymuje brzmienie:

„Art. 124. 1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.

2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.

3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na

uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu.

5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

7. Prezes Funduszu podejmuje decyzje o uruchomieniu rezerw, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i c, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118.

9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4-7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i ust. 5 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.

10. W przypadku, gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest wyższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica jest pokrywana z rezerwy ogólnej Funduszu.

11. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest niższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnicę przeznacza się na powiększenie wysokości tej rezerwy w następnym roku obrotowym.”;

7) art. 129 otrzymuje brzmienie:

„Art. 129. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się na:

- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych;
- 2) fundusz zapasowy.

2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

3. W przypadku przyjęcia przez Radę Funduszu uchwały przewidującej przeznaczenie zysku netto za dany rok obrotowy na fundusz zapasowy, Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego Funduszu na rok, w którym dokonuje się podziału zysku, przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę nie większą niż wysokość zysku netto za dany rok obrotowy przeznaczonego na fundusz zapasowy.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oraz w przypadku przeznaczenia części rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, zgodnie z art. 124 ust. 11, przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.

5. Przy zmianie planu finansowego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przy ustaleniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.

6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i ust. 5 oraz środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu przy uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.”;

8) po art. 131 dodaje się art. 131a w brzmieniu:

„Art. 131a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki

zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych, uwzględniając wysokość tych kosztów oraz wysokość składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w ust. 1, określana jest corocznie, w terminie do 30 września, i ma zastosowanie w roku następnym.

3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, jest ilorazem wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych oraz wysokości składek, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, prognozowanych na rok następny.

4. Komisja Nadzoru Finansowego przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację dotyczącą wysokości składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

5. Na wniosek Funduszu, nie częściej niż co miesiąc, Policja przekazuje Funduszowi odpłatnie informacje dotyczące osób poszkodowanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych.”

9) w art. 136:

a) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1,

b) w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem ust. 2;”

c) dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 5, nie zawiera zobowiązań z tytułu kosztów świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a.”

**Art. 2.** W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.<sup>5</sup>) w art. 49 po § 3 dodaje się § 3<sup>1</sup> w brzmieniu:

„§ 3<sup>1</sup>. Za pokrzywdzonego uważa się podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie, w jakim pokrył szkodę wyrządzoną pokrzywdzonemu przez przestępstwo lub jest zobowiązany do jej pokrycia.”.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. Nr 106, poz. 1148, z późn. zm.<sup>3</sup>) w art. 25 § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Do pokrzywdzonego stosuje się odpowiednio art. 49 § 3 i § 3<sup>1</sup> oraz art. 51 Kodeksu postępowania karnego.”.

**Art. 4.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.<sup>4</sup>) w art. 18 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Wysokość składek ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oblicza się z uwzględnieniem przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.”.

**Art. 5.** W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.<sup>5</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 8 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Taryfy oraz wysokość składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe ustala zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 29a.”;

---

<sup>3</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r., Nr 83, poz. 931, z 2000 r., Nr 50, poz. 580, Nr 62, poz. 717, Nr 73, poz. 852, Nr 93, poz. 1027, z 2001 r., Nr 98, poz. 1071, Nr 106, poz. 1149, z 2002 r., Nr 74, poz. 676, z 2003 r., Nr 17, poz. 155, Nr 111, poz. 1061, Nr 130, poz. 1188, z 2004 r. Nr 51, poz. 514, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889, Nr 240, poz. 2405, Nr 264, poz. 2641, z 2005 r. Nr 10, poz. 70, Nr 48, poz. 461, Nr 96, poz. 821, Nr 143, poz. 1203, Nr 141, poz. 1181, Nr 169, poz. 1416, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 66, poz. 467, Nr 95, poz. 659, Nr 104, poz. 708, Nr 141, poz. 1013.

<sup>4</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539

<sup>5</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 26, poz. 225, Nr 96, poz. 959, Nr 141, poz. 1492, Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2778 oraz z 2005 r. Nr 167, poz. 1396.

2) po art. 29 dodaje się art. 29a w brzmieniu:

„Art. 29a. 1. Posiadacz pojazdu mechanicznego najpóźniej z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz w przypadku, o którym mowa w art. 31 ust. 2, składa oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia określonej w art. 233 § 6 Kodeksu karnego, czy był:

1) prawomocnie skazany za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub

2) ukarany za prowadzenie pojazdu mechanicznego znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka.

2. Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego oświadczy, że pojazdem będzie kierowała inna osoba, osoba ta składa oświadczenie, o którym mowa w ust. 1.

3. W przypadku, gdy posiadaczem pojazdu mechanicznego jest osoba prawna lub jednostka organizacyjną nieposiadająca osobowości prawnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa osoba, do której obowiązków należy kierowanie tym pojazdem.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 28 ust. 1, oświadczenia, o których mowa w ust. 1 – 3, są składane najpóźniej z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia OC, wyłącznie w razie zmiany okoliczności, które były podstawą złożenia ostatniego oświadczenia.

5. W przypadku niezłożenia oświadczeń, o których mowa w ust. 1 – 3, oraz w przypadku, gdy w oświadczeniach, o których mowa w ust. 1 - 3, znajdzie się informacja o:

1) prawomocnym skazaniu za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub

2) ukaraniu za prowadzenie pojazdu mechanicznego znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka

- składkę ustala się w wymiarze od podwójnej do potrójnej wysokości w stosunku do wysokości składki ustalanej bez uwzględniania okoliczności wskazanych w oświadczeniu. Podwyższenie składki dotyczy osoby, która składa oświadczenie.

6. Okres opłacania wyższej składki, o której mowa w ust. 5, wynosi 5 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o skazaniu lub ukaraniu, o którym mowa w ust. 5, chyba że wcześniej nastąpiło zatarcie tego skazania lub ukarania.

7. Zakłady ubezpieczeń, w celu sprawdzenia okoliczności wskazanych w ust. 1, są uprawnione, zgodnie z przepisami Prawa o ruchu drogowym, do odpłatnego uzyskiwania informacji z ewidencji prowadzonych na podstawie art. 80a oraz art. 130 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym.

8. W przypadku stwierdzenia przez zakład ubezpieczeń faktu:

1) prawomocnego skazania za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub

2) ukarania za prowadzenie pojazdu mechanicznego znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka

- przepisy ust. 5 i 6 stosuje się.”;

3) w art. 43 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) złożył fałszywe oświadczenie, o którym mowa w art. 29a ust. 1 - 3.”;

4) po art. 43 dodaje się art. 43a w brzmieniu:

„Art. 43a. 1. Zakłady ubezpieczeń przekazują do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poszkodowanym na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych określanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) informację o wysokości składek, o których mowa w pkt 1.

2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie, w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.”;

5) po art. 119 dodaje się art. 119a w brzmieniu:

„Art. 119 a. 1. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny przekazuje do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości wpływów z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia OC

posiadaczy pojazdów mechanicznych, o których mowa w art. 117 ust. 2 pkt 4, oraz wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poszkodowanym na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych określanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) informację o wysokości wpływów, o których mowa w pkt 1.

2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie, w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.”.

**Art. 6.** Przepisy ustawy stosuje się do umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartych po dniu jej wejścia w życie.

**Art. 7.** Do dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 131a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych ustala się na poziomie 0,2.

**Art. 8.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

## UZASADNIENIE

Przedmiotowa regulacja wynika z konieczności jednoznacznego uregulowania kwestii pokrywania kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia) w przypadku gdy powodem udzielenia świadczenia jest wyrządzenie poszkodowanemu przez sprawcę szkody w rozumieniu art. 415 Kodeksu Cywilnego (popelnienie deliktu – czynu niedozwolonego).

Zasady odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych (zwanej również odpowiedzialnością deliktową) zostały unormowane przepisami Tytułu VI Kodeksu Cywilnego (KC). Podstawową zasadą tej odpowiedzialności jest zobowiązanie podmiotu odpowiedzialnego za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym do jej naprawienia.

Szkodą jest uszczerbek w dobrach ~~w dobrach~~ prawnie chronionych osoby poszkodowanej – najczęściej szkoda ma charakter majątkowy, może jednak również mieć charakter niemajątkowy. Kodeks Cywilny statuuje zasadę pełnego odszkodowania – zgodnie z art. 361 KC naprawienie szkody, w granicach normalnego związku przyczynowego, obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

W przypadku ww. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej szkoda będzie polegała na uszkodzeniu ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia. W tym zakresie, zgodnie z art. 444 par. 1 KC naprawienie szkody obejmuje wszystkie wyniki z tego powodu koszty, a na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeśli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszt przygotowania do innego zawodu.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej są: - powstanie szkody, - zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą.

.Odpowiedzialność deliktowa może, w zależności od odpowiednich postanowień KC, być oparta na trzech zasadach: winy, ryzyka i słuszności.

Podstawową funkcją tego rodzaju odpowiedzialności jest funkcja kompensacyjna. Rozwój różnych form ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej powoduje, że coraz większe znaczenie ma również funkcja gwarancyjno – repartycyjna.

W tym kontekście szczególne znaczenie ma ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. W polskim, systemie ubezpieczeń ten rodzaj ubezpieczenia jest ubezpieczeniem o charakterze obowiązkowym – tzn. każdy z posiadaczy pojazdu mechanicznego musi wykupić polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Ubezpieczenia majątkowe – którego rodzajem jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – zostały uregulowane przepisami art. 805 – 828 KC oraz przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 822 KC przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem, których odpowiedzialność ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.

W tym zakresie obowiązuje również zasada pełnego odszkodowania – zgodnie z art. 34 ust. 1 ww ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie jeśli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są zobowiązani do odszkodowania za wyrządzoną, w związku z ruchem tego pojazdu, szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.

Analiza wskazanych powyżej przepisów wskazuje, że zobowiązanym do naprawienia szkody jest jej sprawca, a w przypadku „szkody komunikacyjnej” zakład ubezpieczeń, który ubezpieczał ryzyko odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody.

Wskazane powyżej konieczność jednoznacznego uregulowania tych kwestii wynikała przede wszystkim z kwestionowania legitymacji czynnej Funduszu w tym zakresie poprzez kwestionowanie możliwości przyznania Funduszowi statusu

poszkodowanego (jako podmiotowi, który nie poniósł szkody „bezpośredniej” ale szkodę pośrednią”).

W szczególności należy mieć na uwadze uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2001 r. (sygn. akt III CZP 5/01, publ. OSNC 2001/11/161), zwaną dalej „uchwałą SN”, w którym Sąd odmówił kasie chorych oraz publicznemu samodzielnemu zespołowi opieki zdrowotnej w stosunku do sprawcy szkody roszczenia o zwrot poniesionych kosztów leczenia. Argumentami, na którymi oparł się Sąd był brak wyraźnego przepisu statuującego legitymację czynną do wytoczenia stosownego powództwa oraz brak w przepisie o źródłach dochodów zapisów, mówiących o dochodach z roszczeń odszkodowawczych. Zauważyć należy, że krytyczne glosy do tej uchwały (m.in. A. Szpunar, J. Widło) wywodziły prawo kas chorych (świadczeniodawców) do dochodzenia roszczeń regresowych od sprawców szkody z ogólnych, przyjętych na gruncie KC zasad odpowiedzialności deliktowej.

W tym zakresie należy przedstawić kilka uwag o charakterze ogólnym dotyczącym związku odpowiedzialności płatników publicznych z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z odpowiedzialnością sprawcy (zakładu ubezpieczeń) z tytułu czynów niedozwolonych.

Ubezpieczenie zdrowotne jest klasycznym przykładem ubezpieczenia publicznego i niekomercyjnego, tzn. ubezpieczenia obowiązkowego, dystrybuowanego na mocy prawa i realizowanego przez państwową jednostkę organizacyjną.

W tym kontekście elementem wspólnym ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia OC jest ich obowiązkowy charakter. Natomiast w odróżnieniu od ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczenie OC jest ubezpieczeniem komercyjnym czyli oferowanym na rynku (niezależnie od stopniowego rozwoju rynku prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych).

Ubezpieczenie zdrowotne jest przykładem ubezpieczenia osobowego – tzn. jego przedmiotem jest interes ubezpieczeniowy osoby związany z utratą przez nią zdrowia.

Natomiast ubezpieczenie OC jest przykładem ubezpieczenia majątkowego dotyczącego praw i obowiązków – tzn. jego przedmiotem jest interes ubezpieczeniowy związany ze zobowiązaniami majątkowymi wynikającymi z wyrządzonej osobie trzeciej szkody.

Jeżeli w związku z zaistnieniem zdarzeń powodujących powstanie, w ww. warunkach szkody, zachodzi potrzeba udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, które generują określone koszty i prowadzą w konsekwencji do uszczerplenia środków podmiotu zobowiązanego do sfinansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów prawnych, uznać należy, iż podmiot ten ponosi w rezultacie szkodę majątkową.

Jak podkreślił Sąd Najwyższy w ww. uchwale, szkoda majątkowa (w odróżnieniu od szkody na mieniu) dotyczy osoby poszkodowanego, zdrowia i życia, a także odbija się na prawach majątkowych w postaci wydatków na leczenie. Jeżeli zatem wydatki na leczenie przejmuje podmiot zobowiązany z mocy odrębnych przepisów, należy go uznać za poszkodowanego.

W strukturze stosunku zobowiązaniowego, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Narodowy Fundusz Zdrowia czy Minister Zdrowia) funkcjonuje w podwójnej roli – jako zobowiązany względem osoby poszkodowanej oraz jako poszkodowany (uprawniony) względem osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę.

Zdarzenie, które powoduje konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej uruchamia dwa reżimy odpowiedzialności. Jeżeli konieczność ta jest konsekwencją deliktu, to osoba odpowiedzialna z czynu niedozwolonego jest zobowiązana pokryć szkodę. Odpowiedzialność podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Narodowego Funduszu Zdrowia) w stosunku do osoby poszkodowanej oparta jest na innych podstawach, znajdujących swe źródło w prawie publicznym. Odpowiedzialność ta nie wymaga zatem dowodzenia ww. przesłanek, od których zależy odpowiedzialność cywilnoprawna (takich jak: szkoda, związek przyczynowy, wina lub ryzyko).

Po stronie zobowiązanej do naprawienia szkody, zachodzi zatem odpowiedzialność solidarna, zarówno sprawcy szkody jak i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (np. Funduszu). Jak podkreśla się w orzecznictwie i w doktrynie, w obu powyższych przypadkach, ma się do czynienia z dwoma różnymi reżimami odpowiedzialności odszkodowawczej. Jak wskazał Sąd Najwyższy w ww. uchwale (którego rozważania dotyczyły jeszcze kasy chorych), zobowiązania kasy chorych, świadczeniodawcy oraz sprawcy szkody nie są równorzędne. Poszkodowanemu przysługuje roszczenie do kasy chorych (obecnie Funduszu) o zapewnienie świadczeń zdrowotnych (o zawarciu umowy o świadczenia zdrowotne

ze świadczeniodawcami), do świadczeniodawcy o wykonanie świadczeń zdrowotnych, a do sprawcy np. pobicia (deliktu) – o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych, i to do każdego z nich na różnych podstawach prawnych. (...). Roszczenia te dotyczą naprawienia tej samej szkody. Spełnienie więc przez NFZ i świadczeniodawcę wskazanych świadczeń zdrowotnych skutkuje zgaśnięciem, w tym zakresie, podstawowego stosunku prawnego. NFZ i świadczeniodawca, spełniając świadczenie zdrowotne, nie działają z zamiarem zaspokojenia wierzytelności przysługującej poszkodowanemu przeciwko sprawcy szkody, lecz wykonują jedynie własne świadczenia, za które są odpowiedzialni bezpośrednio przed poszkodowanym (ex lege).

Solidarna odpowiedzialność ex lege, wynikająca z art. 441 § 1 k.c. dotyczy wprost tylko sytuacji, gdy źródłem odpowiedzialności każdego z dłużników jest czyn niedozwolony. Jeśli obowiązek naprawienia tej samej szkody ciąży na kilku osobach, ale w ramach różnych reżimów odpowiedzialności, relację między zobowiązanymi należy uznać za solidarność niewłaściwą (*Adam Szpunar, Przegląd Sądowy 2002/5/165*). W sytuacji zatem, jeżeli podmiot odpowiedzialny za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (np. Fundusz) finansuje te świadczenia osobie poszkodowanej, a odpowiedzialność za szkodę spoczywa na sprawcy szkody, należy wnioskować, iż taka konfiguracja prowadzi do konieczności dochodzenia roszczeń regresowych przez ten podmiot. Zadania, jakie nakładają ustawy na ten podmiot (w zakresie zabezpieczenia finansowania kosztów świadczeń) nie mogą bowiem wyłączać odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody.

W związku z powyższym, uznać należy, iż temu podmiotowi, w zakresie, w jakim pokrył szkodę lub jest zobowiązany do jej pokrycia, przysługuje względem sprawcy szkody, roszczenie regresowe. W kodeksie cywilnym roszczenie regresowe powoływane jest wyłącznie w przepisach dotyczących odpowiedzialności solidarnej (art. 376, 441 k.c.). W ten sposób zostało ono immanentnie związane z istotą solidarności. Jak wskazuje Sąd Najwyższy w ww. orzeczeniu, za przyznaniem roszczenia regresowego osobie która spełniła świadczenie, a nie była sprawcą szkody, przemawia poczucie sprawiedliwości. Sprawca szkody nie powinien być zwolniony od odpowiedzialności, tylko dlatego, że poszkodowany uzyskał już świadczenie od osoby trzeciej. Powyższe założenie stanowiło w głównej mierze *ratio legis* wprowadzanych w niniejszym projekcie uregulowań prawnych. Podobne stanowisko zajmuje również doktryna, która podkreśla, iż istnienie kas chorych

(obecnie NFZ) nie powoduje przejścia przez nie odpowiedzialności za sprawców szkód na osobie w zakresie, w jakim pokryły one koszty leczenia. Nie powoduje też wyłączenia odpowiedzialności sprawców szkód (*tak J. Widło, glosa do uchwały SN,*).

Mając na uwadze powyższe należy również zauważyć, że sytuacja, w której podmiot odpowiedzialny za wyrządzenie szkody nie naprawia (do czego jest zobowiązany na gruncie przepisów KC) wyrządzonej szkody powoduje w istocie bezpodstawne wzbogacenie po stronie tego podmiotu czyli - zgodnie bowiem z art. 405 KC - uzyskanie bez podstawy prawnej korzyści majątkowej kosztem innej osoby. Korzyścią majątkową jest brak wypłaty odszkodowania w przypadku ponoszenia odpowiedzialności deliktowej – *sprawca szkody otrzyma bowiem przysporzenie bez podstawy prawnej – w postaci zwolnienia od obowiązku zapłaty odszkodowania za szkodę, za którą jest odpowiedzialny wobec poszkodowanego* (tak: J. Widło, Glosa do uchwały SN). Konsekwencją takiego stanu jest pokrywanie przez płatników publicznych (czyli osoby ubezpieczone oraz podatników) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej do pokrycia których zobowiązani są sprawcy czynów niedozwolonych (zakłady ubezpieczeń). Jak bowiem wynika z informacji uzyskanych z Polskiej Izby Ubezpieczeń zakłady ubezpieczeń nie pokrywają kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach systemu publicznego – jak wskazano powyżej działania takie nie mogą być uznane za znajdujące oparcie w przepisach prawa.

Zauważyć ponadto należy, że w cytowanej uchwale SN znalazło się również stwierdzenie, że „... *nie przeczy to wynikającemu z poczucia sprawiedliwości trafnemu postulatowi zmiany legislacyjnej w tym zakresie, jeśli przemawiałaby za tym analiza wyników finansowych. Pożądana byłby zmiana par. 3 art. 49 kpk w kierunku zaliczenia do osób pokrzywdzonych także kas chorych w zakresie, w jakim pokryły koszty leczenia osób bezpośrednio dotkniętych przestępstwem przeciwko życiu i zdrowiu*”.

W tym miejscu należy podkreślić, iż przyjęcie proponowanego rozwiązania nie tylko uzasadnione jest względami natury prawnej, orzecznictwem Sądu Najwyższego oraz poglądami doktryny, które podkreślają, iż brak jest racjonalnego uzasadnienia dla wyłączenia możliwości dochodzenia przez publicznego płatnika roszczeń regresowych od osób odpowiedzialnych za szkodę. Sąd Najwyższy bowiem w cytowanej powyżej uchwale podkreślił, iż „*za przyznaniem roszczenia regresowego*

*osobie, która spełniła świadczenie, a nie była sprawcą szkody, przemawia poczucie sprawiedliwości (art. 441 § 3 k.c.). Sprawca szkody nie powinien być zwolniony od odpowiedzialności tylko dlatego, że poszkodowany uzyskał już odszkodowanie od osoby trzeciej. W przeciwnym razie nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie sprawcy, polegające na zwolnieniu go od konieczności wydatku, w tym zakresie wyłączona jest bowiem kumulacja świadczeń. Poszkodowany może uzyskać tylko jedno odszkodowanie, chociaż przysługuje mu ono z dwóch tytułów prawnych.”.*

W związku z powyższym, przyjęć należy, iż względy aksjologiczne oraz społeczne w żaden sposób nie uzasadniają stanowiska aby wymierna szkoda majątkowa Narodowego Funduszu Zdrowia nie była kompensowana przez osobę za nią odpowiedzialną.

Proponowane zapisy będą dotyczyły świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zwaną dalej również „ustawą o świadczeniach”. W szczególności zaś proponowane zmiany nie będą dotyczyły tych świadczeń opieki zdrowotnej, które na gruncie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zostały zakwalifikowane do medycznych czynności ratunkowych (art. 3 pkt 4 ustawy) i są finansowane z budżetu państwa (art. 46 ust.1 ustawy). Ponadto należy zauważyć, że zgodnie z obecnie obowiązującym przepisem art. 12 pkt 7 i 8 ustawy o świadczeniach, przepisy ww. nie naruszają przepisów ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, co w konsekwencji implikuje uznanie, iż projektowane zapisy nie będą miały zastosowania do usług ratownictwa medycznego.

Mając na uwadze fakt, że świadczenia opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) finansowane są z budżetu państwa (art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach) oraz aby uniknąć sytuacji, w której za te same świadczenia Fundusz otrzymuje podwójne wynagrodzenie (tj. zarówno budżetu państwa jak i od zakładów ubezpieczeń) w art. 1 pkt 2 proponuje się zmianę art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach w taki sposób, aby jednoznacznie wyłączyć finansowanie przez budżet państwa świadczeń sfinansowanych przez zakłady ubezpieczeń (tak więc budżet państwa będzie przekazywał Funduszowi środki na

świadczenia dla tej kategorii osób w wysokości pomniejszonej o środki przekazane z ww. tytułu przez zakłady ubezpieczeń).

Dokonując szczegółowej analizy zasadności projektowanych zapisów, a także mając na względzie wskazówki Sądu Najwyższego, przedmiotowa ustawa wprowadza dwa zasadnicze rozwiązania:

1) w art. 14a ust. 1 wprowadza się – jako zasadę - uprawnienie dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, jeżeli szkoda wyrządzona przez sprawcę skutkuje koniecznością udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez ten podmiot. Proponowane rozwiązanie w znacznej mierze opiera się na konstrukcji prawnej przewidzianej w art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Warunkiem skorzystania przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uprawnienia do dochodzenia roszczeń regresowych będzie ustalenie, że osoba odpowiadająca za szkodę wyrządziła ją w związku z popełnieniem umyślnie przestępstwa lub wykroczenia. Jednocześnie nie jest w projekcie przewidziane aby orzeczenie stwierdzające umyślną winę popełnienia przestępstwa lub wykroczenia już się uprawomocniło (takie rozwiązanie przewiduje m.in. ustawodawca w art. 70 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Wynika to m.in. z faktu, iż projektodawca dokonuje stosownych zmian w przepisach kodeksu postępowania karnego oraz kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia, gdzie daje publicznemu płatnikowi uprawnienie do dochodzenia roszczeń regresowych w postępowaniu karnym lub wykroczeniowym, w wyniku zakończenia których Sąd rozstrzyga o popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, a zatem będzie mógł także orzec w kwestii dochodzonych w powyższym zakresie roszczeń. Nie będzie zatem wówczas konieczności uprzedniego rozstrzygnięcia przez Sąd o winie umyślnej, lecz ustalenie to będzie mogło toczyć się równoległe do rozpoznawania zasadności dochodzonych roszczeń odszkodowawczych.

W przypadku gdy płatnik publiczny nie będzie realizował swoich roszczeń w drodze tzw. powództwa adhezyjnego, pozostanie mu do dyspozycji droga sądowa w postępowaniu cywilnym.

2) w art. 14 ust. 2 wyłącza się dochodzenie przez Fundusz roszczeń odszkodowawczych w przypadku szkód spowodowanych ruchem pojazdów mechanicznych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej.

Rezygnacja z dochodzenia przez Fundusz roszczeń regresowych w przypadku „szkód komunikacyjnych” wynika z dwóch, ściśle ze sobą powiązanych faktów.

Po pierwsze ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest ubezpieczeniem o charakterze obowiązkowym – wprowadzenie obligatoryjnego charakteru tego ubezpieczenia wskazuje na uznanie przez ustawodawcę szczególnego charakteru ryzyka i szkód związanych z ruchem pojazdów mechanicznych.

Po drugie duża liczba świadczeń udzielanych przez Fundusz jest skutkiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wynikających z ruchu pojazdów mechanicznych.

Z raportu Case – Doradcy Sp. z o.o. („Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce; część I; Analiza”) wynika, że przyczyny zewnętrzne stanowią (po chorobach układu krążenia oraz nowotworach złośliwych) trzecią – co do znaczenia – grupę przyczyn zgonów (w 2001 r. było to 25 043 osoby). Wśród tych przyczyn największe znaczenie mają wypadki komunikacyjne – w 2005 r. zginęło 6295 osób co stanowi ponad 25% wszystkich zgonów z przyczyn zewnętrznych.

Natomiast z danych Komendy Głównej Policji wynika, że liczba rannych w wyniku wypadków samochodowych kształtuje się na poziomie ok. 60 000.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że istnieją obiektywne kryteria pozwalające na wyodrębnienie takiej grupy kosztów wynikających z czynów niedozwolonych, które będą pokrywane w systemie ryczałtowym a nie regresowym. Podstawowym celem takiego wyodrębnienia, mając na uwadze wskazane powyżej dane dotyczące liczby ofiar wypadków komunikacyjnych, jest wysokość kosztów transakcyjnych, które płatnicy publiczni musieliby ponosić w przypadku konieczności prowadzenia nawet kilkudziesięciu tysięcy spraw sądowych. W szczególności należy mieć tu na uwadze koszty obsługi prawnej oraz długotrwałe postępowanie sądowe.

Należy również podkreślić, że wprowadzane rozwiązanie w żadnym stopniu nie dotyczy zakresu odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń – zawiera ono jedynie techniczne rozwiązanie, uzasadnione wskazanymi powyżej przyczynami, w zakresie

kompensaty przez zakłady ubezpieczeń kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z „deliktów komunikacyjnych”.

Rozwiązanie w takiej postaci stosowane jest w wielu krajach europejskich. Wnioski takie można wyciągnąć na podstawie opracowania sporządzonego przez Comité Européen des assurances pt. „*Compensation for bodily injury In Europe; comparative study; the main principles of compensation data*” (CEA/AREDOC; December 2004/Version 2).

Jak podkreślają autorzy tego opracowania występują duże trudności w porównywaniu rozwiązań w tym zakresie głównie z powodu różnorodności systemów ochrony zdrowia w krajach UE (albowiem zgodnie organizacja systemów ochrony zdrowia należy do kompetencji państw a reguły prawa europejskiego UE zawierają jedynie normy o charakterze koordynującym i kolizyjnym). Tym niemniej z powołanego opracowania wynikają następujące wnioski:

Niektóre kraje ustanowiły systemy oparte o dokonywanie uprzednich potrąceń (*a priori deduction*) ze składek płaconych na ubezpieczenia OC, przy czym wielkość potrąceń ustalana jest albo w oparciu o wskaźnik procentowy (tak: BE – 18% ; DK - 50%; FR – 15%; - bez utraty przez instytucje publicznego płatnika prawa do dochodzenia dodatkowych kosztów na drodze sądowej) albo w oparciu o ustaloną kwotę pieniężną (*global or fixed sum*) (tak: FI – 330 M FIM; NO: 200 NOK).

We Włoszech składki płacone z tytułu ubezpieczenia OC obłożone są 10,5% podatkiem a uzyskana w ten sposób kwota trafia do płatników publicznych.

W inne krajach zakłady ubezpieczeń nie są zaangażowane w bezpośrednie finansowanie systemów publicznych co nie wyłącza prawa płatników publicznych do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej (np. CH, DE, ES, GB, GR, NL, SE).

System dochodzenia roszczeń oparty jest albo na zasadzie z góry ustalonych kosztów (*fixed basis*) albo kosztów rzeczywiście ponoszonych (*real cost basis*).

W tym zakresie są również stosowane różne rozwiązania – np. w Niemczech umowy zawarte przez kasy chorych z zakładami ubezpieczeń przewidują ok. 50% udział zakładów w pokrywaniu kosztów świadczeń zdrowotnych a we Francji pomiędzy zakładami ubezpieczeń i publicznymi płatnikami zawierane są porozumienia, co do zapłaty przez zakłady płatnikom z góry ustalonej kwoty pieniężnej.

Zaznaczyć należy, że podane powyżej przykłady rozwiązań mają charakter wyłącznie orientacyjny, głównie ze względu na dużą liczbę innych szczegółowych rozwiązań w tym zakresie.

W związku z tym, iż roszczeń odszkodowawczych można dochodzić również w postępowaniu karnym oraz w postępowaniu w sprawach o wykroczenia, projektuje się zmiany w Kodeksie postępowania karnego oraz Kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia. W art. 49 kodeksu postępowania karnego dodaje się § 3<sup>1</sup> oraz w kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia dokonuje się zmiany w art. 25 § 3, poprzez sprecyzowanie, iż pokrzywdzonym jest także podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W związku z powyższym, będzie istniała dla tego podmiotu legalna podstawa do występowania w procesie adhezyjnym z powództwem cywilnym o zwrot poniesionych kosztów.

Należy jednocześnie wskazać, iż przepis art. 14a ust. 2 nie będzie miał zastosowania w stosunku do ruchu pojazdów wolnobieżnych będących w posiadaniu rolników posiadających gospodarstwo rolne i użytkowanych w związku z posiadaniem tego gospodarstwa. Wynika to z faktu, że w przypadku objęcia tym rozwiązaniem również odpowiedzialności rolników z tytułu szkód wyrządzonych przez posiadanych przez nich pojazdów wolnobieżnych i zakładając posiadanie przez rolnika również pojazdu mechanicznego grupa ta zostałaby w istocie obciążona podwójnym obowiązkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Natomiast przyznane w art. 14a ust.1 prawo regresu umożliwi płatnikom publicznym np. dochodzenie roszczeń od sprawców wypadków komunikacyjnych będących cudzoziemcami. W obecnym stanie faktycznym koszty świadczeń udzielonych na skutek wypadków komunikacyjnych spowodowanych przez cudzoziemców pokrywane są przez ubezpieczonych i podatników objętych polskim systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy również podkreślić, że proponowane rozwiązania nie zmieniają, zarówno od strony uprawnień jak i pozycji procesowej, sytuacji osoby poszkodowanej.

W szczególności nie pozbawiają one osób poszkodowanych prawa do dochodzenia odpowiednich (wskazanych w przepisach KC) świadczeń od zakładów ubezpieczeń. Poszkodowany, podobnie jak ma to miejsce obecnie, będzie mógł skorzystać albo ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia

zdrowotnego albo wystąpić do zakładu ubezpieczeń np. o pokrycie kosztów świadczeń udzielonych poza systemem publicznym.

W związku z projektowanymi rozwiązaniami dokonuje się zmiany w art. 116 i 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie do katalogu źródeł przychodów dodaje się środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (w odniesieniu do osób, które nie wykupiły polis ubezpieczenia OC), natomiast do katalogu kosztów – odpowiednio koszty ww. świadczeń.

Zmiana projektowana do art. 118 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy uzasadniona jest koniecznością uwzględnienia w planie finansowym centrali Funduszu rezerwy na koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych. Wysokość tej rezerwy będzie odpowiadała wysokości planowanych przychodów Funduszu od zakładów ubezpieczeń.

Wyodrębnienie tych środków związane jest przede wszystkim z koniecznością zapewnienia, iż środki uzyskane od zakładów ubezpieczeń zostaną przeznaczony wyłącznie na pokrycie kosztów świadczeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi. Również zmiany w art. 124 i w art. 129 ww. ustawy mają przede wszystkim na celu zapewnienie, iż środki uzyskane przez NFZ od zakładów ubezpieczeń zostałyby wykorzystane wyłącznie na świadczenia opieki zdrowotnej związane z wypadkami komunikacyjnymi. Gdyby koszty świadczeń związane z wypadkami w danym roku obrotowym okazały się niższe niż zaplanowana rezerwa, różnica powiększyłaby odpowiednią rezerwę w roku następnym – oznacza to również, że środki te nie mogłyby zostać wykorzystane na powiększenie planu kosztów świadczeń zdrowotnych w trybie określonym w art. 129 ust. 3 i 5. Natomiast gdyby koszty świadczeń związane z wypadkami w danym roku obrotowym okazały się wyższe niż zaplanowana rezerwa, różnica byłaby pokryta z rezerwy ogólnej Funduszu.

Ponadto, należy wskazać, że wyodrębnienie wyżej omawianych środków w planie finansowym centrali Funduszu związane jest z faktem, że na etapie tworzenia planu finansowego Funduszu nie byłoby możliwości podziału tych środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu. W trakcie wykonywania planu finansowego środki będą przekazywane oddziałom wojewódzkim Funduszu odpowiednio do poniesionych na terenach tych oddziałów kosztów, zgodnie z przepisem art. 124 ust. 7 ww. ustawy.

Pozostałe zmiany w art. 124 mają na celu uelastycznienie procesu zmiany planu finansowego Funduszu jak również doprecyzowanie trybu zmiany planu finansowego. Pozwoli to na skuteczniejsze zarządzanie gospodarką finansową Funduszu, w tym również przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, dostosowując plan finansowy Funduszu do rzeczywistych potrzeb wynikających z konieczności zabezpieczenia świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast reszta zmian w art. 129 ma na celu doprecyzowanie trybu postępowania związanego z podziałem zysku netto Funduszu za dany rok obrotowy, jak również umożliwiają przeznaczenie środków „niewykorzystanych” w roku poprzednim na świadczenia opieki zdrowotnej w roku następnym.

Wysokość środków przekazywanych przez zakłady ubezpieczeń oraz UFG do Funduszu, na podstawie projektowanych art. 43a oraz art. 119a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, będzie zależała od wysokości składek z tytułu umów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika określanego na podstawie projektowanego art. 131a ww. ustawy. Wskaźnik ten będzie obliczany jako iloraz wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych oraz wysokości składek, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny. Wysokość wskaźnika będzie określana corocznie i będzie dotyczyła roku następnego.

Powyższy wskaźnik będzie obliczany przy uwzględnieniu wymiernych i obiektywnych wskaźników.

Z jednej strony bowiem, będzie brana pod uwagę wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zdefiniowanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 5 pkt 34 ustawy). Natomiast szczegółowy katalog świadczeń (produktów) kontraktowanych i finansowanych przez Fundusz jest określany w wydawanych corocznie przez Prezesa Funduszu, na podstawie art. 146 ustawy o świadczeniach, materiałach informacyjnych – zgodnie z art. 146 Prezes Funduszu określa: - przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, - kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

Z drugiej strony natomiast będzie brana pod uwagę wysokość składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a dane w tym zakresie będą przekazywane przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Taki sposób ustalania wskaźnika gwarantuje obiektywizm i weryfikowalność danych wykorzystywanych przy jego tworzeniu.

W celu zapewnienia prawidłowej sprawozdawczości, projektowany przepis art. 131 ust. 5 umożliwia przekazywanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez Policję informacji dotyczących osób poszkodowanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych. Dane powyższe będą przekazywane na wniosek Funduszu, a zatem wówczas, gdy Fundusz będzie o nie występował, nie częściej jednak niż co miesiąc. Projekt nie określa formy przekazywanych informacji. Będzie to zatem możliwe np. w formie elektronicznej, drogą mailową. Taka forma nie generuje żadnych istotnych kosztów. W przypadku jednakże ustalenia innej formy, generującej koszty, pokrywać je będzie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do momentu określenia ww. wskaźnika na podstawie ww. art. 131a, będzie obowiązywał wskaźnik określony w art. 7 projektu na poziomie 0,2. Taka wysokość wskaźnika została oszacowana uwzględniając:

- łączną wysokość składek z tytułu umów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych prognozowaną na rok 2007 (na podstawie danych z KNUiFE) -5 350 000 tys. zł,
- liczbę osób rannych w wypadkach komunikacyjnych oraz istniejący trend w tym zakresie (według danych Policji w 2006 r. - 61.191 osób)
- wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z wypadkami komunikacyjnymi prognozowane na rok 2007 przy uwzględnieniu m.in. planowanego wzrostu kosztów w całej opiece zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę, że do czasu wprowadzenia przedmiotowych przepisów nie ma w skali całego kraju dokładnej sprawozdawczości dot. ww. kosztów, zostały one oszacowane na podstawie danych o ich wysokości w Opolskim OW Funduszu ekstrapolując te dane na cały kraj. Z danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za 2004 r. wynika, iż łączna wartość świadczeń udzielonych rannym w wypadkach komunikacyjnych wyniosła 26.138,6 tys. złotych, co przy liczbie rannych 1.536, którym tej pomocy udzielono, daje średnią kwotę wartości świadczeń liczoną na osobę na poziomie 17.017 zł. Kwota ta oprócz świadczeń w rodzaju „lecznictwo

szpitalne” obejmuje również świadczenia w pozostałych rodzajach świadczeń, w tym m.in. opiekę psychiatryczną, rehabilitację, opiekę długoterminową. Nie obejmuje ona kosztów gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, ze względu na brak danych, na podstawie których określić można część kosztów SOR-ów i izb przyjęć związaną z udzielaniem świadczeń osobom poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych. Ze względu na brak danych w szacunku przyjęto, że koszt jednostkowy koszt leczenia w roku 2007 będzie utrzymywać się na poziomie roku 2004. Przy przyjęciu tego założenia koszty leczenia osób rannych w wypadkach komunikacyjnych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym w roku 2007 wyniosłyby około 1.000.600 tys. złotych. Łączny koszt leczenia osób rannych w wypadkach komunikacyjnych w roku 2007, z uwzględnieniem pomocy przedszpitalnej, może wynieść zatem około 1.053.530 tys. złotych.

Należy podkreślić, że po wejściu w życie przedmiotowej ustawy i implementacji odpowiedniej sprawozdawczości możliwe będzie obliczenie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez Fundusz w przedmiotowym zakresie.

Ponadto zmiany wprowadzone w art. 136 ustawy o świadczeniach dodatkowo zapewniają, że utworzona rezerwa zostanie spożytkowana na leczenie ofiar „deliktów komunikacyjnych” poprzez wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym koszty ponoszone przez świadczeniodawcę z tego tytułu nie będą objęte kwotą ogólnego zobowiązania wynikającego z umowy. Środki te będą przekazywane świadczeniodawcy niezależnie od ustalonego limitu zobowiązania. . Należy przy tym zauważyć, że uzyskanie przez świadczeniodawcę dodatkowych środków – poza limitem określonym umową – pozwoli na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, co przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń.

Zmiany w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zakładają ponadto naliczenie wyższej składki dla osób prawomocnie skazanych lub ukaranych za prowadzenie pojazdów mechanicznych w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu. Konsekwencją tych zmian jest również zmiana wprowadzana w art. 18 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

W tej mierze na podkreślenie zasługuje wysoka liczba ofiar wypadków, którym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej oraz liczba osób skazanych za spowodowanie wypadku komunikacyjnego w rozumieniu art. 177 par. 1 kodeksu karnego (w 2004 r. 12 583 osób). Jednocześnie istnieje duża liczba kolizji samochodowych, na co wskazują statystyki dotyczące osób ukaranych prawomocnymi wyrokami za wykroczenie z art. 86 par. 1 kodeksu wykroczeń (w 2002 r. – 40 884, w 2003r. – 52 543 osób, w 2004 r. – 49 325 osób, w 2005 r. – 45 134 osób). Wskazać należy także, iż powyższe dane dotyczą wyłącznie osób skazanych prawomocnymi wyrokami za przestępstwa z art. 177 par. 1 kk lub za wykroczenie z art. 86 par. 1 kw. Nie uwzględniają one zatem spraw, w których akty oskarżenia ani wnioski o ukaranie nie trafiają do sądów, ale w których ryzyko objęte polisą OC realizuje się i zakłady ubezpieczeń stają się zobowiązane pokrywać szkody powstałe wskutek wypadków lub kolizji samochodowych. Takie osoby, w związku z tym, iż stwarzają większe niebezpieczeństwo i ryzyko spowodowania wypadku, a przez to większe prawdopodobieństwo wystąpienia skutków w zakresie zdrowia osób poszkodowanych w tych wypadkach, będą w większym stopniu uczestniczyć w opłacie przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyższa składka dla osób skazanych za prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu uzasadniona jest względami społecznymi. Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, iż corocznie zwiększa się o 4 tysiące liczba pijanych kierowców, skazanych za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości, zaś liczba kierowców prowadzących pojazdy mechaniczne w stanie po użyciu alkoholu jest wciąż bardzo wysoka (w 2002 r. – 40 884 osób, w 2003 r. – 52 543 osób, w 2004 r. – 49 325 osób, w 2005 r. – 45 134 osób). Jednocześnie ogromna liczba wypadków komunikacyjnych powodowana jest przez pijanych kierowców (w 2001 r. – 1746 osób, w 2002 r. – 9423 osób, w 2003 r. – 11 573 osób, w 2004 r. – 10 572 osób, w 2005 r. – 10 840 osób).

W celu egzekwowania opłacania wyższej składki na obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wprowadza się obowiązek złożenia przez posiadacza pojazdu mechanicznego (lub wskazaną przez niego osobę kierującą pojazdem) wykupującego polisę oświadczenia czy był skazany prawomocnie za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości (czyli przestępstwo z art. 178 par. 1 kk) i czy był ukarany za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie po użyciu alkoholu (czyli wykroczenie z art. 87 par. 1 kw). W sytuacji gdy zakład ubezpieczeń otrzyma

informację o takim skazaniu lub ukaraniu, zobowiązany będzie naliczyć wyższą składkę na ubezpieczenie OC. Okres opłacania wyższej składki wynosić będzie 5 lat, jednakże nie będzie on dotyczył czasu, po którym skazanie lub ukaranie uznawać się będzie za niebyłe, czyli nastąpi jego zatarcie.

W przypadku otrzymania przez zakład informacji o prawomocnym skazaniu za przestępstwo lub ukaraniu za wykroczenie, związanych z prowadzeniem pojazdu mechanicznego pod wpływem alkoholu, zakład będzie uprawniony do podwyższenia składki, która naliczana będzie także przez okres 5 lat, lecz nie dłużej niż po upływie okresu, z którym następuje zatarcie skazania lub ukarania.

Podwyższenie składki będzie następowało również w przypadku odmowy złożenia przedmiotowego oświadczenia.

Powyższe oświadczenie będzie składane pod rygorem odpowiedzialności karnej, co w razie przedstawienia fałszywych danych, będzie skutkowało odpowiedzialnością karną składającego oświadczenie na podstawie art. 233 § 6 w zw. z § 1 k.k.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż w dokumencie potwierdzającym spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego OC, będzie zamieszczona informacja o naliczeniu składki w podwyższonej wysokości. Będzie to zasadne m.in. z uwagi na możliwość skorzystania z nabywcy pojazdu mechanicznego z uprawnień określonych w art. 31 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W tej mierze niezbędnym będzie dokonanie zmian w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2003 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentu potwierdzającego spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego (Dz. U. Nr 211, poz. 2064).

Projektowane przepisy niosą za sobą dolegliwość dla osób skazanych lub ukaranych za prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, którzy opłacać będą wyższe składki.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.) wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń.

Jednocześnie, zgodnie z art. 8 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.) zakład ubezpieczeń przedstawia organowi nadzoru informacje o taryfach składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe, a informacja ta powinna zawierać w szczególności analizę szkodowości oraz kosztów obsługi ubezpieczenia uzasadniającą każdorazowo zmiany w taryfie.

W związku z tym należy stwierdzić, że proponowane rozwiązania nie oddziałują na żaden z ww. czynników decydujących o wymiarze składki i w związku z tym nie mogą stanowić dla zakładów ubezpieczeń podstawy do automatycznego podniesienia składek.

Ewentualne podniesienie przez zakłady ubezpieczeń składek może natomiast wynikać z chęci skompensowania strat wynikających z konieczności przekazywania ww. ryczałtu. Ze względu na dużą konkurencję istniejącą na rynku ubezpieczeń kalkulacja ewentualnej zwwyżki składek nie jest możliwa. Można przyjąć, że ewentualna konieczność wprowadzenia zwwyżek oraz ich wysokość będą zależały każdorazowo od strategii przyjętej przez poszczególne zakłady.

Przedstawione rozwiązania nie powinny skutkować podniesieniem przez zakłady ubezpieczeń składek z tytułu polis obowiązkowego ubezpieczenia OC. W żadnym stopniu nie ulega bowiem zmianie zakres odpowiedzialności zakładów oraz nie zmieniają się czynniki powodujące wzrost szkodowości.

## **Ocena Skutków Regulacji (OSR)**

### **1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje**

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zakłady ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny oraz podmioty ponoszące odpowiedzialność deliktową za wyrządzenie szkody polegającej na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia.

Projektowa regulacja może również oddziaływać na posiadaczy pojazdów mechanicznych objętych z tego tytułu obowiązkiem ubezpieczenia OC w przypadku podwyższenia przez zakłady ubezpieczeń stawek z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

### **2. Konsultacje społeczne**

Projekt został przesłany do konsultacji: Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Rzecznika Ubezpieczonych, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiej Izby Ubezpieczeń z prośbą o rozesłanie projektu do zakładów ubezpieczeń, które reprezentuje PIU. Ponadto projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, NSZZ "Solidarność", Związkowi Rzemiosła Polskiego, Business Center Club Organizacja Pracodawców, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położonych, Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, uniwersytetom, organizacjom reprezentującym pracowników ochrony Zdrowia, Stowarzyszeniu Pacjentów Primum Non Nocere, Komendzie Głównej Policji.

W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej.

W wyniku konsultacji społecznych, uwagi zostały zgłoszone m.in. przez Polską Izbę Ubezpieczeń, która kwestionowała wysokość opłaty oraz uregulowania zakładające

naliczenie wyższej składki dla osób skazanych lub ukaranych za prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu.

Rzecznik Ubezpieczonych wskazał, iż projektowane przepisy mogą spowodować wzrost składki na ubezpieczenie OC, co może mieć negatywne skutki społeczne.

Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka zwrócił ponadto uwagę na relację projektowanych zapisów do ogólnych uregulowań stanowiących o odpowiedzialności odszkodowawczej.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zwrócił uwagę, iż ewentualny wzrost składki spowoduje, iż wzrośnie liczba osób unikających wykupienia polis OC.

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych oraz Federacja Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia – Porozumienie Zielonogórskie zwróciły uwagę na obejmowanie projektowanymi regulacjami wyłącznie posiadaczy pojazdów mechanicznych, pomijając inne kategorie osób, które także są zobowiązane ubezpieczyć się obowiązkowo.

Jednocześnie Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Resortu MSWiA, Rada Krajowa Federacji Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej oraz Naczelna Rada Lekarska uznały zasady wyrażone w projektowanych przepisach za słuszne i zasadne.

### **3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.**

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą miały wpływu na dochody i wydatki jednostek samorządu terytorialnego.

Proponowane regulacje spowodują zwiększenie dochodów sektora publicznego – będzie to jednak wynikało z przywrócenia zasady odpowiedzialności sprawcy (zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym. Tak więc zwiększenie dochodów sektora publicznego będzie wynikiem kompensacji przez sprawców deliktów (zakłady ubezpieczeń) kosztów ponoszonych dotychczas przez płatników publicznych.

Ponieważ podmioty ponoszące odpowiedzialność deliktową rozpoczną pokrywanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, ponoszonych dotychczas przez płatników publicznych z tytułu wyrządzonych przez nie szkód, zostaną uwolnione w ten sposób dodatkowe środki. Środki te Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł przeznaczyć

na finansowanie pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej, co zwiększy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast środki odzyskane w ten sposób przez pozostałych płatników zwiększą dochód budżetu państwa.

Szacowana wartość kompensacji w roku 2007 przez zakłady ubezpieczeń Narodowemu Funduszowi Zdrowia kosztów świadczeń udzielonych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych (czyli z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) wyniesie ok. 1 070 000 zł, co wynika z następujących założeń.

Jak wynika z danych Urzędu Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (obecnie Komisji Nadzoru Finansowego)<sup>1</sup>, przychody zakładów ubezpieczeniowych z tytułu opłacanej składki na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w 2005 r. wyniosło 4 422 261 tys. złotych. W pierwszym kwartale 2006 r. (do 31 marca 2006 r.) wartość składki brutto wyniosła 1 206 206. Przy utrzymaniu się takiej wartości w kolejnych kwartałach, roczna wartość składki wyniosłaby 4 824 824 tys. złotych w 2006 r. Biorąc pod uwagę, iż w poprzednich latach roczna kwota składki rosła o ok. 500 000 tys. zł. (3 917 144 w 2004 r., 4 422 261 zł), zakłada się, iż w 2007 r. wartość składki brutto wyniesie ok. 5 350 000 tys. złotych. Zakładany w projekcie pierwotnie wskaźnik, który będzie stanowił podstawę obliczenia opłaty na 0,2 daje w perspektywie roku Narodowemu Funduszowi Zdrowia przychód w kwocie ok..., które w całości przeznaczone zostaną na pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków z udziałem pojazdów mechanicznych. W związku z wprowadzeniem prawnych ram dla występowania przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia oraz budżet państwa) z roszczeniami odszkodowawczymi, zakłada się, iż mogą wzrosnąć dochody tych podmiotów. Oszacowanie tych dochodów jest jednakże niemożliwe, albowiem ich wysokość będzie zależała od skuteczności prowadzonych postępowań sądowych, wysokości wydatków na obsługę tych roszczeń itp.

W związku z powyższym zakłada się wzrost liczby osób zatrudnionych do obsługi administracyjno-prawnej podmiotów, dochodzących roszczeń odszkodowawczych. Należy jednakże mieć na uwadze fakt, iż realizacja tych roszczeń będzie uprawnieniem podmiotu, a zatem każdorazowo szacowana będzie opłacalność

---

<sup>1</sup> Dane przedstawione przez Urząd Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych w piśmie z dnia 28 czerwca 2006 r. – znak: L. dz. DN2/063/44/6/06/PD.

wystąpienia z określonymi roszczeniami. Z tych też względów trudno jest na chwilę obecną oszacować ewentualne koszty takiej obsługi. W każdym jednak przypadku wartość odzyskanych roszczeń powinna znacząco przekroczyć koszty obsługi administracyjno – prawnej.

Jednocześnie, proponowane rozwiązania – przekazywanie przez zakłady ubezpieczeń opłaty ryczałtowej – spowodują, że będzie ona stanowiła dla zakładów ubezpieczeń koszty uzyskania przychodu w rozumieniu art. 15 ust. 12 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz. U. z 2000 r., Nr 54, poz. 654, z późn. zm.). Może to wpłynąć na uszczuplenie dochodów budżetowych, jednak wskazanie ewentualnych skutków w tym zakresie nie jest możliwe. Można założyć, że maksymalny negatywny skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 203 mln zł., jednakże należy w tym zakresie wziąć pod uwagę inne czynniki wpływające na podwyższenie zysku zakładów, m.in. ewentualne podniesienie składek.

#### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowana regulacja może mieć wpływ na rynek pracy i może powodować wzrost zatrudnienia w podmiotach, które dochodzić będą roszczeń od sprawców szkód lub zakładów ubezpieczeń.

#### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki**

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

#### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów**

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację regionów.

#### **7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia**

Rozpoczęcie pokrywania przez sprawców szkody kosztów leczenia spowoduje uwolnienie środków Funduszu, które dotychczas przeznaczane były na ten cel, co wpłynie na zwiększenie dostępności świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponieważ do świadczeniodawców przekazywana będzie większa ilość środków na świadczenia opieki zdrowotnej spowoduje to zwiększenie przychodów zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy.

### **8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności**

Poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej proponowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na warunki życia ludności.

Jednocześnie, ponieważ proponowane rozwiązanie nie zwiększa zakresu ani zakresu odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń, ani poziomu szkodowości nie powinien nastąpić wzrost składek z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Rozwiązania proponowane w zakresie zwiększenia składek na OC dla osób skazanych za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu alkoholu lub innych środków odurzających mogą natomiast spowodować, w tej grupie unikanie obowiązku wykupywania obowiązkowych polis ubezpieczenia OC.

### **9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.