

Warszawa, 30 lipca 2008r.

OPINIA

Dla dokonania oceny skutków rozwiązania zawartego w rządowym projekcie z dnia 09.06.2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, należy przede wszystkim odnieść się do proponowanej zmiany treści art.14a ust. 1 i 2 ww. ustawy:

1.Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje roszczenie o naprawienie szkody wobec osoby lub ubezpieczyciela, odpowiedzialnych za zdarzenie, którego skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

2.Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych sprawcy zdarzenia, o którym mowa w ust. 1.

Niezależnie od faktu, iż aktualny stan prawny w zakresie dotyczącym tzw. Podatku Religi, stanowiącego swoisty rodzaj daniny publicznej, wydaje się naruszać zasadę określoną w art. 217 Konstytucji, albowiem wysokość tej daniny nie jest określana w drodze ustawy, należy zastanowić się, na ile proponowana obecnie regulacja będzie względniejsza dla rynku ubezpieczeniowego, rozumianego jako wspólnota ubezpieczycieli oraz konsumentów produktów i usług ubezpieczeniowych, a nadto, czy zapewnia skuteczność realizacji celów ekonomicznych, które legły u jej podstaw.

W zamian daniny, obciążającej zryczałtowanym kosztem zakłady ubezpieczeń, wykonujące działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, proponuje się system zwrotny czyli regresowy, dotyczący wszystkich „sprawców” zdarzeń niosących za sobą konieczność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Roszczenie o naprawienie szkody będzie kierowane do ubezpieczycieli, w przypadku zawarcia przez tych „sprawców” obowiązkowego bądź dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W konsekwencji, zamiast rozwiązania statuującego wprowadzie nierówność podmiotów (opłata ryczałtowa wnoszona tylko przez ubezpieczycieli prowadzących ubezpieczenie OC tzw. komunikacyjne i UFG), ale zapewniającego stały i systematyczny dopływ środków dla podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, zamierza się wprowadzić dochodzenie przez ten podmiot roszczeń o charakterze powszechnym lecz na ogólnych zasadach. Realizowane ma to być poprzez wystąpienie z odpowiednim wezwaniem do zapłaty i ewentualne dążenie do zaspokojenia tego roszczenia na drodze procesu cywilnego przed sądem powszechnym. Pominięto w projekcie Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, jako adresata roszczeń w przypadku konieczności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w następstwie deliktu osoby, która nie dopełniła obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W aktualnym stanie prawnym, Fundusz uiszcza opłatę ryczałtową naliczaną od wartości opłat wyegzekwowanych od osób, które nie spełniły obowiązku zawarcia wymienionej wyżej umowy ubezpieczenia. Zanim zostaną omówione podstawowe problemy, których należy się spodziewać w związku z ewentualnym wejściem w życie ww. zmian, trzeba zauważyć, że

roszczenia, o których mówi przepis, winny być następstwem udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem poniesienia kosztów ich udzielenia, a nie konieczności ich udzielenia (np. mimo obiektywnej konieczności, świadczenia nie będą udzielone, a koszty nie zostaną poniesione, wobec braku zgody poszkodowanego na pomoc medyczną). Projekt rządowy operuje pojęciem szkody, a zatem chodzi niewątpliwie o koszt udzielonych świadczeń, pozostających w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.

Proponowane rozwiązanie, w przypadku jego wejścia w życie, stworzy następujące problemy:

1. Problemy wynikające z kodeksowych zasad odpowiedzialności cywilnej. Wypłata świadczenia na rzecz podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nigdy nie będzie automatycznym następstwem powstania szkody. Zdarzenie ubezpieczeniowe i szkoda, a w następstwie roszczenia tego podmiotu, będą podlegać takiej samej ocenie jak roszczenia osoby, która doznała szkody na osobie. Ustalić zatem trzeba będzie odpowiedzialność cywilną „sprawcy” co do zasady i zakresu. Będziemy mieli więc do czynienia z odpowiedzialnością na zasadach ogólnych (wina) i na zasadzie ryzyka. W szczególnych sytuacjach sąd może uznać, iż względy słuszności przemawiają za zobowiązaniem cywilnie nieodpowiedzialnego podmiotu do naprawienia tejże szkody w całości lub części.

Zakład ubezpieczeń będzie poszukiwał okoliczności zwalniających ubezpieczonego od odpowiedzialności na zasadzie ryzyka lub świadczących o braku winy po jego stronie, bądź o przyczynieniu się poszkodowanego do powstania szkody. W szeregu zdarzeń mamy do czynienia ze współwiną. Ciężar zawinonego działania lub zaniechania dwóch uczestników zdarzenia będzie podobny, zatem każdy z nich będzie „w części” sprawcą i „w części” poszkodowanym. W takiej sytuacji powstaje pytanie, jak stosować ust. 2 proponowanej treści art. 14 a. Również odpowiedzialność solidarna, w tym powstała na gruncie podwójnego (wielokrotnego) ubezpieczenia, nie ułatwi dochodzenia roszczeń przez uprawniony podmiot. Wszystkie te problemy o charakterze merytorycznym będą wymagały profesjonalnej obsługi prawnej, a zakłady ubezpieczeń w sporach wynikających z zawartych umów ubezpieczenia nie będą dla podmiotu uprawnionego do świadczeń łatwym przeciwnikiem.

2. Problemy dowodowe. Zgodnie z treścią art. 6 kodeksu cywilnego i art. 16 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, będzie musiał udowodnić szereg okoliczności, przedstawić posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód. Trzeba pamiętać o tym, że nie będą należały do rzadkich sytuacje, w których NFZ wystąpi do ubezpieczyciela o odszkodowanie, zanim do zakładu ubezpieczeń wpłyną roszczenia poszkodowanego z tytułu szkody na osobie. Zakłady ubezpieczeń będą wnikliwie badały zasadność rozmiaru udzielonej pomocy medycznej, jej związek ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i adekwatność kosztów. Z jednej strony Narodowy Fundusz

Zdrowia nie jest przygotowany do udziału w masowym dochodzeniu roszczeń, w szczególności prowadzenia znacznej ilości sporów z ubezpieczycielami, z drugiej zaś strony, zakłady ubezpieczeń nie posiadają narzędzi do właściwej oceny zasadności udzielonych świadczeń zdrowotnych, ich kosztów, efektów, w tym również działań niegospodarnych, które należałoby oceniać w kategoriach przyczynienia się do zwiększenia szkody. W celu ograniczenia pola sporu należałoby zatem wprowadzić zobiektywizowane, uśrednione wyceny kosztów poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej i wystandaryzowane okresy leczenia.

3. Problemy związane z dochodzeniem odszkodowań na drodze sądowej.

Długotrwałość drogi sądowej z postępowaniem instancyjnym, uniemożliwi przewidywanie wysokości środków, które będzie otrzymywał podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Sytuacja ta ulegnie zmianie dopiero po kilku latach, kiedy ilość prowadzonych i

kończonych spraw w kolejnych latach zapewni stały dopływ środków. Jednocześnie, nie sposób przewidzieć wyników prowadzonych postępowań sądowych, zarówno w odniesieniu do oceny odpowiedzialności co do zasady i zakresu, jak i wysokości szkód (kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej).

4. Efekty ekonomiczne proponowanych rozwiązań. Efekty te są trudne do przewidzenia:

- a) w sposób istotny zwiększy się ilość spraw w obsłudze likwidacyjnej zakładów ubezpieczeń, co niewątpliwie wygeneruje koszty związane z koniecznością zatrudnienia dodatkowych pracowników,
- b) spory sądowe w poważny sposób wpłyną na podwyższenie kosztów obsługi prawnej, zarówno po stronie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jak i zakładów ubezpieczeń,
- c) w przypadku szkód spowodowanych przez podmioty nie objęte obowiązkowymi ubezpieczeniami i które nie zawarły umów ubezpieczeń dobrowolnych, wierzyciel (NFZ) będzie miał do czynienia z dłużnikami niewypłacalnymi lub o słabej kondycji ekonomicznej. Jednocześnie, nie dysponuje narzędziami pozwalającymi ocenić tą kondycję przed skierowaniem roszczenia na drogę sądową. Wygrany proces nie zapewni zatem zaspokojenia roszczeń, a będzie generował koszty.

Ponadto, proponowane rozwiązanie, pomijające Fundusz, powiększa zbiorowość słabych ekonomicznie podmiotów, do których kierowane będzie roszczenie. To dodatkowo zmniejszy szybkość i skuteczność pozyskiwania środków przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Oddziaływanie na wyniki ubezpieczycieli. Roszczenia kierowane przez NFZ do ubezpieczycieli będą powodowały konieczność zakładania rezerw m.in. na niewypłacone odszkodowania lub świadczenia w wysokościach odpowiadających tym roszczeniom. Efektem tego będzie pogorszenie wyników zakładów ubezpieczeń, szczególnie w pierwszym, dość długim okresie działania zmienionej ustawy.

Reasumując:

Proponowane rozwiązanie niewątpliwie jest bliższe zasadom sprawiedliwości społecznej. Rozkłada ciężar obowiązku refinansowania, poniesionych przez zakłady opieki zdrowotnej, kosztów udzielonych świadczeń, na nieporównanie większą ilość podmiotów, w szczególności na cywilnie odpowiedzialnych sprawców szkód tzw. osobowych oraz ubezpieczycieli, ubezpieczających tą odpowiedzialność. Obowiązujące przepisy, niezależnie od ich wątpliwej konstytucyjności, stanowią swoisty wybór rozwiązania likwidującego nabrzmiały problem środkami najprostszymi o charakterze fiskalnym, bez głębszej analizy skutków społecznych. Jednocześnie, proponowane rozwiązanie, w pierwszym okresie generować będzie mniejsze, realne (pomijając wielkość rezerw kształtujących wynik) obciążenia finansowe dla rynku ubezpieczeniowego. Ocena skutków działania ustawy w dłuższym okresie czasu wymagałaby głębokiej analizy ekonomicznej.

Propozycja:

W ocenie Stowarzyszenia, znacznie lepszym rozwiązaniem, eliminującym większość ww. zagrożeń, jest wprowadzenie wystandaryzowanych wycen kosztów poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej i okresów udzielania tych świadczeń. Najistotniejsza część sporów rozstrzyganych przez zakłady ubezpieczeń w postępowaniach odwoławczych oraz sporów sądowych pomiędzy poszkodowanymi (uprawnionymi) a ubezpieczycielami, nie dotyczy odpowiedzialności co do zasady i zakresu, lecz wysokości świadczeń odszkodowawczych. Podobnie będzie kształtował się udział sporów dotyczących wysokości szkód, czyli wysokości kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, w ogólnej ilości sporów pomiędzy podmiotami zobowiązanymi do finansowania tych świadczeń, a zakładami ubezpieczeń. Niniejsza propozycja usuwa potencjalne przyczyny tych sporów. Po bezspornym stwierdzeniu szkody na osobie, wiążącej się z udzieleniem świadczeń opieki zdrowotnej, zakład ubezpieczeń lub sprawca będą zobowiązani do naprawienia szkody, której wysokość nie będzie przedmiotem sporu. Trzeba mieć jednocześnie na uwadze fakt, iż proponowana standaryzacja opóźni wprowadzenie zmian ustawy z uwagi na proces niezbędnych uzgodnień dotyczących wyceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych, w zależności od rodzaju i okresu ich udzielania.

ProMotor