



# Rzecznik Ubezpieczonych

[www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl)

**Halina Olendzka**

---

Warszawa, 2008-07-

RU/215/AD/08

**Pani**  
**Ewa Kopacz**  
**Minister Zdrowia**

W związku z otrzymaniem projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących uwag do projektu.

Główne założenia projektu zmierzające do równego traktowania sprawców szkód wyrządzonych czynem niedozwolonym są rozwiązaniem, na potrzebę którego wprowadzenia Rzecznik wskazywał od początku prac nad obecnie obowiązującą ustawą. Rzecznik krytykował rozwiązanie polegające na wprowadzeniu ryczałtowej opłaty na rzecz NFZ uiszczanej przez ubezpieczycieli ze składek z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a tym samym obciążenie posiadaczy pojazdów niezależnie od tego, czy spowodowali wypadek skutkujący koniecznością leczenia poszkodowanego, czy też nie oraz ograniczony jedynie do pewnego kręgu osób powodujących zdarzenia skutkujące koniecznością udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązek odszkodowawczy wobec NFZ.

W pierwszym rzędzie Rzecznik pragnie podkreślić, że potencjalne obciążenie wszystkich sprawców czynów niedozwolonych kosztami leczenia ich ofiar projektowane w art. 1 pkt 1 projektu wydaje się rozwiązaniem kierunkowo słusznym. Rozwiązanie to z powodzeniem występuje w znacznej części systemów prawnych, w tym również w krajach

wspólnoty europejskiej. Projekt regulacji stanowi kolejny krok do upowszechniania tego typu rozwiązań w polskim systemie prawnym, co znajduje szersze uzasadnienie patrząc na całość materii przez pryzmat sprawiedliwości społecznej. Od tej pory bowiem to sprawcy deliktów będą ponosili bezpośrednio lub pośrednio poprzez swojego ubezpieczyciela w zakresie odpowiedzialności cywilnej (OC) koszty leczenia poszkodowanych przez nich ofiar, przy czym zaspokojenie roszczeń podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (tutaj Narodowemu Funduszowi Zdrowia) będzie następowało w drodze roszczenia regresowego (zwrotnego), czyli po pokryciu kosztów leczenia NFZ będzie się zwracał do sprawcy lub jego ubezpieczyciela o naprawienie szkody (tutaj refundacji poniesionych kosztów leczenia osoby poszkodowanej przez sprawcę).

Usunięty zostanie tym samym zasadniczy mankament poprzedniej regulacji, która obowiązek pokrywania kosztów leczenia ofiar wypadków nakładała przede wszystkim na posiadaczy pojazdów mechanicznych i to niezależnie od tego, czy wyrządzili oni szkodę czy też nie. Pozostawienie poza obecnie obowiązującą regulacją innych zobowiązanych do odszkodowania podmiotów, jak w przypadku odpowiedzialności pracodawców względem pracowników, wszelkich podmiotów gospodarczych względem osób trzecich, np. firm budowlanych, właścicieli nieruchomości, zarządców nieruchomości, producentów za produkt niebezpieczny i szeregu innych stanowi rozwiązanie błędne i wręcz niekonstytucyjne na skutek nierównego traktowania obywateli wobec prawa.

Rzecznik chciałaby na poparcie słuszności proponowanych zmian zacytować wybitnego znawcę problematyki prawa cywilnego i ubezpieczeniowego prof. dr hab. Jana Łopuskiego, który w artykule zatytułowanym „Leczenie ofiar czynu niedozwolonego”, opublikowanym na łamach „Gazety Ubezpieczeniowej” wyraził słuszny pogląd, iż osiągnięcie celu, jakim jest obciążenie sprawców szkód na osobie kosztami leczenia poszkodowanych ponoszonymi przez publiczną służbę zdrowia jest możliwe do osiągnięcia w drodze stosunkowo prostego zabiegu legislacyjnego, a mianowicie przez zamieszczenie odpowiedniego przepisu w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, umożliwiającego publicznym zakładom opieki zdrowotnej (ewentualnie NFZ) dochodzenie zwrotu kosztów leczenia ofiar czynów niedozwolonych na podstawie przepisów regulujących odpowiedzialność cywilną. Profesor w swoim stanowisku wskazał na dwie dopuszczalne konstrukcje prawne pozwalające na osiągnięcie wskazanego celu. Jedną z nich mogłaby być sugerowana przez innego wybitnego cywilistę prof. A. Szpunara droga przejścia praw i regresu polegająca na przyznaniu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej roszczenia regresowego w odniesieniu do poniesionych kosztów leczenia

ofiary czynu niedozwolonego przeciwko sprawcy tego czynu, z jednym jednak zastrzeżeniem. Przy takim rozwiązaniu powstaje bowiem wątpliwość, czy można mówić o przejściu praw osoby poszkodowanej na zakład opieki zdrowotnej, jeżeli osoba ta kosztów leczenia ani nie poniosła, ani też nie musiała ponosić, skoro miała prawo do nieodpłatnego leczenia. Drugim wskazywanym przez przedstawicieli doktryny rozwiązaniem mogłoby być przyznanie publicznym zakładom opieki zdrowotnej bezpośredniego roszczenia do sprawcy czynu niedozwolonego, którego ofiarom taki zakład zapewniał nieodpłatnie usługi medyczne (tak jak to ma miejsce w projekcie). Koszt tych usług stanowi szkodę zakładu pozostającą w adekwatnym związku przyczynowym z czynem niedozwolonym, który spowodował obowiązek nieodpłatnego leczenia jego ofiar. Jedynym argumentem przeciwko temu rozwiązaniu może stać się utrwalona w orzecznictwie sadowym oraz doktrynie zasada, że odpowiedzialność sprawcy czynu niedozwolonego nie obejmuje szkody pośredniej. Skoro zatem czyn niedozwolony był skierowany przeciwko osobie poszkodowanej to tylko szkoda przez nią poniesiona jest szkodą bezpośrednią, a wydaje się, że nie stanowią jej koszty leczenia poszkodowanego poniesione przez zakład opieki zdrowotnej. Zdaniem Rzecznika należy mieć na uwadze ten pogląd i rozważyć wprowadzenie zmiany w przepisach kodeksu cywilnego polegającej na wprowadzeniu dla NFZ oraz innych podmiotów podstawy roszczenia o zwrot poniesionych kosztów leczenia osoby poszkodowanej (por. opinia prof. dr hab. Eugeniusza Kowalewskiego z dnia 12 marca 2007 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, druk sejmowy nr 1285 – w załączeniu).

Przedstawiony Rzecznikowi projekt ustawy eliminuje obciążanie kosztami leczenia ofiar wypadków wszystkich posiadaczy bez względu na to, czy byli oni w poprzedzających okresach ubezpieczenia sprawcami wypadku czy też nie. Rzecznik zwracał uwagę, że dotychczasowe rozwiązanie oceniane przez pryzmat „sprawiedliwości społecznej” powinno się przekładać na różnicowanie obciążeń składkowych po ich stronie uwzględniające przebieg ich dotychczasowego ubezpieczenia (szkodowy, bezszkodowy). Wydaje się, że projektowana regulacja do tego zmierza, bowiem nie ogół wspólnoty ryzyka jak to miało miejsce dotychczas (wszyscy ubezpieczający), a konkretni sprawcy będą obciążani konsekwencjami swoich czynów niedozwolonych. Można też dodać, że szkodowość stanowi jeden z podstawowych czynników kształtujących wysokość składki za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, co prawdopodobnie znajdzie wyraz w taryfach składek za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o czym szerzej w dalszej części opinii.

Projekt także zasadniczo konsumuje konstrukcje cywilnoprawne związane z odpowiedzialnością odszkodowawczą sprawców czynów niedozwolonych (deliktów). Normy prawa cywilnego określają bowiem zasady odpowiedzialności deliktowej, jej warunki, opisują szkodę i przysługujące poszkodowanym i ich bliskim świadczenia, wskazując także jak należy wartościować szkodę i jej poszczególne elementy. Wytyczne w tym zakresie znajdują się również w bogatym orzecnictwie sądowym (szczególnie Sądu Najwyższego). W świetle regulacji cywilnoprawnych (szczególnie art. 361 k.c., 441 § 1 zdanie pierwsze k.c. 446 § 1 k.c.) wartościowanie, szacowanie elementu szkody, jakim jest zwrot kosztów leczenia jest procesem dotyczącym każdorazowego indywidualnego przypadku, na który składają się precyzyjne wyliczenia wysokości zaistniałej szkody na podstawie uzyskanych w sprawie dowodów (np. faktur, paragonów, oświadczeń i innych dokumentów potwierdzających koszty leczenia, etc.). Wysokość tego elementu składowego szkody opiera się, więc na zindywidualizowanym, udowodnionym i precyzyjnie wyliczonym w pieniądzu świadczeniu. Projekt wprowadzając roszczenie regresowe w odniesieniu do osoby, ubezpieczyciela odpowiedzialnych za zdarzenie wspomniane konstrukcje cywilnoprawne zasadniczo realizuje.

Wejście w życie projektowanej regulacji prawdopodobnie zahamuje także wzrost cen – składek za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Wobec innych czynników wpływających na wzrost składki, a także potencjalnych zagrożeń związanych z projektowaną regulacją (por. dalsze uwagi do projektu) nie wydaje się aby taryfy składek uległy obniżeniu natomiast ze znacznym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że spowolni się tempo ich wzrostu. Z drugiej strony jednak projektowana regulacja siłą rzeczy wpłynie na wzrost składek z innych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, szczególnie dobrowolnych przy założeniu, że ochroną ubezpieczeniową w ich ramach będą pokrywane koszty leczenia poszkodowanych przez sprawców objętych polisami ubezpieczeń OC dobrowolnych. Ponadto regulacja będzie w dłuższej perspektywie wpływała na rozwój ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, szczególnie w odniesieniu do ryzyka ponoszenia kosztów leczenia poszkodowanych – takiej ochrony ubezpieczeniowej z biegiem czasu będzie poszukiwała coraz większa rzesza zarówno osób fizycznych jak i prawnych (głównie podmiotów gospodarczych). Tego typu ochrona ubezpieczeniowa umożliwi bowiem przeniesienie ryzyka ponoszenia kosztów leczenia poszkodowanych na zakłady ubezpieczeń udzielające w tym zakresie ochrony. Tym samym regulacja zakreśli nowe pole dla działalności ubezpieczeniowej i pozytywnie wpłynie na dynamiczny rozwój ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Projektowana regulacja z biegiem czasu będzie także wpływała na poprawę świadomości odszkodowawczej, a tym

samym prawnie ubezpieczeniowej społeczności polskiej. Wydaje się również, że w ciągu kilku lat olbrzymia część podmiotów gospodarczych jak i znacznie więcej osób fizycznych będzie zainteresowana posiadaniem polisy ubezpieczenia OC z rozszerzeniem ochrony na pokrycie kosztów leczenia poszkodowanych przez ubezpieczone w tym zakresie osoby.

Jednakże mimo słusznego kierunku projektowanych zmian Rzecznik dostrzega potrzebę ich dopracowania i stworzenia spójnej systemowo regulacji prawnej.

Kontrowersyjne wydaje się usytuowanie i niepełne ukształtowanie projektowanej regulacji. Patrząc szerzej na zagadnienie będące przedmiotem projektowanej regulacji zwraca uwagę na potrzebę stworzenia jednolitej konstrukcji prawnej pozwalającej na dochodzenie roszczenia regresowego wszelkim podmiotom, które poniosły koszty leczenia ofiar czynu niedozwolonego. Zdaniem Rzecznika problem ten wymaga rozwiązania przede wszystkim w sferze prawa cywilnego ze względu na to, iż chodzi tutaj o cywilnoprawne roszczenia regresowe.

W ocenie Rzecznika tego typu ogólna regulacja powinna raczej być zamieszczona w ustawie kodeks cywilny – poprzez stworzenie odrębnej jednolitej instytucji – konstrukcji prawnej pozwalającej na dochodzenie roszczeń regresowych wszystkim podmiotom, które ponosiły koszty leczenia poszkodowanych przez sprawców deliktów. Projektowane rozwiązanie idące w dobrym kierunku wydaje się jednak rozwiązaniem wycinkowym. Wobec tego słusznym w opinii Rzecznika byłoby przeprowadzenie szerszej dyskusji i wypracowanie regulacji w części kodeksu cywilnego poświęconej czynom niedozwolonym wprowadzającej podstawę dla dochodzenia roszczeń o zwrot kosztów leczenia poszkodowanych warunkowaną ich faktycznym poniesieniem.

Drugim podstawowym mankamentem projektowanej regulacji jest kwestia prawidłowej wyceny kosztów leczenia poszkodowanych. Należy zauważyć, iż obecnie nie ma precyzyjnej ogólnodostępnej informacji o kosztach postępowania związanego z leczeniem poszkodowanych w różnego rodzaju wypadkach. Brak cennika świadczeń medycznych w opinii Rzecznika będzie powodować poważne utrudnienia stosowania projektowanych regulacji i można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że projektowany system dochodzenia roszczeń regresowych nie będzie funkcjonował w sposób prawidłowy. Można spodziewać się znaczących różnic w zapatrywaniu na wycenę kosztów leczenia ze strony NFZ oraz ze strony sprawców i ubezpieczycieli z drugiej strony. Sprawcy szkód i zakłady ubezpieczeń zapewne będą kwestionowali prezentowane przez NFZ koszty nieoparte jasnym cennikiem świadczeń medycznych, co będzie w olbrzymiej liczbie spraw skutkowało koniecznością rozstrzygnięcia sporów na drodze postępowania sądowego.

Innym zarysowującym się problemem jest kwestia kontroli, oceny i weryfikacji użycia konkretnych procedur medycznych w odniesieniu do leczenia poszkodowanych. Wobec braku spójnego systemu kontroli oraz cennika usług medycznych można sobie wyobrazić sytuację, w której „nieuczciwy” szpital będzie starał się w ramach kosztów leczenia poszkodowanego, którego leczenie finansuje pewny płatnik jakim jest zakład ubezpieczeń zawyżać koszty związane z leczeniem poszkodowanego. Jest to oczywiście przykład zachowań patologicznych tym nie mniej takie należy brać pod uwagę możliwość ich wystąpienia. Dlatego w ocenie Rzecznik Ubezpieczonych wraz z wprowadzeniem projektowanej regulacji powinien być szczegółowo określony przejrzysty dla zobowiązanych (sprawców, ubezpieczycieli) system kontroli, oceny i weryfikacji kosztów, które będą pokrywali. W jego braku lub nieprawidłowego działania zobowiązani do zaspokajania roszczeń regresowych będą mieli prawo do podejrzeń co do prawidłowości przekazywanych im informacji przez NFZ o faktycznie poniesionych kosztach.

Ponadto trzeba mieć na uwadze, że art. 5 projektu wprowadza do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK dodatkowy ust. 1 a w art. 13 w brzmieniu:

„Zakład Ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, o którym mowa w art. 14 a ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.”

Taka redakcja przepisu zakłada przede wszystkim daleko idącą uznaniowość po stronie zakładu ubezpieczeń, tzn. ubezpieczyciel po zbadaniu zasadności roszczenia regresowego będzie mógł postąpić na cztery sposoby, tj.:

- w drodze uznania zaspokoić roszczenie w pełnej wysokości; w takim przypadku w pełnej wysokości zawartej w roszczeniu;
- w drodze uznania zaspokoić roszczenie tylko w części; w takim przypadku w części roszczenia, niepełnej wysokości;
- zaspokoić roszczenie na podstawie ugody; w takich przypadkach biorąc pod uwagę kompromisowy (z ustępstwami obu stron) charakter ugody roszczenia zaspokajane są zwykle tylko w części;
- zaspokoić roszczenie na podstawie orzeczenia sądowego; tutaj poziom zaspokojenia roszczenia zależeć będzie od orzeczenia sądu, który przy orzekaniu na pewno będzie wspomagał się opinią biegłych.

Trzeba pamiętać, że zakład ubezpieczeń jest dysponentem środków na zaspokojenie roszczeń regresowych i każdorazowo będzie badał i weryfikował zasadność i wysokość roszczenia ze strony NFZ. Tym samym jest w lepszej sytuacji gdyż posiada środki finansowe i do prawomocnego zakończenia postępowania sądowego nie ciąży na nim przymus ich wydatkowania (tutaj zwrotu). Przy tej pozycji dominującej, dalekiej uznaniowości oraz wyżej opisywanym braku cennika świadczeń medycznych, odpowiedniego systemu kontroli, oceny i weryfikacji tych kosztów zakłady ubezpieczeń wykazując naturalną skłonność do redukcji kosztów działalności będą prawdopodobnie we własnym zakresie oceniały roszczenia regresowe w znacznej części je oddalając. Rzecznik zwraca uwagę, że są to bardzo istotne kwestie, które będą w praktyce wpływać na efektywność tzn. prawidłowość, szybkość i ekonomikę działania projektowanego systemu partycypacji zakładów ubezpieczeń w kosztach leczenia poszkodowanych.

Ponadto w projektowanej regulacji wprowadzono zapisy zobowiązujące zakłady ubezpieczeń do zaspokajania roszczeń regresowych z pominięciem istotnych przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wysokość minimalnych sum gwarancyjnych. Sumy gwarancyjne w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej opisują maksymalny poziom odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z danego zdarzenia, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w nowych przepisach. Zasadnym byłoby dopisanie w projekcie, że ubezpieczyciel odpowiada w granicach zawartej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej czy też szerzej w granicach swojej odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej z ustawy lub umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W innym przypadku projekt jako *lex specialis* wykraczałby ponad odpowiedzialność gwarancyjną zakładów ubezpieczeń określoną w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, aktach wykonawczych do innych ustaw oraz dobrowolnych umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Prawdopodobnie, na co już wyżej wskazywano zamiana obecnie funkcjonującego rozwiązania na roszczenie regresowe w pierwszym etapie spowolni lub zahamuje wzrost składek za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Jednakże wobec szeregu potencjalnych sporów na tle wyceny kosztów leczenia poszkodowanych trzeba pamiętać o kosztach związanych z obsługą ze strony ubezpieczycieli kierowanych wobec nich przez NFZ postępowań regresowych. Po pierwsze zakłady ubezpieczeń będą musiały w ramach swoich wewnętrznych struktur uruchomić pionowy obsługujący postępowania regresowe zajmujące się obsługą techniczną, weryfikacją,

realizacją zobowiązań z nich płynących a także sporami występującymi na ich tle. Będzie to niewątpliwie skutkowało zatrudnieniem dodatkowych osób szczególnie konsultantów medycznych weryfikujących koszty i prawników obsługujących potencjalne spory z NFZ. Koszty tych czynności znajdą odzwierciedlenie w składkach za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szczególnie posiadaczy pojazdów mechanicznych. Oczywiście praktyka pokaże jaki będzie poziom tych kosztów – jednakże analizując pole potencjalnych konfliktów może się okazać, że pozycja ta będzie znaczna, co jak wyżej wskazywano wpłynie na wysokość składek za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W efekcie tego zjawiska może się okazać, że w dłuższym okresie obsługa roszczeń regresowych i związane z nią koszty wpływać będą negatywnie na wzrost cen za polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Z podobnym wzrostem kosztów trzeba się liczyć po stronie NFZ, który będzie dochodził swoich roszczeń regresowych od zakładów ubezpieczeń, co również będzie wymagało reorganizacji jego struktur oraz zaangażowania dodatkowych środków finansowych.

Dodatkowo pragnę zasygnalizować, że problemem mogą okazać się również coraz powszechniej występujące na rynku subsydiarne do publicznych świadczeń zdrowotnych ubezpieczenia dobrowolne np. ubezpieczenia NNW kierowcy, które zwykle w swoim zakresie przewiduje dodatkowe świadczenia w postaci zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji, albo ubezpieczenia zdrowotne, które podobnie jak dodatkowe świadczenia z NNW w części wypełniają to pole (pokrywania niezależnych od NFZ, na zasadach komercyjnych kosztów leczenia poszkodowanych). Mogłoby się w niektórych przypadkach okazać, że zakład ubezpieczeń dwukrotnie płaciłby za koszty leczenia. Pierwszy raz w ramach zaspokojenia roszczenia regresowego wobec NFZ – tu a drugi z wskazywanych powyżej ubezpieczeń dobrowolnych.

Rzecznik pragnie zwrócić uwagę jeszcze na jeden aspekt wiążący się z projektowaną nowelizacją, a mianowicie potrzebę analizy i posłużenia się rozwiązaniami zastosowanymi w innych regulacjach dotyczących roszczenia zwrotnego. Rzecznik ma tutaj na myśli chociażby przepis art. 828 § 2 k.c., wyłączający możliwość kierowania roszczenia regresowego do osób pozostających z poszkodowanym we wspólnym gospodarstwie domowym. Rzecznik proponuje, aby w projekcie również znalazło się takie wyłączenie.

Rzecznik pragnie także zwrócić uwagę, że konieczne jest umieszczenie w omawianym projekcie ustawy wyraźnych przepisów przejściowych rozstrzygających kwestię zakresu świadczeń, które będą podstawą roszczenia regresowego. Należy w tym celu określić

termin wskazujący, od którego momentu udzielone świadczenia medyczne będą stanowiły podstawę roszczenia zwrotnego.

Ostatnim wymagającym szerszej dyskusji problemem, a także zasięgnięcia opinii ekspertów z zakresu prawa konstytucyjnego wydaje się prawdopodobieństwo uznania pewnych kierunkowych rozwiązań projektu za niezgodne z ustawą zasadniczą. Dokonując bowiem szerszej analizy konstytucyjności projektowanego rozwiązania Rzecznik Ubezpieczonych pragnie zwrócić uwagę na art. 68 Konstytucji, który określa zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Obciążenie osób lub ubezpieczycieli, odpowiedzialnych za zdarzenie (art. 14 a) obowiązkiem ponoszenia kosztów leczenia poszkodowanych egzekwowanych w drodze regresu, stawia tę grupę poszkodowanych w lepszej sytuacji wobec innych poszkodowanych, co może być zakwalifikowane jako rozwiązanie niekonstytucyjne. Tacy poszkodowani bowiem w stosunku do innych poszkodowanych (gdzie za pokryciem kosztów ich leczenia nie stoi odpowiedzialność odszkodowawcza sprawcy lub gwarancyjna zakładu ubezpieczeń) są przez system prawny lepiej traktowani – widoczne jest bowiem wsparcie finansowania ich leczenia ze środków pochodzących z regresów. Na marginesie trzeba także dodać, że środki te nie są środkami publicznymi – pochodzą bowiem od sprawców lub ubezpieczycieli, co również może stanowić poważny zarzut niezgodności z ustawą zasadniczą.

Innym zagadnieniem wyłaniającym się na tle projektu jest niejako podwójne obciążenie społeczeństwa kosztami leczenia poszkodowanych w różnych wypadkach generujących konieczność poniesienia ich kosztów leczenia. Większa część obywateli bowiem odprowadza składki do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych m.in. składkę zdrowotną, która przeznaczona jest również na pokrycie kosztów leczenia ofiar rozmaitych wypadków. Tym samym część obywateli po raz pierwszy obciążona zostaje składką "zdrowotną", która obecnie przeznaczona jest na leczenie m.in. skutków wypadku i po raz drugi w ramach proponowanego przez resort zdrowia roszczenia regresowego kierowanego bezpośrednio do sprawcy lub pośrednio do zakładu ubezpieczeń. Obywatele – sprawcy czynów niedozwolonych, którzy rzetelnie odprowadzają składki do ZUS tym sposobem niejako zostają "podwójnie obciążeni" ciężarami, które mają na celu finansowanie skutków tych samych zdarzeń, tj. kosztów leczenia poszkodowanych. Wobec projektowanej regulacji można dojść do wniosku, że taka osoba po wprowadzeniu roszczenia regresowego ze strony NFZ nie będzie równo traktowana w stosunku do pozostałych obywateli. Na koniec tych uwag, co przemawia za zdecydowanie odmiennym stanowiskiem Rzecznik zwraca uwagę, że doktryna prawa konstytucyjnego w części przypadków stwierdza, że nie każde różnicowanie

sytuacji podmiotów stanowi naruszenie zasady równości, a zgoła odwrotnie właśnie ze względu na tę zasadę różnicowanie jest dopuszczalne, zwłaszcza, gdy służy ważnym celom społecznym, które niewątpliwie projekt realizuje. Zaznaczając, iż urząd Rzecznika z oczywistych względów specjalizuje się w prawie ubezpieczeń gospodarczych i zastrzega, że nie jest ekspertem z zakresu prawa konstytucyjnego, wszystkie wyżej poruszone kwestie przed wprowadzeniem regulacji do obrotu prawnego winny być szczegółowo rozważone pod kątem ich zgodności z ustawą zasadniczą. Pozwoliłoby to w przyszłości uniknąć szeregu problemów we wdrażaniu, a następnie stosowaniu projektowanej noweli.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przyjęte w projekcie założenia wydają się, co do zasady słuszne, tym nie mniej projekt wymaga szerszej analizy i dłuższej dyskusji, które mam nadzieję odbędą się w toku dalszych prac legislacyjnych.