

# Spis treści

## ROZPRAWY NAUKOWE

---

<b>Czynniki determinujące skuteczność transferu ryzyka poniesienia ciężaru kompensacji szkód na osobie poprzez obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – Ilona Kwiecień</b>	<b>5</b>
<b>Analiza cech determinujących lojalność klientów zakładów ubezpieczeń Działu II w województwie podkarpackim – Jacek Rodzinka</b>	<b>29</b>
<b>System finansowania strat ludności po zdarzeniach katastroficznych w świetle badań empirycznych – Aneta Kułakowska-Bicz</b>	<b>49</b>
<b>Dopuszczalna współpraca ubezpieczycieli w świetle rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 267/2010 z dnia 24 marca 2010 r. – Wioleta Baranowska-Zajac</b>	<b>63</b>
<b>Informacja jako dobro publiczne a nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń – Robert Kurek</b>	<b>85</b>
<b>Powiązania sektora ubezpieczeń z systemem finansowym i sferą realną gospodarki – Teresa H. Bednarczyk</b>	<b>99</b>
<b>Ocena rozkładu przestrzennego osób ubezpieczonych oraz świadczeniobiorców w ubezpieczeniu społecznym rolników w Polsce – Bożena Kołosowska, Michał Bernard Pietrzak, Damian Walczak</b>	<b>121</b>
<b>Ubezpieczenia społeczne rolników w obliczu zmian – Wojciech Nagel</b>	<b>137</b>
<b>System emerytalny w Kanadzie – Sylwia Pieńkowska-Kamieniecka</b>	<b>147</b>

## RECENZJE

---

<b>Recenzja książki pt. „Ubezpieczenia non-life” pod red. naukową Ewy Wierzbickiej Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, ss. 441 – Irena Jędrzejczyk</b>	<b>163</b>
---	------------

## VARIA

---

<b>Rynek nieruchomości – wsparcie ze strony banków i ubezpieczycieli – Irena Jędrzejczyk</b>	<b>167</b>
--	------------



## *Szanowni Państwo,*

Rada Programowa „Wiadomości Ubezpieczeniowych” podjęła decyzję o wprowadzeniu nowego działu pt. „Nowe idee i polemiki”. Będzie on poświęcony innowacjom w refleksji o ubezpieczeniach i zagadnieniach pokrewnych.

Celem otwarcia nowego działu jest zachęcenie Państwa do podejmowania prób opracowania nowych koncepcji naukowych, których podstawą będzie myślenie krytyczne. Jak wiadomo jest ono niezbędne, aby możliwe było stworzenie nowych idei w oparciu o wiedzę zastaną. Wszak w opozycji do niej formułowane są nowe koncepcje, a jej (częściowa) akceptacja jest przesłanką działań modyfikacyjnych.

Należy również nadmienić, że we współczesnej refleksji teoriopoznawczej podkreśla się, że warunkiem akceptacji nowych twierdzeń jest wyjaśnienie przy ich pomocy odpowiednich fragmentów wiedzy zastanej. W związku z powyższym, jednym z warunków racjonalizacji czynności badawczych jest wiedza o właściwościach wiedzy zastanej, w szczególności o jej aparacie terminologicznym i pojęciowym, języku, relacjach między twierdzeniami, ogólności twierdzeń, jakości uporządkowania twierdzeń, jej teoretyczności. Niestety, poza przyczynkami, brak w literaturze (nie tylko polskiej!) odpowiednich jakościowo opracowań.


Zachęcamy zatem do twórczego myślenia INNOVARE AUDE, w tym do twórczego sporu i dyskusji, oraz do nadsyłania powstałych na tej podstawie stosownych opracowań. Głosy w dyskusji, odnoszące się do określonych opracowań, mogą mieć dowolną objętość.

Dla autorów najciekawszych koncepcji przewidujemy wyróżnienia.

Wyrażamy nadzieję, że dyskusja prowadzona na łamach „Wiadomości Ubezpieczeniowych”, którą planujemy rozpocząć z pierwszym numerem kwartalnika w 2011 roku, zaowocuje postępowym poznawczym w interesujących nas dziedzinach i dyscyplinach oraz stanie się podstawą rozwoju myśli ubezpieczeniowej.

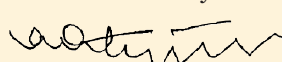
Z wyrazami szacunku,

Prof. dr hab.  
Jerzy Handschke



Redaktor Naczelny  
„Wiadomości Ubezpieczeniowych”

Prof. dr hab.  
Kazimierz Ortyński



Przewodniczący Rady Programowej  
„Wiadomości Ubezpieczeniowych”



**ILONA KWIECIEŃ**

## Czynniki determinujące skuteczność transferu ryzyka poniesienia ciężaru kompensacji szkód na osobie poprzez obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

*W niniejszym artykule przedmiotem rozważań jest obszar ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej, w zakresie, w jakim stanowią one instrument transferu ryzyka ciężaru ekonomicznego kompensacji szkód na osobie. Wprowadzając obowiązek ubezpieczenia ustawodawca powinien być zainteresowany skutecznym jego funkcjonowaniem, dla celu realizacji założonych celów stanowiących podstawę ingerencji w sferę wolności umów. Autorka dokonuje próby identyfikacji czynników wpływających na skuteczność tego transferu, przyjmując, że stanowi ona jedno z podstawowych kryteriów oceny i wyboru metody zarządzania ryzykiem, a zarazem składową oceny efektywności funkcjonowania ex post. Identyfikacja następuje w dwóch grupach obejmujących: czynniki determinujące zakres i realność kompensacji ubezpieczeniowej oraz czynniki wpływające na decyzje poszkodowanych w procesie dochodzenia roszczeń przeciwko ubezpieczycielowi odpowiedzialności cywilnej sprawcy. W tej drugiej grupie zwraca uwagę zarówno na czynniki systemowe, regulacyjne, ekonomiczne, a także społeczne i psychologiczne. Podkreśla znaczenie ryzyka finansowego w podejmowaniu decyzji oraz zmian w zakresie świadomości i mentalności społeczeństwa.*

### **Wprowadzenie**

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej stanowi zarówno instrument ochrony ekonomicznej podmiotu odpowiedzialnego, jak i źródło kompensacji strat doznanych przez podmioty poszkodowane. Ta druga funkcja stanowi podstawową przesłankę do obejmowania wielu sfer aktywności zawodowej, społecznej czy gospodarczej obowiązkiem ubezpieczenia przez ustawodawcę, zwłaszcza, gdy przemawia za tym ciężar i częstotliwość realizacji ryzyka. W ten sposób państwo realizuje politykę transferu ryzyka konieczności pokrycia strat u poszkodowanych na ubezpieczycieli, zakładając, że kompensacja ubezpieczeniowa jest szybsza i pewniejsza, szczególnie w sytuacji szkód o dużej wartości (pojedynczych roszczeń o dużej wartości lub kumulacji roszczeń), dokonując tym samym

wyboru metody podjęcia ryzyka. Z punktu widzenia oceny systemowej należy zwrócić uwagę, że skuteczność jest jednym z podstawowych (obok kosztu) kryteriów oceny i wyboru metody zarządzania ryzykiem, a zarazem składową oceny efektywności funkcjonowania *ex post*. Intencją autorki jest wskazanie w artykule czynników wpływających na skuteczność transferu, przy czym podkreślenia wymaga fakt, że w obszarze analizowanym ocena ta jest jednak utrudniona. Z jednej strony z uwagi na konieczność uwzględnienia celów podmiotu dokonującego transferu ryzyka, które nie zawsze są oczywiste. Dodatkowo mamy tu do czynienia z jednoczesnym transferem ryzyka dwóch podmiotów – podmiotów zagrożonych odpowiedzialnością (na które ustawodawca nakłada obowiązek ubezpieczenia), jak i państwa, gdy zachodzi konieczność przejęcia lub „dopełnienia” kompensacji strat poszkodowanych, a niekiedy nawet konieczność ponoszenia dalszych ekonomicznych konsekwencji niewypłacalności podmiotu odpowiedzialnego za szkodę. Pojawiają się pytania, jaki jest zakres ekspozycji na ryzyko, jaki jest zakres obowiązku państwa w kompensacji szkód na osobie, za które można przypisać odpowiedzialność określonym podmiotom, a także – jaki jest zamierzony zakres transferu, czy – patrząc z drugiej strony – zakres zamierzonej retencji. Przy tym należy uwzględnić, że w pierwszej kolejności retencja ta obciążać będzie sprawcę szkody, a w dalszej (albo równolegle) państwo. Jest przy tym oczywiste, że w wymiarze ekonomicznym zakresy te (ekspozycji i retencji) w pewnej mierze są dynamiczne i zależą od aktualnej polityki, kondycji finansowej, podatności na naciski społeczne, a także od decyzji podmiotów zobowiązanych do ubezpieczenia w zakresie wypełnienia obowiązku. Dodatkowo w przypadku szkód na osobie należy podkreślić szczególne znaczenie społeczno-ekonomiczne. Brak lub niepełne pokrycie strat z ubezpieczenia powodują ubożenie ekonomiczne gospodarstwa domowego lub poszukiwanie innych źródeł kompensacji i w konsekwencji najczęściej eksternalizację strat poprzez np. korzystanie z systemu pomocy społecznej, a w przypadku szkód osobowych dodatkowo implikują, z racji ograniczenia możliwości eliminacji lub zmniejszenia skutków uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, trudne do określenia koszty społeczne. Takie działania zaburzają rzeczywisty obraz ryzyka, którego podstawową składową jest wielkość potencjalnych strat.

## 1. Transfer ryzyka szkód osobowych na ubezpieczycieli

Koncepcja transferu ryzyka przez ustawodawcę na ubezpieczycieli w drodze narzucenia obowiązku ubezpieczenia pojawiła się w XVIII wieku, gdzie w kilku księstwach germańskich za obowiązkowe przyjęto ubezpieczenia od ognia. Kolejny etap związany był z rewolucją przemysłową, w czasie której wprowadzono, jako obowiązkowe, obok ubezpieczeń zabezpieczających byt pracowników i ich rodzin na wypadek choroby, niefortunnego wypadku czy schyłku aktywności zawodowej, także ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej<sup>1</sup>. Od tamtego okresu toczy się nieustanna dyskusja dotycząca uzasadnienia i formy obowiązku ubezpieczenia w odniesieniu do zakresu odpowiedzialności oraz szkód, za które można przypisać odpowiedzialność określonym podmiotom.

---

1. Por. I. Kwiecień: *Rola ubezpieczeń obowiązkowych – Polska a kraje OECD*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, Wydawnictwo PZU S.A., 2000 nr 1-2.

Prawnicy z jednej strony widzą potrzebę właściwego określenia podmiotu odpowiedzialnego za szkodę i funkcję represyjną, z drugiej podkreślają interes poszkodowanych i funkcję kompensacyjną, jako dominujące współcześnie,<sup>2</sup> dostrzegając jednocześnie takie zalety ubezpieczenia jak: pewność świadczenia, minimalizacja społecznego kosztu i redystrybucja ciężaru na grupę podmiotów podobnie zagrożonych<sup>3</sup>. Analiza ekonomiczna koncentruje się na zagadnieniach efektywności ekonomicznej systemu, analizie kosztów i korzyści, możliwości zwiększenia dobrobytu społecznego, zabezpieczeniu pozycji ekonomicznej sprawcy, jak i deficycie informacji o ryzyku podmiotów zagrożonych<sup>4</sup> [Oba podejścia uwzględniają także dylemat adresata obowiązku, który może być realizowany przez zobowiązanie podmiotu, który potencjalnie może ponieść odpowiedzialność za szkodę (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej; *third party insurance*), bądź potencjalnego poszkodowanego (ubezpieczenie mienia lub osobowe, *first party insurance*)]<sup>5</sup>. Wskazuje się przy tym, że przesłanki, które są przywoływane, jako uzasadnienie dla wyboru formuły *first party insurance*, w tym zwłaszcza dyferencjacja ryzyka, nie do końca są adekwatne w przypadku szkód na osobie, gdzie trudno oszacować *ex ante* rozmiar potencjalnej szkody, zwłaszcza w odniesieniu do szkód o charakterze niemajątkowym, które z natury podlegają subiektywizacji<sup>6</sup>. Dodatkowo ciężar finansowania systemu spoczywa na potencjalnych poszkodowanych.

Według analiz OECD połowa poprzedniego stulecia, aż do lat 80. to okres silnej ekspansji ubezpieczeń obowiązkowych w większości krajów. Wskazuje się przy tym, że rozwój obowiązkowych ubezpieczeń wiązał się ze szczególną potrzebą społeczną ochrony przed pewnymi zagrożeniami. Dotyczy to obszarów gdzie szkody są powszechne i mają charakter masowy. Zresztą bardzo często wprowadzenie ubezpieczenia obowiązkowego jest (było) efektem nie tyle przemyślanej polityki legislacyjnej, co społecznych nacisków związanych z określonymi wydarzeniami. Stąd między innymi wprowadzenie w Niemczech obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności za szkody związane z uprawianiem sportów strzeleckich już od 1934 r., a w Danii dopiero od 1987 r.<sup>7</sup>

2. Ewolucja funkcji odpowiedzialności cywilnej oraz jej ubezpieczenia – por. m.in. T. Dybowski: *Naprawienie szkody*, [w:] *System T III cz. 1*, Ossolineum Wrocław, 1981; M. Serwach: *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – ubezpieczeniami przyszłości*; „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2006, nr 7-8.
3. Por. m.in. E. Kowalewski: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych, ewolucja i kierunki przemian*, OW Branta, Bydgoszcz, 1992 i M. Serwach: *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym* [w:] T. Szumlicz (red): *Spoleczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*; OW SGH Warszawa 2010.
4. Por. m.in. M. Faure: *Economic criteria for compulsory insurance*; Maastricht Faculty of Law Working Paper, 2005.
5. Zagadnienia te analizowane są w ujęciu prawnym i ekonomicznym w literaturze, przy czym wydaje się, że w odniesieniu do szkód osobowych formuła *first party insurance* nie zachowuje cechy „lepszego dopasowania do profilu ryzyka”; por. m.in. M. Faure *op. cit.*
6. Wskazuje się, że rośnie współcześnie tendencja do wykorzystania formuły *first party* nie tylko w „szkodach środowiskowych”, ale także – niekiedy tylko w doktrynie, a niekiedy w realizowanej polityce – w zakresie tzw. szkód pracowniczych, medycznych czy powstałych w konsekwencji wypadków drogowych (por. M. Faure, *op. cit.* czy K. Ludwichowska: *Optymalizacja systemu kompensacji szkód komunikacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2009, nr 3.
7. *Compulsory insurance in OECD countries: Second east-west conference on insurance systems in the economies in transition: sesion VI, Paris 26-Mar-1997.*

W dzisiejszych czasach w krajach OECD<sup>8</sup> powszechność, obszary i rodzaje ryzyka, w odniesieniu do których ubezpieczenie jest obowiązkowe, są bardzo zróżnicowane. Francja, Belgia i Portugalia mają ponad 100 ubezpieczeń obowiązkowych (choć nie wszystkie funkcjonują w praktyce), Włochy około 70. Umiarkowana ich liczba jest w Niemczech i Austrii (20-30), po kilkanaście w Wielkiej Brytanii, Czechach, Niderlandach czy Grecji, a zaledwie kilka w Turcji i Irlandii. Wydaje się jednak, że motywem przewodnim legislacji w tym zakresie jest ochrona poszkodowanych osób trzecich, a nie majątku samych zobowiązanych do ubezpieczenia. Świadczyć o tym może fakt, że pierwsze historycznie ubezpieczenia ogniowe rzadko są dzisiaj obowiązkowe, a analiza katalogu ubezpieczeń obowiązkowych w krajach OECD pozwala stwierdzić, że obejmują one – z wyjątkami – ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej<sup>9</sup>. Kryteria dodatkowe to ciężar (możliwość powstania szkód masowych lub o dużej wartości), częstotliwość poddawanych ochronie ryzyk oraz zaostrzona odpowiedzialność związana z niektórymi rodzajami działalności lub aktywności życiowej (*no-fault liability*), co oczywiście wywołuje pytanie, kiedy odpowiedzialność powinna być zaostrzona. W konsekwencji pośrednio zabezpieczany jest interes podmiotów zagrożonych odpowiedzialnością, co jest bezspornie uzasadnione z uwagi na brak korelacji potencjalnych strat z ich (podmiotów zagrożonych) potencjałem finansowym<sup>10</sup>.

Ochrona interesu państwa, na tle uwag wstępnych, także może stanowić motyw wprowadzenia obowiązku ubezpieczenia – dotyczy to zdarzeń, które np. ze względu na swoją masowość (powódź) bądź stosunki własnościowe (państwowa służba zdrowia) mogą obciążać kosztami naprawienia szkód Skarb Państwa.

W zakresie szkód osobowych konieczność ingerencji państwa wydaje się także uzasadniać liczbę szkód. Szacuje się, że rocznie w Unii Europejskiej ma miejsce ponad 50 mln wypadków, w konsekwencji których powstaje ok. 25 mln przypadków szkód osobowych. Liczba poważnych obrażeń ciała (trwałe inwalidztwo) waha się w przedziale 1,5 do 2 mln, w tym ok. 25 tysięcy to przypadki, w których powstaje ponad 50 proc. uszczerbek na zdrowiu<sup>11</sup>. Przy tym wskazuje się, na podstawie roszczeń kierowanych przeciwko zakładom ubezpieczeń, że rośnie wartość roszczeń z tytułu szkód osobo-

- 
8. Na podstawie danych omawianych w: *Insurance in the Baltic Countries* (2004); OECD Publishing.
  9. O ile w ramach analizy zagadnienia transferu pominiemy system zabezpieczenia społecznego, z uwagi na odrębność systemową, sposób organizacji i funkcjonowania – jakkolwiek z ekonomicznego punktu widzenia stanowi on metodę zarządzania ryzykiem (polegającą na dywersyfikacji ciężaru na grupę).
  10. Z uwagi na ten brak korelacji ryzyko odpowiedzialności uznawane jest za ryzyko ostre (*killer risk*); por. D. Kaye: *Risk Management*, The Chartered Insurance Institute London, 2001. Można tu także zwrócić uwagę, że w rankingach dotyczących znaczenia ryzyka w działalności gospodarczej tworzonych przez Lloyd's of London na podstawie wywiadów z menedżerami ryzyko odpowiedzialności plasuje się stabilnie w czołówce postrzeganych jako najistotniejsze, obok ryzyka przerw w działalności gospodarczej; [www.lloydsolondon.com](http://www.lloydsolondon.com).
  11. Szacunki bardzo ogólne z uwagi na brak jednolitej formuły definiowania i klasyfikacji szkód osobowych oraz źródeł i baz danych; uwzględniają zarówno zdarzenia związane z odpowiedzialnością cywilną, w tym z ruchu pojazdów, błędy medyczne, wypadki w pracy, ale także przestępczość i samookaleczenia oraz nieszczęśliwe wypadki bez sprawstwa – na podstawie danych CEA i EU IDB (*Injury Database*) za: *Bodily Injury: Viewpoints for Europe*; PartnerRe; Bermuda, 2008; <http://www.partnerre.com/>.



wych (średni wzrost za okres 15 lat przed 2008 waha się od 30 proc. w Hiszpanii, 200 proc. w Niemczech, 300 proc. we Francji, do 400 proc. w Wielkiej Brytanii). Pojedyncze roszczenia (w indywidualnych przypadkach) przekroczyły poziom 10 mln euro (Francja, Wielka Brytania)<sup>12</sup>.

Wiele obszarów ryzyka poddawanych obowiązkowo ubezpieczeniu stanowi wyraz kompilacji wskazanych kryteriów (interes poszkodowanych, interes państwa, powszechność ryzyka czy potencjalny rozmiar strat) z różnym ich nasileniem. W Polsce w ostatnich latach również obserwujemy rozszerzanie zakresu obszarów, w których wprowadzany jest obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Aktualnie lista obejmuje 30 obszarów (kategorii podmiotów<sup>13</sup>), przy czym w dwunastu, w opinii autorki, istnieje duże ryzyko powstania szkód na osobie (por. Tabela nr 1). Ocena ta bierze pod uwagę powszechność, częstotliwość ryzyka i/lub możliwość doznania szkód osobowych przez wiele podmiotów w wyniku jednego zdarzenia (katastrofy w tym np. budowlane)<sup>14</sup>.

**Tabela 1. Katalog obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w Polsce (2010)**

LP	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	Ryzyko powstania szkód na osobie
1.	Posiadaczy pojazdów mechanicznych	Duże
2.	Rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego	Duże
3.	Odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Duże
4.	Odpowiedzialności cywilnej organizatorów imprez masowych	Duże
5.	Architektów oraz inżynierów budownictwa	Duże
6.	Zarządców nieruchomości	Duże
7.	Świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Duże
8.	Przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie łowiectwa	Duże
9.	Podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne	Duże
10.	Badacza i sponsora (prowadzących badania kliniczne produktów leczniczych)	Duże
11.	Użytkowników statków powietrznych, przewoźników i innych przedsiębiorców prowadzących działalność lotniczą.	Duże
12.	Osoby eksploatującej urządzenie jądrowe	Duże
13.	Właścicieli statków za zanieczyszczenie wód olejami	-

*Ciąg dalszy tabeli na stronie 10*

12. *Bodily Injury: Viewpoints for Europe*, op. cit. s. 9.

13. Wyczerpanie to obejmuje jedynie obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jednakże należy zwrócić uwagę, że katalog ten ulega zmianom.

14. W pozostałych obszarach ryzyko to wydaje się albo znikome, a niekiedy w zakresie szkód osobowych dotyczyć będzie raczej naruszenia dóbr osobistych w postaci dobrego imienia, czci etc.

Ciąg dalszy tabeli ze strony 9

LP	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	Ryzyko powstania szkód na osobie
14.	Komorników sądowych	-
15.	Przedsiębiorcy za szkody wyrządzone podczas wykonywania czynności detektywa	-
16.	Kwalifikowanego podmiotu świadczącego usługi certyfikacyjne	-
17.	Rzeczników patentowych	-
18.	Adwokatów	-
19.	Radców prawnych	-
20.	Notariuszy	-
21.	Podmiotów wykonujących doradztwo podatkowe	-
22.	Pośredników w obrocie nieruchomościami	-
23.	Rzeczoznawców majątkowych	-
24.	Osoby sporządzającej świadectwa charakterystyki energetycznej budynku, lokalu mieszkalnego lub części budynku stanowiącej samodzielną całość techniczno-użytkową	-
25.	Podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych.	-
26.	Domu maklerskiego	-
27.	Osoby powołanej do wykonywania czynności syndyka, nadzorca sądowego albo zarządcy	-
28.	Wprowadzającego sprzęt za niewykonanie obowiązku zbierania, przetwarzania, odzysku, w tym recyklingu i unieszkodliwiania zużytego sprzętu elektrycznego i elektronicznego	-
29.	Z tytułu wykonywania działalności brokerskiej	-
30.	Z tytułu wykonywania czynności agencyjnych	-

Źródło: opracowanie własne.

Wskazany katalog ubezpieczeń w obszarze dużej ekspozycji na ryzyko powstania szkód na osobie jest podobny do funkcjonujących w innych krajach w tym zakresie. Po wyeliminowaniu luk w zakresie świadczeń medycznych i wykonywaniu zawodu lekarza, wskazać można, że w odróżnieniu od naszego rynku, w innych krajach w obszarze istotnym dla szkód osobowych pojawia się dosyć często obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pracodawcy (m.in. Wielka Brytania, Irlandia, USA). Jednocześnie fakt, że katalog ów stanowi mniej niż połowę listy obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, należy stwierdzić, że także inne przesłanki wprowadzania obowiązku ubezpieczenia ustawodawca uznał za istotne, w tym zwłaszcza specyfikę zawodu lub działalności, związaną z jednej strony z koniecznością posiadania specjalistycznej wiedzy, a z drugiej z zaufaniem publicznym jakim się je obdarza.

## 2. Czynniki warunkujące skuteczność transferu

Skuteczność transferu zamierzonego przez ustawodawcę zależy od wielu czynników, w tym najistotniejsze grupy można wskazać czynniki prawne, w tym regulacje dotyczące ubezpieczeń obowiązkowych<sup>15</sup> oraz czynniki ekonomiczne, a także społeczne i psychologiczne. Szczegółowa analiza wszystkich czynników przekraczałaby ramy opracowania, zwłaszcza uwzględniając specyfikę poszczególnych ubezpieczeń obowiązkowych. Dlatego uwaga zostanie skupiona na wybranych czynnikach, uniwersalnych w znaczeniu dla analizowanego zagadnienia, ujętych w dwóch następujących grupach:

- czynniki determinujące zakres i realność kompensacji ubezpieczeniowej,
- czynniki wpływające na decyzje poszkodowanych w procesie dochodzenia roszczeń przeciwko ubezpieczycielowi odpowiedzialności cywilnej sprawcy, a zatem wykorzystaniu instrumentów pokrycia strat zaplanowanych przez ustawodawcę.

W analizie tych czynników przyjęte zostało – na bazie wskazanych w poprzednim punkcie przesłanek wprowadzania obowiązku ubezpieczenia – że ustawodawca zainteresowany jest, aby kompensacja strat była pełna i szybka, przy możliwie największym ograniczeniu ekspozycji na ryzyko konieczności pokrycia strat tak podmiotów ubezpieczonych, jak i własnych. Rozważania ograniczone zostały do polskiego rynku, z uwzględnieniem jednakże tendencji obserwowanych na innych rynkach.

### 2.1. CZYNNIKI DETERMINUJĄCE ZAKRES I REALNOŚĆ KOMPENSACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Do tej grupy czynników należy zaliczyć przede wszystkim regulacje z zakresu prawa materialnego i procesowego oraz rozwiązania systemowe. Z uwagi na szeroki zakres regulacji, w tym także odrębnych dla poszczególnych kategorii ryzyka, w tym miejscu pominięte zostaną rozwiązania specyficzne dla poszczególnych produktów i obszarów poddanych obowiązkowi ubezpieczenia.

Za najbardziej istotny, z analizowanego punktu widzenia, należy wskazać zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zakres ten wyznaczany jest w pierwszym rzędzie przez przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, a w sprawach nieuregulowanych w ustawie przez przepisy kodeksu cywilnego oraz ogólne warunki poszczególnych ubezpieczeń obowiązkowych, przy czym należy wskazać, że swoboda stron kontraktu w zakresie kształtowania umów ubezpieczenia obowiązkowego ograniczona została do możliwości wskazania sumy gwarancyjnej w określonych granicach sumy minimalnej oraz wysokości składki ubezpieczeniowej, jej ewentualnych obniżek czy podwyżek<sup>16</sup>. Odstępując od szczegółowej analizy zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyznaczonej przez ustawodawcę w poszczególnych ubezpieczeniach istotnych w obszarze szkód na osobie, należy podkreślić, że jest on określany szeroko, w tym obejmuje ochroną szkody wyrządzone

15. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kształtowana jest na bazie odpowiedzialności cywilnej sprawcy, przy czym szczegółowy zakres ubezpieczenia określa ustawodawca (por. ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych z 22 maja 2003 r. oraz zawarta w niej delegacja z art. 22 ust. 2).

16. M. Serwach *Komentarz do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych* [w:] M. Adamowicz, A. Brodecka-Chamera, D. Fuchs, M. Glicz, B. Janyga, S. Koroluk, J. Kruczałak-Janowska, K. Malinowska, D. Maśniak, J. Nawracała, M. Serwach, E. Spigarska, E. Wieczorek, A. Wowerka, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Tom I, Komentarz*, LEX, 2010, wyd. II.

w wyniku rażącego niedbalstwa (por. ar. 9 ust. 2 i 11 ust. 2 u. o ub. obow.) lub nawet winy umyślnej (w przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników art. 9 ust. 2 ust. o ub. obow.)<sup>17</sup>. Dodatkowo wprowadzany jest zakaz umownego ograniczania tego zakresu przez zakład ubezpieczeń, a katalog wyłączeń jest istotnie ograniczony w porównaniu do dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (dot. przede wszystkim szkód w postaci: uszkodzenia, zniszczenia lub utraty rzeczy; zapłaty kar umownych; szkód powstałych wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru, a w przypadku grup zawodowych szkód wyrządzonych po pozabawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do wykonywania zawodu<sup>18</sup>).

Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela wyznaczany jest także przez ustalone w umowie sumy gwarancyjne<sup>19</sup>. Co prawda ustawodawca wprowadza sumy gwarancyjne, jako minimalne, ale tym samym można uznać, że wskazuje pewną wartość, jaka może przy danej kategorii ryzyka być uznana za adekwatną do wielkości ryzyka. Decyzje podmiotów zobowiązanych do zakupu ubezpieczenia, w tym do zakupu ochrony w szerszym wymiarze, determinowane są z jednej strony świadomością w zakresie ekspozycji na ryzyko i poziomu możliwych zobowiązań, asymetrią informacji, a także – jak wskazuje się w analizach ekonomicznych – poziomu aktywów zaangażowanych potencjalnie w zobowiązanie (zależnie od np. formy organizacyjno-prawnej) oraz – co oczywiste – ceny za zwiększenie sumy gwarancyjnej<sup>20</sup>. Z drugiej strony zakłady ubezpieczeń z uwagi na problem ze świadczeniem ochrony w zakresie obowiązkowych OC (hazard moralny, szeroki zakres ochrony) często, jak wspomniano, konstruują ofertę w zakresie nadwyżkowym (ponad minimalną sumę gwarancyjną), z innym zakresem ochrony i taryfą. Analizując sumy gwarancyjne przyjęte za minimalne w wymienionych w punkcie 1 obszarach niniejszego opracowania, należy stwierdzić, że nie gwarantują one optymalnego poziomu zabezpieczenia (tak dla poszkodowanego, jak i sprawcy) w kontekście potencjalnych roszczeń z tytułu szkód na osobie, uwzględniając możliwą liczbę poszkodowanych (np. architekt, zarządca nieruchomości), szkody powstałe u obywateli innych krajów (np. lekarz) i obserwowane na wszystkich rynkach tendencje w zakresie wzrostu ilości i wartości roszczeń, na rynkach zagranicznych (Swiss Re 2004, 2009; Bodily injuries 2008), jak i w Polsce<sup>21</sup>. Niskie sumy gwarancyjne mogą

---

17. Co wskazuje, że nadrzędnym celem ustawodawcy jest zapewnienie kompensacji dla poszkodowanych – zwłaszcza w kontekście przyznania ubezpieczycielowi prawa regresu w niektórych sytuacjach.

18. Negatywnie należy ocenić wyłączenie w przypadku działalności w zakresie łowiectwa szkód powstałych w związku z używaniem broni palnej.

19. Ocena adekwatności sum gwarancyjnych w ubezpieczeniach obowiązkowych, a także zagadnienie wyczerpywania się sumy gwarancyjnej oraz kwestia dopuszczalności podwyższenia wysokości sumy gwarancyjnej na podstawie art. 3571k.c. były przedmiotem szczegółowych analiz m.in. [w:] E. Kiziewicz: *Wyczerpywalność sumy gwarancyjnej w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*; „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2009, nr 38 i M. Serwach: *Problematyka sumy gwarancyjnej oraz praktycznych konsekwencji nieprawidłowego ustalenia jej wysokości*; „Prawo Asekuracyjne”, 2008 nr 2.

20. Tak np. M. Faure, *op. cit.*

21. Por. m.in. uwagi o wzroście wysokości świadczeń na polskim rynku za szkody osobowe powstałe w konsekwencji ruchu pojazdów mechanicznych w raporcie J. Monkiewicz, I. Kwiecień, M. Monkiewicz (red.); *Szkody osobowe z tytułu OC komunikacyjnego w Polsce. Tendencje*

stanowić jedynie limit korzystny z punktu widzenia ubezpieczyciela, który może nie być zainteresowany akceptacją wyższego poziomu ryzyka na warunkach narzuconych przez ustawodawcę, jednakże mogą czynić iluzorycznym zamierzony transfer ekonomicznego ciężaru ryzyka, co powodować może eksternalizację strat, a jednocześnie zagrożenie bankrutstwem podmiotu odpowiedzialnego za szkodę. Poparciem istotności właściwego ukształtowania sum gwarancyjnych może być np. fakt, że kilka krajów Europy Zachodniej (Francja – zresztą nie tylko dla ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów, Belgia, Luksemburg, Wielka Brytania, Irlandia i Finlandia) wprowadziło brak ograniczenia kwotowego odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do szkód osobowych z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Inne natomiast ustaliły minimalne sumy gwarancyjne na poziomie wyższym niż wymagany dyrektywami unijnymi<sup>22</sup>.

W kontekście postulatu szybkości kompensacji należy przypomnieć podnoszone w piśmiennictwie<sup>23</sup> negatywne aspekty funkcjonowania regulacji o charakterze *lex specialis* w zakresie terminu wypłaty odszkodowania (art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Kwestia ta wymagałaby zmian regulacyjnych ograniczających nadużywanie możliwości oczekiwania na wynik postępowania karnego lub cywilnego, gdyż jak podniesiono w obszarze szkód osobowych, szybkość indemnizacji jest niekiedy szczególnie istotna, zwłaszcza w zakresie kosztów leczenia i rehabilitacji. Szybkość kompensacji jednocześnie ogranicza poszukiwanie innych źródeł choćby przejściowego finansowania, a często docelowego z uwagi na ograniczenie prawa innych podmiotów do dochodzenia zwrotu kosztów poniesionych na rzecz poszkodowanego. Tym samym ma istotne znaczenie dla skuteczności transferu ciężaru na ubezpieczyciela.

Z uwagi na fakt, że przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna sprawcy szkody lub podmiotu zobowiązanego do jej naprawienia, w dużej mierze o zakresie zobowiązania ubezpieczyciela (a w konsekwencji kompensacji szkody przez niego) decydują zasady i zakres odpowiedzialności ubezpieczonego. W tym miejscu z punktu widzenia realizacji transferu poprzez dochodzenie roszczenia należy podnieść, że zasada ryzyka ułatwia dochodzenie odszkodowania. W praktyce wykazanie winy bywa trudne dla poszkodowanego. Kwestia ta zależy często od oceny okoliczności przez sprawcę, ubezpieczyciela, sąd, biegłego, przy czym nierzadko mamy do czynienia z jej subiektywizacją i instrumentalizacją. Instrumentalizacja przejawia się w chęci uniknięcia odpowiedzialności pozafinansowej przez sprawcę (np. karnej), zamiarze umorzenia sprawy przez organa ścigania w postępowaniu karnym bądź w sprawach o wykroczenie z tzw. względów poprawiania statystyk, skłonności biegłych do określania winy w opiniach zlecanych w postępowaniu karnym lub w sprawach o wykroczenie w związku ze zdarzeniem powodującym szkodę<sup>24</sup>. Z drugiej strony

---

rozwoju 2006-2009; raport Stowarzyszenia dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego – ProMotor; Warszawa 2010.

22. *Bodily Injury: Viewpoints for Europe*; *op. cit.*

23. Tak m.in.: Serwach w *Komentarz do art. 22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych* [w:] „Prawo ubezpieczeń gospodarczych”, 2010, Tom I; oraz *Sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za 2009*.

24. Por. m.in. M. Lewandowski: *Status pokrzywdzonego w prawie i praktyce karnej*; [www.pracaczlowieka.edu.pl](http://www.pracaczlowieka.edu.pl).

podnosi się, że zasada odpowiedzialności, z ekonomicznego punktu widzenia, zależnie od relacji wielkości potencjalnego zobowiązania do posiadanych aktywów – może wpływać na obniżenie staranności podmiotu, gdy uświadamia sobie, że dołożenie starań z jego strony (brak winy) nie zabezpiecza go przed odpowiedzialnością przy zasadzie ryzyka, a zwłaszcza przy odpowiedzialności absolutnej<sup>25</sup>.

Znaczący dla oceny realności i pełności kompensacji wydaje się także katalog roszczeń, jakie mogą być wnoszone z tytułu szkód osobowych. Na polskim rynku znaczącą zmianą jest przyznanie poszkodowanym pośrednio, czyli najbliższym członkom rodziny zmarłego poszkodowanego na osobie, możliwości dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 446 par. 4 k.c.). Jakkolwiek powstaje dyskusyjne zagadnienie na ile, z punktu widzenia ustawodawcy, znaczące jest zapewnienie skutecznej kompensacji szkód o charakterze niemajątkowym (por. Faure 2005). Wydaje się jednak, że kwestia ta ma znaczenie z punktu widzenia realizacji polityki dobrobytu państwa, ze względów społecznych. Dodatkowo w zakresie katalogu dopuszczalnych roszczeń wskazać należy na dwie istotne kwestie<sup>26</sup>. Pierwsza to ograniczona legitymacja w zakresie zwrotu kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Podmiotem wyłącznie uprawnionym do żądania zwrotu kosztów wskazanych w art. 444 § 1 k.c. jest poszkodowany lub jego przedstawiciel ustawowy. Przedmiotowe roszczenie nie przysługuje osobie trzeciej, nawet w przypadku poniesienia przez nią tychże kosztów. Ograniczenie to w praktyce pozbawia możliwości uzyskania zwrotu kosztów (a tym bardziej wyłożenia odpowiedniej sumy z góry) w przypadku, gdy poszkodowany znajduje się, z powodu doznanych obrażeń, w stanie wyłączającym możliwość samodzielnego działania, a tym samym także udzielenia pełnomocnictwa (paraliż całkowity, śpiączka etc.), aż do czasu jego ubezwłasnowolnienia albo śmierci. Wydaje się, że uzasadniona byłaby zmiana legislacyjna, bowiem gdyby nawet przyjąć, że rozwiązaniem może być wskazanie legitymacji do działania w przepisie art. 29 k.r. i o. („w razie przemijającej przeszkody” – choć pytanie czy złożenie wniosku o ubezwłasnowolnienie nie byłoby podnoszone, jako potwierdzenie „trwałości” przeszkody) i tak dotyczy on jedynie małżonków.

Następna kwestia to prawo żądania wyłożenia z góry sumy potrzebnej na pokrycie kosztów powstałych w konsekwencji uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W kodeksie cywilnym (art. 444 § 1 zd. 2) prawo to ograniczone zostało do sumy potrzebnej na koszty leczenia, ewentualnie także – jeżeli poszkodowany stał się inwalidą – sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu. Powoduje to, że wiele kosztów generowanych w następstwie szkody na osobie, znaczących z ekonomicznego punktu widzenia, w tym np. przebudowy domu, zakupu odpowiedniego pojazdu (nie tylko samochodu, ale także np. nowoczesnego wózka inwalidzkiego czy protezy), a niekiedy nawet rehabilitacji (wskutek negatywnej interpretacji), pozostaje poza tą grupą, co w konsekwencji ogranicza dostępność świadczeń lub przedmiotów istotnych dla poszkodowanych. Z uwagi na poziom tych kosztów i trudną zazwyczaj sytuację

---

25. Tak M. Faure, *op. cit.*, s. 11.

26. Wnioski w tym zakresie sformułowane zostały przez autorkę w raporcie J. Monkiewicz, I. Kwiecień, M. Monkiewicz (red.); *Szkody osobowe z tytułu OC komunikacyjnego w Polsce. Tendencje rozwoju 2006-2009*; raport Stowarzyszenia dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego – ProMotor; Warszawa 2010.

materialną gospodarstwa domowego po doznaniu poważnej szkody na osobie, możliwości w zakresie wyłożenia tych kosztów z góry są często ograniczone. Dodatkowo podnosi się, że w praktyce wyłożenie przez ubezpieczycieli, w drodze uznania, potrzebnej na koszty sumy, jest rzadkością. W efekcie często wsparcie finansowe zapewniają tu organizacje społeczne. Finansują one świadczenia medyczne i rehabilitacyjne, co w pewnym stopniu stanowi konsekwencję braku zapewnienia tych wydatków z góry przez ubezpieczycieli (mimo możliwości wynikających z art. 444 par. 1 k.c.). Przy tym nie zawsze dochodzony jest zwrot owych wydatków od ubezpieczyciela, co powoduje *de facto* eksternalizację kosztów i nieefektywność systemu, w sytuacji, gdy istnieje podmiot zobowiązany do kompensacji.

Na rynku wskazuje się także na niechęć ubezpieczycieli do dokonywania zwrotu wydatków na świadczenia medyczne poniesione poza systemem państwowej opieki zdrowotnej. Tymczasem zmiany ekonomiczne, niewydolność publicznej służby zdrowia, wzrost zakresu usług prywatnych, jak i większa dbałość (świadomość pacjentów) sprawiają, że coraz powszechniejsze jest korzystanie z płatnych usług służby zdrowia, szczególnie w zakresie rehabilitacji oraz długoterminowej opieki (tendencja ta obserwowana jest już także na rynku polskim<sup>27</sup>).

Skuteczność transferu ryzyka determinowana jest, w opinii autorki, także przez czynniki zapewniające realność kompensacji ubezpieczeniowej, w tym zwłaszcza – w analizowanym obszarze<sup>28</sup> przez:

- przymus zawarcia umowy wiążący także ubezpieczyciela, co zapewnia realność realizacji obowiązku ubezpieczenia nałożonego na określone podmioty, przy czym należy zwrócić uwagę, że zdarza się, iż w praktyce cena staje się instrumentem ograniczania podaży w tym zakresie i nie zawsze stanowi to wyraz polityki szacowania ryzyka *case by case* i selektywnego *underwritingu*, lecz niekiedy opozycję dla konieczności akceptacji określonej kategorii ryzyka; zjawisko to ułatwia także ustalenie przez ustawodawcę niskiego poziomu minimalnych sum gwarancyjnych i w konsekwencji modyfikację warunków ochrony i cen w ubezpieczeniach tzw. nadwyżkowych,
- system gwarancji w przypadku braku realizacji obowiązku ubezpieczenia przez podmiot zobowiązany, należy wskazać jednak, że w takim przypadku gwarancje UFG są ograniczone – spośród wskazanych w pkt. 1 produktów – do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z ruchem pojazdów mechanicznych oraz z posiadaniem gospodarstwa rolnego; tym samym w kontekście oceny skuteczności transferu ryzyka na ubezpieczycieli z punktu widzenia państwa istotne staje się zagadnienie skuteczności egzekwowania obowiązku ubezpieczenia.

27. Według danych GUS znacząco wzrosły wydatki indywidualne (z dochodów osobistych) w sektorze gospodarstw domowych (ceny bieżące) w pozycji „zdrowie”. Wskaźnik 2009 do 2005 wyniósł 123,5 proc., a w stosunku do 2000 roku aż 182,4 proc. Koszty leczenia według danych Swiss Re (2009) wzrosły na wszystkich rynkach. Wynika to z większego popytu (świadomości), ale też stosowania nowoczesnych procedur, wzrostu cen na rynkach.

28. Pominięte tu zostaną inne gwarancje realności. Szczegółowo na temat zasady realności ochrony ubezpieczeniowej m.in.: J. Handschke: *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.

## 2.2. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA DECYZJE POSZKODOWANYCH W PROCESIE DOCHODZENIA KOMPENSACJI OD UBEZPIECZYCIELI

Fakt i zakres kompensacji z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a tym samym wykorzystanie przez poszkodowanych instrumentów zaplanowanych przez ustawodawcę jako źródło kompensacji szkody, zależy w dużej mierze od działań poszkodowanego. Te natomiast związane są z procesem podejmowania decyzji. W przedmiotowym obszarze decyzje są podejmowane w różnych aspektach, płaszczyznach i na różnych stadiach procesu „likwidacji szkody”:

- na etapie początkowym – o dochodzeniu roszczenia w ogóle, ale także o jego składowych i sumarycznej kwocie,
- na etapie polubownym – w ramach postępowania prowadzonego przez zakład ubezpieczeń, gdzie działania mogą przyjąć mniej lub bardziej aktywną formę, polegającą na akceptacji bądź weryfikacji działań i stanowiska ubezpieczyciela i negocjacjach,
- na etapie spornym – w postępowaniu sądowym lub przy wykorzystaniu alternatywnych systemów rozstrzygania sporów, przy czym w tym stadium, za istotną część (*sub-etap*) można wskazać decyzję o złożeniu apelacji, która zwiększa dodatkowo ryzyko finansowe i wymaga oceny meritum argumentacji w sprawie sądu pierwszej instancji, traktowanego jako autorytet.

Z uwagi na etapowość procesu, istotna dla analizowanej skuteczności transferu jest także wytrwałość w dochodzeniu kompensacji, tak by osiągnęła ona poziom adekwatny do oczekiwań poszkodowanego. Należy tu zaznaczyć, że oczekiwania te niekoniecznie muszą być zbieżne z obiektywną oceną szkody, co także utrudnia ocenę skuteczności transferu poprzez weryfikację choćby „pełności” kompensacji<sup>29</sup>.

Subiektywizacja ocen jest tu zresztą istotnym elementem, jako że jedną z podstawowych kategorii determinujących proces podejmowania decyzji jest kryterium maksymalizacji spodziewanych korzyści. W teorii podejmowania decyzji jej stosowanie polega na obliczeniu dla każdego możliwego działania spodziewanej korzyści i wybraniu tej opcji, z którą wiąże się największa gratyfikacja<sup>30</sup>. W zakresie decyzji o dochodzeniu roszczeń znaczenie mają te czynniki, które wpływają na dwa elementy istotne dla wszystkich decyzji w obszarze finansów osobistych: oczekiwane korzyści oraz koszty, przy których znaczący jest też poziom ryzyka, jaki wiąże się z koniecznością zaangażowania przede wszystkim finansowego (choć w praktyce ważne są także nakłady merytoryczne i czasowe oraz emocjonalne) i możliwością nieosiągnięcia zakładanego celu. Jednakże ich nieosiągnięcie może wyrażać się zarówno w uzyskaniu kompensacji na poziomie niższym niż oczekiwany, ale także w nieuzyskaniu jej w ogóle, a jednocześnie powstaniu dodatkowej straty z uwagi na nakłady zaangażowane w jej dochodzenie. Z punktu widzenia oceny skuteczności transferu ciężaru kompensacji strat na ubezpieczyciela ma to znaczenie, gdyż w praktyce brak podejmowania skutecznych działań w zakresie dochodzenia kompensacji ubezpieczeniowej nie oznacza jednoczesnej

---

29. Kwestia obiektywizacji szkody jest dyskusyjna, por. m.in. M. Kaliński: *O wadliwej obiektywizacji szkody*, „STUDIA IURIDICA”, 2007, XLVII.

30. J. Supernat: *Decydowanie w zarządzaniu. Problemy, metody, techniki*; Kolonia Limited, Wrocław 1997.



retencji tej straty w majątku poszkodowanego (indywidualnie czy w zakresie gospodarstwa domowego), lecz często poszukiwanie innych źródeł kompensacji. Najczęściej kompensaty szuka się w systemie zabezpieczenia społecznego, który postrzegany może być jako „prostszy”, bardziej „dostępny” i wymagający mniej nakładów merytorycznych czy finansowych. Z ekonomicznego punktu widzenia niepełna kompensacja lub, w najgorszym razie, strata związania z nakładami poniesionymi na nieskuteczne dochodzenie roszczenia od ubezpieczyciela, powoduje też zmniejszenie siły nabywczej poszkodowanego, a często także jego bliskich, transfer środków mogących zostać zaangażowanych w innym obszarze na cele kompensacji.

W grupie czynników wpływających na decyzje poszkodowanych w procesie dochodzenia kompensacji od ubezpieczycieli znajdują się czynniki o charakterze ekonomicznym, proceduralnym i psychologiczno-społecznym. Za bazę dla podejmowanych decyzji można uznać prawo do dochodzenia roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (*actio directa*<sup>31</sup>), gdyż pewność dłużnika (pozycja finansowa, świadczenie bezpośrednio do rąk poszkodowanego) i ułatwienia proceduralne (regulacje dotyczące procesów likwidacji szkody), mają znaczenie psychologiczne, zwiększając skłonność do dochodzenia roszczenia, ale także wpływając na jego wielkość.

W zakresie czynników prawnych istotna wydaje się regulacja dotycząca terminów przedawnienia. Ich wydłużenie, abstrahując od uzasadnienia w postaci specyfiki szkody na osobie, w tym długiego okresu inkubacji, powoduje wydłużenie okresu na podjęcie decyzji w zakresie dochodzenia roszczenia, w tym możliwości skorzystania z doradztwa, zdobycia wiedzy w tym zakresie. W przypadku poważnych szkód na osobie często poszkodowany lub jego bliscy mają ograniczone zdolności psychofizyczne. Sytuacja emocjonalna czy organizacyjna nie pozwala im na podjęcie działań w zakresie poszukiwania kompensacji szkody. Z tego względu pozytywnie – z punktu widzenia realizacji transferu ryzyka – należy ocenić zmiany wprowadzone w roku 2007 w zakresie terminów przedawnienia (por. art. 442<sup>1</sup> k.c.), w tym odrębną regulację odnoszącą się do małoletniego poszkodowanego na osobie (par. 4). Wydaje się, że zasadne byłoby wydłużenie terminu, w jakim przedawnienie nie może się skończyć do lat trzech od uzyskania pełnoletności, brak bowiem racjonalnych przesłanek dla skrócenia tego okresu w stosunku do sytuacji pełnoletnich poszkodowanych na osobie (par. 3). Mimo bowiem założenia, że regulacja szczególna dla małoletniego nie wyklucza stosowania regulacji ogólnej (par. 3), to nie gwarantuje ona jednakowego zabezpieczenia w sytuacji, gdy małoletni dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia przed uzyskaniem pełnoletności. Tym samym, mogą zaistnieć sytuacje, gdy z braku działania własnego (a z racji braku pełnej zdolności do czynności prawnych opiekunów prawnych) wobec poszkodowanego będzie miał zastosowanie termin dwuletni od chwili, w której zyskuje zdolność samodzielnego dokonywania czynności prawnych. Jednocześnie, adekwatny dla oceny swojej sytuacji poziom psychofizyczny. Przy tym należy zauważyć, że przepisy ogólne o przedawnieniu nie zmieniają sytuacji osoby

31. Podnosi się głosy w sprawie uzasadnienia dla tak szerokiego przyznania prawa roszczenia bezpośredniego (dla porównania w Niemczech dotyczy ono jedynie ubezpieczenia komunikacyjnego OC). Należy je ocenić jako istotny instrument w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej z analizowanego punktu widzenia.

małoletniej w tej kwestii, bowiem wstrzymanie rozpoczęcia lub zawieszenie dotyczy jedynie roszczeń przeciwko rodzicom, osobom sprawującym opiekę lub kuratelę (art. 121 k.c.) bądź w okresie do ustanowienia przedstawiciela w razie jego braku lub ustania przyczyny do ustanowienia (art. 122 k.c.). Wydaje się, że rok różnicy w odniesieniu do osoby, której świadomość prawna jest jednak na niższym poziomie niż osoby dorosłej może mieć istotne znaczenie. Jednakże można także stwierdzić, że w praktyce, w przypadku poważnych szkód, istotne działanie „ochronne” może mieć stanowisko sądu w konkretnej sprawie nieuwzględniające zarzutu przedawnienia z uwagi na zasady współżycia społecznego. Z racji stosunkowo „świeżej” regulacji w tym zakresie i postulatów ograniczania zbyt częstych zmian przepisów uzasadnione może być pozostawienie tej kwestii do weryfikacji w praktyce.

Wśród pozostałych czynników za najbardziej znaczące można uznać:

- koszty ponoszone w konsekwencji szkody i oczekiwania w zakresie poziomu ich kompensacji,
- koszty związane z procesem dochodzenia roszczeń<sup>32</sup>,
- inne czynniki społeczne i psychologiczne.

Poziom kosztów ponoszonych w konsekwencji szkody zależy między innymi od sytuacji gospodarczej, cen (wskazane ceny świadczeń zdrowotnych), poziomu zamożności społeczeństwa, a nawet świadomości (wspomniane większe wykorzystanie świadczeń rehabilitacyjnych). Zmiany w tym zakresie powodują rozszerzenie katalogu wydatków traktowanych – tak przez poszkodowanych, jak i orzecznictwo – jako mieszczące się w granicach adekwatnego związku przyczynowego. Przykładem mogą być wydatki na pojazd dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych, czy przebudowę domu lub mieszkania. Wpływa to zarówno na oczekiwania w zakresie kompensacji strat, ale także na decyzje o zaangażowaniu (zarówno finansowym, jak i czasowym czy emocjonalnym) w dochodzeniu ich kompensacji, zwiększając z jednej strony ewentualną stratę w razie braku kompensacji, a z drugiej poziom oczekiwanych korzyści. Czynniki ekonomiczne wpływają także na poziom świadczeń z tytułu krzywdy. Zadośćuczynienie zgodnie z orzecznictwem i piśmiennictwem powinno pozwolić poszkodowanemu na zwiększoną konsumpcję, a jego odniesienie do przeciętnej stopy życiowej nie powinno przesłaniać funkcji kompensacyjnej.

W odniesieniu do kosztów dochodzenia roszczenia, w związku z koniecznością udowodnienia roszczenia przez poszkodowanego (rozkład ciężaru dowodu), ponosi on także koszty z tym związane. Zaliczyć tu należy koszty opinii lekarskich, badań mających na celu wykazanie postaci i wielkości szkody, ale także koszty opinii biegłych z zakresu ruchu drogowego dla ustalenia okoliczności zdarzenia, bieżące koszty związane z opłatami za odpisy, kopie, pełnomocnictwa, koszty pełnomocników lub doradców oraz ewentualnie także koszty związane z postępowaniem sądowym i przy tym także ryzyko poniesienia kosztów strony przeciwnej w przypadku przegrania procesu (w całości lub w części).

---

32. Zagadnienie kosztów związanych z dochodzeniem roszczeń autorka szczegółowo omawia w raporcie: *Szkody osobowe z tytułu OC komunikacyjnego w Polsce. Tendencje rozwoju 2006-2009 (2010)*, który stanowi kanwę dla opracowania niniejszej części.

Koszty związane z postępowaniem sądowym są znacznie wyższe niż w postępowaniu przesądowym i obejmują dodatkowo koszty sądowe, w tym opłaty sądowe (wpis w wysokości 5 proc. od kwoty dochodzonego roszczenia<sup>33</sup>, opłata kancelaryjna) oraz wydatki sądowe (np. wynagrodzenie powołanych w sprawie biegłych sądowych), a także koszty strony przeciwnej, zastępstwa procesowego oraz niewymierne koszty czasu zaangażowanego w toczący się proces. Strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie, koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). W razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone – zasada ta kreuje ryzyko finansowe związane z wniesieniem sprawy do sądu oraz właściwym ustaleniem wysokości roszczenia. Jednakże w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Uwzględniając wspomniane ryzyko finansowe należy stwierdzić, że poziom potencjalnych kosztów stanowi czynnik ekonomiczny w procesie podejmowania decyzji w zakresie skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego lub w zakresie apelacji od niekorzystnego wyroku sądu w pierwszej instancji. Wydaje się, że może to także wpływać na procesy decyzyjne zakładów ubezpieczeń, jako że nie każdy poszkodowany będzie zainteresowany w ponoszeniu ryzyka finansowego kosztów procesu.

Zjawiskiem, które zdaje się być odpowiedzią na problem związany z finansowaniem kosztów dochodzenia roszczenia wydaje się upowszechnienie na polskim rynku koncepcji wynagradzania pełnomocników lub firm doradczych, w tym tzw. kancelarii odszkodowawczych, brokerów ubezpieczeniowych lub szkodowych (które dodatkowo wspierają merytorycznie dochodzenie roszczeń) w formule prowizyjnej (*success fee*) lub warunkowej (*conditional fee*). System ten obecnie często oferowany jest również przez adwokatów i radców prawnych, u których częściej, z uwagi na regulacje dotyczące zasad wynagradzania, przyjmuje formułę mieszaną (względnie niską opłatę stałą oraz premię za sukces). Wysokość prowizji była przez pewien okres przedmiotem kontrowersji, w ostatnim czasie, w dużej mierze w efekcie konkurencji rynkowej, ustabilizowała się jeśli chodzi o kancelarie odszkodowawcze na poziomie średnio 20 proc., przy czym w zależności od stopnia skomplikowania sprawy, koniecznych kosztów oraz wielkości ewentualnego roszczenia przedział stosowanych stawek waha się w granicach 13 do 25 proc.<sup>34</sup>, co jest zbliżone do poziomu prowizji na innych rynkach.

Dodatkowo niektóre firmy, a także organizacje społeczne, oferują usługi określane jako *third party funding* lub *litigation funding*, czyli możliwość finansowania kosztów związanych z dochodzeniem roszczenia przez osobę trzecią, niezwiązaną z osobą poszkodowaną (najczęściej samą firmę doradcą), która ponosi przy tym ryzyko ewen-

33. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz.U. z dnia 1 września 2005 r.

34. Na podstawie badania ankietowego wykonanego wśród firm tzw. doradztwa odszkodowawczego w ramach raportu: J. Monkiewicz, I. Kwiecień, M. Monkiewicz (red.); *Szkody osobowe z tytułu OC komunikacyjnego w Polsce. Tendencje rozwoju 2006-2009*; raport Stowarzyszenia dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego, ProMotor; Warszawa 2010.

tualnej przegranej za cenę prowizji w przypadku sukcesu (lub np. darowizny w przypadku organizacji społecznych). Procedury takie, stosowane na rynku amerykańskim i rzadziej europejskim<sup>35</sup>, powodują zmniejszenie finansowego ryzyka związanego z dochodzeniem roszczeń. W efekcie powoływane są, jako jeden z podstawowych czynników zwiększających skłonność poszkodowanych do dochodzenia roszczenia, zwłaszcza na drodze sądowej<sup>36</sup>.

Na polskim rynku należy zwrócić jeszcze uwagę na brak jednolitej praktyki w zakresie obowiązku zwrotu kosztów udowodnienia czy uzasadnienia roszczenia w postępowaniu przesądowym ponoszonych przez poszkodowanego. Niekiedy zakłady ubezpieczeń zwracają te koszty, niekiedy odmawiają, podobnie niejednolite jest orzecznictwo i piśmiennictwo.

Koszty wynagrodzenia pełnomocnika na etapie przesądowym, a zwłaszcza w postaci premii za sukces, nie są pokrywane przez ubezpieczyciela na polskim rynku. Inaczej niż np. w systemie brytyjskim (z wyjątkiem posiadania przez poszkodowanego ubezpieczenia ochrony prawnej BTE). Według opinii prof. Kowalewskiego<sup>37</sup> wydatki finansowe poszkodowanego poniesione w związku z ustanowieniem pełnomocnika już w fazie przedsądowego dochodzenia roszczeń od zakładu ubezpieczeń „nie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem sprawcy wypadku drogowego, który szkodę wyrządził. Jako wydatki poniesione dobrowolnie, a nawet w pełni świadomie, nie mogą być traktowane *ex definitione* jako szkoda.” Wydaje się, jednak, że z uwagi na słabszą pozycję merytoryczną poszkodowanych, kwestia ta nie jest taka oczywista, a z drugiej strony niejednokrotnie wsparcie merytoryczne pełnomocnika profesjonalisty pozwala zakończyć sprawę na etapie przesądowym, co pozwala na przyspieszenie kompensacji, obniżenie jej kosztów, co jest korzystne także z punktu widzenia ubezpieczyciela. Brak jednolitej praktyki w zakresie obowiązku ich pokrywania przez zobowiązanego sugeruje rozważenie wprowadzenia regulacji w tym zakresie w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych. Uzasadnione jest to z jednej strony ich funkcją społeczno-ekonomiczną (transfer ryzyka na ubezpieczyciela), a z drugiej słab-

---

35. W USA stanowe przepisy ograniczyły *third party funding* do poszczególnych stanów; w Europie pojawiły się oferty finansowania dużych spraw lub pozwów zbiorowych przez podmioty z Australii. Por.: *Litigation and business. Transatlantic trends*; RAND Europe and Lloyd's, 2008; [www.lloyds.com](http://www.lloyds.com).

36. Na rynku amerykańskim dodatkowo powód w przypadku przegranej nie jest zobowiązany do zwrotu kosztów obrony pozwanego, co z jednej strony obniża ryzyko powoda, z drugiej potęguje koszt odpowiedzialności cywilnej z punktu widzenia podmiotów zagrożonych; w Wielkiej Brytanii na tle sprawy *Arkin vs. Borchard Lines* (2005) finansowanej przez osobę trzecią dla zysku sąd orzekł, że w przypadku przegranej powoda podmiot finansujący zobowiązany jest do zwrotu kosztów na rzecz pozwanego do poziomu, który dopasowany jest do poszkodowanego, ograniczając w ten sposób ekspozycję podmiotu finansującego. Kwestie te implikują dyskusje na temat sposobu finansowania kosztów dochodzenia roszczeń por. raport brytyjskiej *The Civil Justice Counsel*: „*The Future Funding of Litigation – Alternative Funding Structures*”; [www.civiljusticecounsel.gov.uk/files/future\\_funding\\_litigation\\_paper\\_v117\\_final.pdf](http://www.civiljusticecounsel.gov.uk/files/future_funding_litigation_paper_v117_final.pdf); a także Lowe J. (red.): *The cost of compensation culture*; „Working Party of The Actuaries Society”, 2002; [www.actuaries.org.uk](http://www.actuaries.org.uk) oraz *Litigation and business. Transatlantic trends*, *op. cit.*

37. Kowalewski E. OSP.2002.3.40, *Glosa do wyroku SN z dnia 11 czerwca 2001 r.*, V CKN 266/00. Teza nr 3; 32832/3.

szą pozycją poszkodowanych. Wydaje się, że wszystkie dodatkowe koszty związane z pokryciem wynagrodzeń specjalistów, którzy świadczą pomoc lub opinie na rzecz poszkodowanego w kierunku uzyskania świadczeń powinny być kompensowane przez sprawcę lub jego ubezpieczyciela. Konkretnie propozycje w tym zakresie formułowała także w roku 2009 Rzecznik Ubezpieczonych<sup>38</sup> i są one przedmiotem dyskusji w przedmiocie definicji szkody i zakresu obowiązku kompensacyjnego w kontekście projektowania nowego kodeksu cywilnego<sup>39</sup>.

Podstawowy zarzut, jaki jest wysuwany wobec wynagrodzenia prowizyjnego pełnomocników – obok wysokości – to niewłaściwa alokacja środków przeznaczonych w systemie na kompensację szkody. Z uwagi na wspomniany brak zwrotu, w istocie obciąża on poszkodowanego. Jednakże pojawia się pytanie, czy dynamiczny rozwój usług w tym zakresie (tak podaży, jak i popytu) nie świadczy o tym, że z ekonomicznego punktu widzenia prowizja stanowi wartość, którą poszkodowany jest w stanie zaangażować, a raczej zapłacić (biorąc pod uwagę warunkowy charakter) w zamian za wsparcie lub przeprowadzenie procesu uzyskania satysfakcjonującego świadczenia. Zagadnienie to wydaje się interesującym z punktu widzenia analizy ekonomicznej – oczekiwanej użyteczności z punktu widzenia finansów osobistych (gospodarstwa domowego).

Instrumentem obniżającym koszty mogą być alternatywne systemy rozstrzygania sporów, bazujące na formułach polubownych. Wskazać tu można:

- postępowanie pojednawcze wprowadzone jako instytucja w kodeksie postępowania cywilnego z dniem 10 grudnia 2005 r.<sup>40</sup>,
- mediacje i sąd polubowny/arbitraż – na polskim rynku w zakresie dochodzenia roszczeń od zakładów ubezpieczeń dostępne są obecnie mediacje, sąd polubowny/arbitrażowy funkcjonujące przy KNF oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

Niestety w porównaniu do wysokości opłaty sądowej w sądzie powszechnym opłaty ustalone przez wspomniane instytucje (KNF i Rzecznik) nie są szczególnie atrakcyjne, zwłaszcza w sprawach o mniejszej wartości. W konsekwencji ta droga rozstrzygania sporów nie jest chętnie wykorzystywana przez poszkodowanych. W pierwszych 2 latach działalności sądu przy KNF (marzec 2008 do marzec 2010) wpłynęły 24 wnioski dotyczące zakładów ubezpieczeń majątkowych. Łączna liczba wniosków złożona do Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych w okresie 2005-2009 wynosi 151. Zaledwie w 9 sprawach zakłady ubezpieczeń wyraziły zgodę na postępowanie arbitrażowe lub mediacje.

Wreszcie w analizowanym obszarze należy wskazać, że także czynniki społeczne, charakterystyczne cechy lub właściwości, tak jednostek, jak ogółu społeczeństwa, wydają się mieć istotne znaczenie dla decyzji w obszarze dochodzenia roszczeń za szkody na osobie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy. Wpływają na

38. *Sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za rok 2009*; [www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl).

39. M. Kaliński w: A. Olejniczak: (red.): *System prawa Prywatnego, Prawo zobowiązań – część ogólna*, tom 6 Warszawa, 2009 oraz opinia prawna M. Orlicki (2009): [http://www.rzu.gov.pl/files/2318\\_468\\_Rzecznik\\_Ubezpieczonych\\_przedstawil\\_zmodyfikowany\\_projekt\\_regulacji\\_dotyczacej\\_rzeczoznawcow\\_samochodowych.pdf](http://www.rzu.gov.pl/files/2318_468_Rzecznik_Ubezpieczonych_przedstawil_zmodyfikowany_projekt_regulacji_dotyczacej_rzeczoznawcow_samochodowych.pdf).

40. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw; Dz. U z 2005 r. nr 12 poz. 10.

zachowania, postawy poszkodowanych, ale także innych podmiotów podejmujących decyzje w procesie likwidacji szkody, w tym także sąd, jako podmiot orzekający ostatecznie w kwestii przyznania i wysokości świadczenia. Ich wagę podkreśla się w analizie tendencji wzrostu liczby i wartości roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej i jej ubezpieczenia. Za najistotniejsze, nie tylko dla obszaru szkód osobowych, można uznać:

- mentalność,
- świadomość,
- cechy indywidualne decydenta.

Mentalność określa charakterystyczny sposób myślenia i odnoszenia się do rzeczywistości, wynik przyjęcia określonych zasad i wartości, które wyznaczają sposób zachowania jednostki lub grupy społecznej<sup>41</sup>. W powszechnej opinii to właśnie „specyficzna mentalność” amerykańskiego społeczeństwa przyczyniła się do lawiny roszczeń i kryzysu systemu odpowiedzialności cywilnej. Furedi<sup>42</sup> analizując rozwój tzw. kultury roszczeniowej na rynku brytyjskim, zwraca uwagę, że był w Wielkiej Brytanii okres, gdy fakt, że ludzie doznali szkody na osobie, nawet poważnej, nie nasuwał automatycznie myśli o tym, że należy dochodzić odszkodowania. W roku 1966 w katastrofie w walijskiej wiosce Aberfan, w wyniku obsunięcia się hałdy górniczej na domy i szkołę zginęło 116 dzieci i 28 dorosłych. Nikt nie wysunął po tym zdarzeniu roszczenia o odszkodowanie. W tym samym okresie nieliczne osoby składały roszczenie o odszkodowania z państwowego systemu świadczeń dla ofiar przestępstw.

W latach 90. na rynku brytyjskim pisano już o zjawisku *litigation culture*, *compensation culture*, opisującym społeczną akceptację dla dążności każdego, kto doznał szkody zwłaszcza osobowej do „znalezienia” podmiotu, który by mógł dokonać finansowej kompensacji tejże szkody. Przy tym szczególnie „cenne” były podmioty pewne, jako dłużnik (zakład ubezpieczeń, instytucje państwowe)<sup>43</sup>. Abstrahując od ocen owych zmian postaw społecznych – które na rynku brytyjskim ewoluowały od negatywnych w latach 90. do wyważonych w ostatnim okresie<sup>44</sup> – należy zauważyć, że kształtowanie mentalności odbywa się zatem także poprzez zmiany ocen otoczenia, które może wspierać, odwołując się do poczucia sprawiedliwości społecznej (najczęściej najbliżsi, ale też pełnomocnicy zainteresowani prowadzeniem sprawy za wynagrodzeniem lub organizacje społeczne) bądź krytykować za „chęć przekucia krzywdy na korzyści finansowe” (często dalsze otoczenie)<sup>45</sup>. Ta druga postawa właściwa jest dylematom dotyczącym finansowej kompensacji krzywdy przy szkodach osobowych, zwłaszcza w przypadku poszkodowanych pośrednio wskutek śmierci osoby bliskiej. Przykładem może

---

41. R. Smolski, M. Smolski, E. Stadtmüller: *Słownik Encyklopedyczny Edukacja Obywatelska*; Wydawnictwo Europa, 1999.

42. F. Furedi, *Courting Mistrust; The hidden growth of a culture of litigation in Britain*; CENTRE FOR POLICY STUDIES, London 1999.

43. *Ibidem*.

44. Por. I. Kwiecień: *Kultura roszczeniowa – dynamika zjawiska w kontekście odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń*; „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9 (2/2010) oraz cytowane tam m.in. F. Furedi oraz J. Lowe *op. cit.*

45. Najpowszechniejsze opinie zgłaszane w wywiadach z klientami firmy doradczej w zakresie odszkodowań.

być także ewolucja stanowiska orzecznictwa na rynku polskim – w okresie poprzedniego ustroju negacja podstaw pieniężnej kompensacji uszczerbku w postaci krzywdy, zwłaszcza po śmierci osoby bliskiej i odmiennie, w ostatnich latach, uznanie więzi rodzinnych za dobro osobiste, którego naruszenie uzasadnia zadośćuczynienie (w orzecznictwie przed przyznaniem wprost roszczenia o zadośćuczynienie po śmierci osoby bliskiej i poprzez to właśnie przyznanie i zmianę w zakresie roszczeń – par. 4 art. 446 k.c.), czy faktu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości i w razie uszczerbku na zdrowiu zadośćuczynienie pieniężne powinno być odpowiednio duże<sup>46</sup>.

Świadomość to wiedza i umiejętności. Modyfikując nieco definicję świadomości ubezpieczeniowej prof. Szumlicza<sup>47</sup>, można by stwierdzić, że świadomość odszkodowawcza to wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z możliwości dochodzenia kompensacji doznanej szkody. Wiedza zakłada także właściwy zasób informacji i zdolność ich przetwarzania. Na rynku brytyjskim zwłaszcza przeciwnicy „mitu” *compensation culture* podkreślają znaczenie wzrostu świadomości. Zwracają uwagę (stanowisko MASS przytaczane w raporcie Constitutional Affairs Committee (2006)), że konsument jest zwykle o wiele lepiej poinformowany niż 10 lat temu i skłonny do wykonywania swoich uprawnień. Obok ogólnego wzrostu poziomu wykształcenia, mamy działania wspierające, popularyzujące kształcenie w zakresie finansów osobistych, w tym ubezpieczeń. Istotną rolę w zakresie podnoszenia świadomości i zwiększania skłonności do dochodzenia roszczeń odgrywają działania edukacyjne i wspierające różnych instytucji. Na polskim rynku można wskazać działania Rzecznika Ubezpieczonych, organizacji konsumenckich, ale też rozwój usług doradczych i pośrednictwa w zakresie dochodzenia roszczeń, intensyfikację zainteresowania tym obszarem ze strony adwokatów i radców prawnych. Nie bez znaczenia jest także edukacja medialna, bezpośrednia i pośrednia, nasilona w dobie coraz powszechniejszego korzystania z Internetu, w tym upublicznianie informacji o sukcesach określonych roszczeń, wysokości świadczeń. Wydaje się, że mamy tu do czynienia z warunkowaniem instrumentalnym, zjawiskiem analizowanym na gruncie finansów behawioralnych, które opisuje proces, w którym bodziec lub zdarzenie nasila reakcję lub zwiększa prawdopodobieństwo reakcji<sup>48</sup>. Tym samym podobnie jak w zakresie inwestycji czy gier hazardowych, informacja o sukcesach w dochodzeniu roszczenia stanowi silną zachętę dla innych poszkodowanych.

Świadomość determinowana jest także przez cechy indywidualne, jak wykształcenie, doświadczenie, osobowość. Cechy te, podobnie jak determinacja w osiągnięciu celów, poziom awersji do ryzyka mają istotne znaczenie zarówno na etapie podejmowania decyzji o dochodzeniu roszczenia, jak i w trakcie tego procesu, gdy podejmowane są decyzje o ewentualnej kontynuacji na poszczególnych jego etapach. Psychologowie

46. Por. np. wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 21.01.2005 r., I Aca 554/2005 oraz wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98.

47. T. Szumlicz: *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*; „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 2006 nr 1, s. 21.

48. Pojęcie zdefiniowane przez Edwarda Thorndike; za: P. Zielonka: *Czym są finanse behawioralne, czyli krótkie wprowadzenie do psychologii rynków finansowych*; „Materiały i studia”, Zeszyt nr 158; [www.nbp.pl/publikacje/materiały\\_i\\_studia/ms158.pdf](http://www.nbp.pl/publikacje/materiały_i_studia/ms158.pdf), Warszawa 2003, s. 30.

wskazują, że różnią się one także w zależności od wieku, płci, poziomu wykształcenia oraz posiadanych aktywów, co ma znaczenie w kontekście ryzyka finansowego związanego z dochodzeniem roszczenia (kwestia ta omówiona została w części dotyczącej czynników ekonomicznych), ale także w zależności od uczestnictwa w grupie, która zapewnia wsparcie emocjonalne i organizacyjne (kwestia ta wydaje się znacząca w kontekście instytucji pozwów zbiorowych)<sup>49</sup>.

W zakresie szkód osobowych cechy indywidualne, jak wytrwałość, pewność siebie i dochodzenie własnych racji, wydają się szczególnie istotne z uwagi na długotrwałość procesów likwidacji szkody, w tym sądowych, konieczność opowiadania o trudnych przeżyciach i emocjach, poddawaniu się ekspertyzom biegłych, konieczność obrony swojego stanowiska w kontekście negatywnych niekiedy decyzji na etapach częściowych (ubezpieczyciel, sąd orzekający w pierwszej instancji, biegli). Oczywiście nie są to charakterystyki specyficzne tylko dla procesów dotyczących roszczeń za szkody na osobie, jednak wydaje się, że poszkodowani – zwłaszcza w przypadku poważnych uszczerbków, w tym śmierci lub trwałego inwalidztwa znajdują się w szczególnej emocjonalnej sytuacji, która osłabia ich pozycję.

## Podsumowanie

Ustawodawca wprowadzając obowiązek ubezpieczenia powinien być zainteresowany skutecznym jego funkcjonowaniem w celu realizacji założonych celów stanowiących podstawę ingerencji w sferę wolności umów. Konieczna jest zatem obserwacja i analiza rynku w tym obszarze i ewentualna modyfikacja w zakresie regulacyjnym i systemowym zapewniająca skuteczną realizację transferu ekonomicznych strat na ubezpieczycieli. Obok instrumentów systemowych państwo może także wpływać na poziom świadomości potencjalnych sprawców w zakresie ryzyka i standardów zarządzania nim (nie tylko adekwatnego ubezpieczenia, ale i działań prewencyjnych), jak i poszkodowanych w obrębie realizacji uprawnień im przysługujących.

W analizowanym obszarze wydaje się, że podstawowe zastrzeżenia na polskim rynku można postawić w zakresie wysokości minimalnych sum gwarancyjnych, które przy uwzględnieniu tendencji w zakresie wielkości roszczeń na rynku nie zawsze (wręcz rzadko) można uznać za adekwatne do wielkości ryzyka, i tym samym nie zapewniają one skuteczności transferu, a w konsekwencji implikują zagrożenie wypłacalności podmiotu odpowiedzialnego za szkodę (niedoubezpieczonego), jak i eksternalizację strat na system zabezpieczenia społecznego.

W ocenie skuteczności należy podkreślić jeszcze dwie kwestie. Po pierwsze interesy uczestników systemu są nie do końca zbieżne – państwo powinno być zainteresowane w skuteczności transferu i – tak jak poszkodowany i sprawca – w pełnej kompensacji szkody przez ubezpieczyciela. Jednakże poziom świadczeń wpływa na przyszłą sytuację podmiotu zobowiązanego do zakupu ubezpieczenia, w tym: podaż, dostępność, warunki i cenę ochrony ubezpieczeniowej. Wśród negatywnych skutków wprowadzenia

---

49. M.in. J. Supernat, *op. cit.* oraz N. Kass: *Risk in Decision Making as a Function of Age, Sex and Probability Preference*; „Child Development”, 1964 Vol. 35, No. 2, Blackwell Publishing.



obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wymienia się także wzrost szkodowości, trudności w zakresie hazardu motywacyjnego i moralnego, z punktu widzenia sytuacji zakładów ubezpieczeń, jak i negatywnego oddziaływania na ubezpieczonych i poszkodowanych. Dodatkowo w literaturze ekonomicznej<sup>50</sup> wskazuje się, na uzależnienie państwa od ubezpieczycieli najczęściej jednak komercyjnych i związane z tym ryzyko antyselekcji (ograniczanie podaży, pogorszenie warunków). Pełna ocena wymaga także analizy efektywności transferu, uwzględniając koszty i korzyści przyjętego rozwiązania. Ocena efektywności, jak zasygnalizowano w artykule, stanowić może także istotny przyczynek dla ewentualnych decyzji w zakresie określenia źródła kompensacji ubezpieczeniowej strat i wyboru formuły *first party* lub *third party* (bądź ich kombinacji).

## Wykaz źródeł:

Injury: Viewpoints for Europe (2008); PartnerRe; Bermuda; [http://www.partnerre.com/App\\_Assets/Public/9facb2fc-82b9-472a-90d6-3e80236d3ac2/Bodily%20Injury\\_Viewpoints%20for%20Europe.pdf](http://www.partnerre.com/App_Assets/Public/9facb2fc-82b9-472a-90d6-3e80236d3ac2/Bodily%20Injury_Viewpoints%20for%20Europe.pdf).

Brodecki Z., Serwach. M., Glicz M. (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*. Tom I, Komentarz, Wolters Kluwer Polska, wyd. II, 2010.

*Compulsory insurance in OECD countries*, Second east-west conference on insurance systems in the economies in transition, sesion VI, Paris 26-Mar-1997.

Constitutional Affairs Committee, *Compensation culture, Third Report of Session 2005–06*, Volume II; The Stationery Office by Order of the House, 2006; [www.parliament.uk/conaff-com](http://www.parliament.uk/conaff-com).

Dybowski T., *Naprawienie szkody*, [w:] *System T III cz. 1*, Ossolineum Wrocław 1981.

Enz R., Holzheu T., *The economics of liability losses – insuring the moving target*; „Sigma” 2004 nr 6; Swiss Reinsurance Company Ltd., [www.swissre.com](http://www.swissre.com).

Faure M., *Economic criteria for compulsory insurance*, Maastricht Faculty of Law Working Paper, 2005; [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=977463](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=977463).

Furedi F., *Courting Mistrust; The hidden growth of a culture of litigation in Britain*, CENTRE FOR POLICY STUDIES, London 1999.

Handsckhe J., *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.

*Insurance in the Baltic Countries*, OECD Publishing 2004.

Kaliński M., *O wadliwej obiektywizacji szkody*, [w:] *STUDIA IURIDICA XLVII*, 2004.

Kass N., *Risk in Decision Making as a Function of Age, Sex and Probability Preference*, „Child Development”, 1964 Vol. 35, No. 2, Blackwell Publishing.

Kaye D., *Risk Management*, The Chartered Insurance Institute London 2001.

Kiziewicz E., *Wyczerpywalność sumy gwarancyjnej w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2009, nr 38.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych, ewolucja i kierunki przemian*, OW Branta, Bydgoszcz 1992.

50. por. np. M. Faure, *op.cit.*

- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, OW Branta, Bydgoszcz – Toruń, 2006.
- Kwiecień I., *Rola ubezpieczeń obowiązkowych – Polska a kraje OECD*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, Wydawnictwo PZU S.A., 2000 nr 1-2.
- Kwiecień I., *Kultura roszczeniowa – dynamika zjawiska w kontekście odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9 (2/2010), Warszawa 2010.
- Lewandowski M., *Status pokrzywdzonego w prawie i praktyce karnej*; www.prawaczlo-wieka.edu.pl.
- Litigation and business. Transatlantic trends*; RAND Europe and Lloyd’s, 2008; www.lloyds.com.
- Lowe J. (red.), *The cost of compensation culture*, Working Party of The Actuaries Society, 2002, www.actuaries.org.uk/\_data/assets/pdf\_file/0007/.../Lowe.pdf (2010.06.22).
- Ludwichowska K., *Optymalizacja systemu kompensacji szkód komunikacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2009 nr 3.
- Olejniczak A.(red.), *System prawa Prywatnego, Prawo zobowiązań – część ogólna*, tom 6 Warszawa 2009.
- Serwach M., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – ubezpieczeniami przyszłości*; „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2006 nr 7-8.
- Serwach M., *Problematyka sumy gwarancyjnej oraz praktycznych konsekwencji nieprawidłowego ustalenia jej wysokości*, „Prawo Asekuracyjne”, 2008 nr 2.
- Serwach M., *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym* [w:] Szumlicz T. (red.), *Spółeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*; OW SGH Warszawa 2010.
- Supernat J., *Decydowanie w zarządzaniu. Problemy, metody, techniki*; Kolonia Limited, Wrocław 1997.
- Szkody osobowe z tytułu OC komunikacyjnego w Polsce. Tendencje rozwoju 2006-2009*; J. Monkiewicz, I. Kwiecień, M. Monkiewicz (red.); raport Stowarzyszenia dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego – Promotor; Warszawa 2010.
- Szumlicz T., *Polubowne rozstrzygnięcie sporów na rynku ubezpieczeń*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2006 nr 28, Warszawa.
- Szumlicz T., *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*; „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 2006, nr 1.
- Zielonka P., *Czym są finanse behawioralne, czyli krótkie wprowadzenie do psychologii rynków finansowych*; „Materiały i studia”, Zeszyt nr 158; www.nbp.pl/publikacje/materiały\_i\_studia/ms158.pdf, Warszawa 2003.

## **Factors determining efficiency of transfer of the risk of incurring the burden of personal injury compensation by means of compulsory third party liability insurance**

### **– Summary**

*The subject discussed in this article is the area of compulsory third party liability insurance to the extent to which it should constitute an instrument for transfer of the risk of the economic burden of personal injury compensation. Introducing the insurance obligation, the legislator should be interested in its effective operation in order to achieve the assumed objectives, which constitute the basis for interference in the freedom of contract. The author attempts to identify factors which influence effectiveness of this transfer, assuming that it constitutes one of the basic criteria of assessment and selection of the risk management method, and, at the same time, a component of assessment of effectiveness of operation ex post. The identification takes place in two groups consisting of: factors determining the scope and plausibility of insurance compensation as well as factors which influence decisions of injured parties in the process of pursuing claims against the insurer of perpetrator's third party liability. In the second group, she draws reader's attention both to systemic, regulatory and economic factors as well as social and psychological ones. She emphasises the importance of financial risk in making decisions and of changes in society's awareness and mentality.*

**ILONA KWIECIEŃ** jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Recenzenci: dr Katarzyna Ludwichowska, dr Małgorzata Serwach.



**JACEK RODZINKA**

# Analiza cech determinujących lojalność klientów zakładów ubezpieczeń Działu II w województwie podkarpackim

*Problematyka lojalności klienta jest coraz częściej podejmowaną tematyką, głównie z uwagi na wzrastającą wagę tego zagadnienia zarówno dla teorii, jak i praktyki marketingu. W przypadku zakładów ubezpieczeń zarządzający często zadają sobie pytanie, w którą stronę skierować sprzedawców, by mogli oni znaleźć najlepszych klientów, którzy nie tylko kupią polisę, ale będą kupować w przyszłości i jeszcze będą rozślawiać dobre imię zakładu, czyli po prostu staną się lojalnymi nabywcami. Oczywiście nie ma jednej recepty na znalezienie lojalnych klientów, lecz możliwe jest wskazanie grup klientów charakteryzujących się określonymi cechami, które dają większe prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanej skuteczności rynkowej.*

*W niniejszym opracowaniu zaprezentowana została metodologia tworzenia modelu ekonomicznego, którego interpretacja pozwoliła na dokonanie trzech rodzajów analiz. Pierwsza z nich pozwoliła na wskazanie grupy najbardziej i najmniej lojalnych klientów, druga zmierzyła, jak bardzo różnią się od siebie najmniejsza i największa wartość każdej cechy charakteryzującej określone grupy klientów, trzecia z analiz określiła, które z założonych cech w większym, a które w mniejszym stopniu, determinują kształtowanie postawy lojalnościowej klientów zakładów ubezpieczeń Działu II.*

## **Wprowadzenie**

Klient lojalny to taki, który nabywa produkty czy usługi tylko u jednego przedsiębiorcy. Stosunkowo łatwo zatem podzielić klientów na lojalnych bądź nielojalnych. Dylemat pojawia się jednak na dalszym etapie analizy, kiedy potrzeba stwierdzić, jak bardzo jest lojalny oraz od jakich czynników jego postawa lojalnościowa jest uzależniona? Znalezienie odpowiedzi na te pytania wydaje się być kluczem do osiągnięcia sukcesu, czyli stworzenia grupy lojalnych klientów, którzy na trwale zwiążą się z przedsiębiorstwem. W przypadku zakładów ubezpieczeń, zarządzający często zadają sobie pytanie, w którą

stronę skierować sprzedawców, by mogli oni znaleźć najlepszych klientów, którzy nie tylko kupią polisę, będą kupować w przyszłości, ale jeszcze będą rozstawić dobre imię zakładu, czyli po prostu staną się lojalnymi nabywcami. Oczywiście nie ma jednej recepty na znalezienie lojalnych klientów, ale możliwe jest wskazanie grup klientów charakteryzujących się określonymi cechami, które dają większe prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanej skuteczności rynkowej.

W niniejszym opracowaniu zaprezentowana została metodologia tworzenia modelu ekonometrycznego, którego interpretacja pozwoliła na dokonanie trzech rodzajów analiz. Pierwsza z nich pozwoliła na wskazanie grupy najbardziej i najmniej lojalnych klientów, druga zmierzyła, jak bardzo różnią się od siebie najmniejsza i największa wartość każdej cechy charakteryzującej określone grupy klientów, trzecia z analiz określiła, które z założonych cech w większym, a które w mniejszym stopniu determinują kształtowanie postawy lojalnościowej instytucjonalnych klientów zakładów ubezpieczeń Działu II.

Zależności przedstawione w opracowaniu zostały przedstawione nie tylko od strony teoretycznej, ale także sformułowano wnioski prowadzące do ich bezpośredniego wykorzystania przez zakłady ubezpieczeń, tak, aby przy ich pomocy można było kształtować strategię działania względem swoich obecnych i potencjalnych klientów.

Niniejsze opracowanie to prezentacja wyników badań zrealizowanych na terenie województwa podkarpackiego w okresie maj-czerwiec 2003 r. na losowo wybranych 739 przedsiębiorstwach.

## 1. Pojęcie lojalności klienta zakładu ubezpieczeń

Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych uznaje lojalność jako wierność lub oddanie jakiejś instytucji bądź osobie<sup>1</sup>.

W literaturze przedmiotu pojęcie lojalności klienta przedstawiane jest jako postawa określonego konsumenta, który kierując się subiektywnymi odczuciami stale korzysta z oferty jednego przedsiębiorstwa stale nabywając produkty jednej marki lub też kupując w jednym miejscu. Według T. Sztuckiego lojalność wobec produktów i firm oznacza przywiązanie nabywcy do rodzaju nabywanych produktów oraz miejsc ich sprzedaży, poprzez stałe dokonywanie zakupów oraz propagowanie pozytywnych o nich opinii<sup>2</sup>.

Lojalność zgodnie z poglądem prezentowanym przez R. Leventhal'a to ciągłe powroty klienta do przedsiębiorstwa w celu dokonania tam zakupów, nawet jeśli żąda ono nieco wyższej ceny. Wyższa cena wynika z faktu, iż mogą w nią być wliczone dobre relacje, czyli suma wszystkich interakcji klienta, które miały miejsce. Firma, która potrafi kultywować takie relacje, osiągnie więcej korzyści w długoterminowej perspektywie.

Inna definicja mówi, że lojalność to zbiór zachowań związanych z ponownym zakupem produktu lub usługi, zakupem innych produktów firmy, rekomendowaniem firmy i jej wytworów. Innymi słowy, zachowań, które wytwarzają dochód<sup>3</sup>.

- 
1. W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990, s. 307.
  2. T. Sztucki, *Encyklopedia marketingu*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998, s. 153.
  3. M.J. Kostecki, *Zarabiać na niezadowolonym kliencie*, „Marketing w Praktyce” 2001, nr 3.

Nieco inną definicję podaje J. Szymczak w pozycji „Marketingowe testowanie produktów”, według niego „lojalność to stopień w jakim konsument konsekwentnie utrzymuje pozytywną postawę w stosunku do danego produktu, firmy, miejsca zakupów i wykazuje chęć zakupu, mimo istnienia czynników ekonomicznych przemawiających za zakupem oferty konkurencyjnej”<sup>4</sup>.

Zestawiając ze sobą definicje słownikowe i marketingowe można dojść do wniosku, że mają one pewne cechy wspólne, ale i poważnie się różnią. Obydwie identyfikują lojalność jako swego rodzaju wierność, przywiązanie. O ile słowniki przyczynę tego zachowania upatrują w posiadaniu wyższych uczuć, jak: patriotyzm, miłość, o tyle w marketingu są to przyczyny bardzo przyziemne. Najczęściej przekazuje się klientowi komunikat „kupisz ponownie lub więcej, to otrzymasz coś w zamian”<sup>5</sup>.

Nowatorskie podejście do pojęcia lojalności w kontaktach sprzedawca–nabywca w swojej książce „Pomiar satysfakcji i lojalności klientów” ukazują N. Hill i J. Alexander. Lojalność według nich to oddanie, wierność, wiernopoddaństwo, ale nie klienta, tylko przedsiębiorstwa względem swoich nabywców. Im bardziej świątły jest klient, im ma silniejszą pozycję, tym bardziej zdaje sobie z sprawę z tego, że wcale nie musi być lojalny. To przedsiębiorstwo, z którego produktu korzysta, musi wykazywać cechy lojalnościowe, żeby zasłużyć sobie na stałe kontakty sprzedażowe ze swoimi klientami. Na lojalność klientów można sobie zasłużyć lojalnością względem nich i ich potrzeb<sup>6</sup>. Tylko taka postawa pozwoli na osiągnięcie zysków ze współpracy z tą grupą nabywców.

Na podstawie powyższych definicji i podejść do postawy lojalnościowej, została wypracowana definicja dopasowująca to pojęcie do specyfiki rynku asekuracyjnego, można stwierdzić, że „lojalność klienta zakładu ubezpieczeń jest to skłonność do nabywania produktów ubezpieczeniowych tylko jednego zakładu w określonym horyzoncie czasowym. Klient zawiera umowy ubezpieczeniowe, kupuje kolejne produkty w tym samym zakładzie ubezpieczeń, a po wygaśnięciu umów podpisuje je z nim ponownie”<sup>7</sup>.

## 2. Rodzaje lojalności i motywy jej kreacji

Klient nabywając usługi tylko w jednym podmiocie może kierować się różnymi przesłankami. Jedną z takich przyczyn może być sytuacja, że na rynku działa tylko jeden podmiot oferujący dany produkt czy usługę. W takim przypadku podmiot nie musi się obawiać, że klienci przejdą do konkurencji. Ten typ lojalności nazywany jest lojalnością w sytuacji monopolu. Tego typu lojalność to stosunkowo słaba więź z przedsiębiorstwem. Do zakupów właśnie u tego dostawcy klient jest zmuszony zaistniałą sytuacją,

4. J. Szymczak praca zb. pod red., S. Sudoła, J. Haffera, *Marketingowe testowanie produktów*, PWE, Warszawa 2000, s. 139.

5. P. Długiewicz, *Potrzeba lojalności*, *Modernmarketing* 2000, nr 11.

6. N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 26.

7. R. Małek, J. Rodzinka, *Czynniki lojalności klienta majątkowych zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Public relations – wyzwania współczesności*, pod redakcją D. Tworzydło i T. Solińskiego, Rzeszów 2004, ss. 385-386.

więc w momencie kiedy pojawi się alternatywny dostawca, z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że część klientów przejdzie do konkurencji, chociażby po to żeby spróbować jak się podejmuje współpracę z innym podmiotem, lub ze zwyczajnej przekory by pokazać, że mogą wybierać.

Kolejnym rodzajem lojalności jest lojalność wynikająca z wysokich kosztów zmiany dostawcy. Pomimo tego iż klient może przejść do konkurencji, nie robi tego z uwagi na duże nakłady, które musiałby ponieść w związku ze zmianą usługodawcy. Klient jest lojalny, ponieważ nie opta mu się inne zachowanie. Nie są tutaj brane pod uwagę tylko koszty finansowe. Klient może również czuć dyskomfort przy przyswajaniu sobie zasad funkcjonowania czy innych cech właściwych produktowi konkurencji. Tego typu sytuacja może wywołać u klienta negatywne odczucie, że jest on zniewolony. Klient zmienia dostawcę tylko w sytuacjach przymusu lub w stanie wytrącenie z równowagi. Stopień powiązań firma–klient występuje tu w o wiele większym nasileniu niż w przypadku lojalności w sytuacji monopolu. Często brak decyzji o zmianie dostawcy usług czy produktów wynika ze zwykłego lenistwa, gdyż klient nie chce poświęcać czasu i wysiłku na poznanie działania i obsługi produktu innego dostawcy.

Lojalność klienta można również kupić poprzez dodawanie korzyści finansowych do nabywanych towarów. Tego typu postawa nazywana jest lojalnością wywołaną systemem zachęt, polega ona na „kupowaniu lojalności”. Dopóty przedsiębiorstwo posiada klienta, dopóki konkurencja nie zaoferuje mu lepszych warunków lub wyższych rabatów. Klient kupuje gdyż dostaje coś dodatkowego: upust, prezent, coś czego nie ma konkurencja. Jeśli jednak konkurencja „dorzuci” do swojego produktu coś bardziej atrakcyjnego, to klient przejdzie właśnie do konkurencji.

W sytuacji kiedy klient stale posila się w jednej restauracji, kupuje w danym sklepie, tankuje na jednej stacji benzynowej, ponieważ ma po drodze, blisko domu czy miejsca pracy można mówić, że jest on lojalny z przyzwyczajenia. Mocna więź występuje do momentu kiedy klientowi wygodnie jest korzystać z usług właśnie tego przedsiębiorcy. W momencie, gdy konkurent wybuduje lepiej położoną placówkę lub klienci zmienią miejsce pracy czy zamieszkania, lojalność taka zanika na korzyść lepiej położonego podmiotu.

Najbardziej pożądaną przez przedsiębiorstwa postawą ich klientów jest lojalność wynikająca z wierności. Podczas wzajemnych interakcji kształtuje się postawa irracjonalnej lojalności. Bez względu na wszystko taki klient pozostanie z przedsiębiorstwem. Przykładami mogą być tu: nacjonalizm, rasizm czy przywiązanie do klubu sportowego. Na gruncie biznesowym również zdarzają się tego typu lojalni klienci kupujący zawsze produkty określonych marek. Tego typu powiązanie kształtuje się podczas długoletnich relacji pomiędzy klientem oraz przedsiębiorstwem<sup>8</sup>.

Tradycyjne podejście marketingowe kładzie nacisk na sfinalizowanie transakcji. Jest to podstawowy cel wszelkich działań reklamowych, promocyjnych, itd<sup>9</sup>. Tymczasem prawdziwym celem przedsiębiorstwa powinno być nie tylko zdobycie klienta, ale utrzy-

---

8. N. Hill, J. Alexander, *op. cit.*, ss. 27-29.

9. Zob. zwłaszcza: J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. BECK, Warszawa 2004, I. Dembińska-Cyran, J. Hołub-Iwan, J. Perenc, *Zarządzanie relacjami z klientem*, DIFIN, Warszawa 2004, N. Piercy, *Marketing. Strategiczna reorientacja firmy*, Felberg SJA, Warszawa 2003.



manie go i nawiązanie z nim długoterminowej współpracy. Celem marketingu w przedsiębiorstwie powinno być stworzenie i utrwalenie długotrwałego i korzystnego dla obu stron związku z klientem<sup>10</sup>.

Długotrwała współpraca i utrzymanie klienta nie może być kojarzone tylko z ciągłymi powtarzalnymi zakupami produktów przedsiębiorstwa. Należy odróżnić zachowania powtarzalne od lojalności. Lojalności, w przeciwieństwie do powtarzalności, nie można kupić stosując niskie ceny czy permanentne promocje<sup>11</sup>. W perspektywie długookresowej stosowanie takiego podejścia może okazać się zgubne dla przedsiębiorstwa<sup>12</sup>. Klient będzie dokonywał zakupów dotąd, aż pojawi się ktoś inny, kto zaproponuje mu większe korzyści. Na takiej grupie „lojalnych” klientów nie może opierać się przedsiębiorstwo, ponieważ odejdą oni do konkurencji, gdy tylko zaoferuje ona korzystniejsze warunki.

Postawa lojalnościowa powinna wynikać z faktu, iż klient powtarza zakupy, gdyż dla niego oprócz ceny i rabatów ważne są jeszcze:

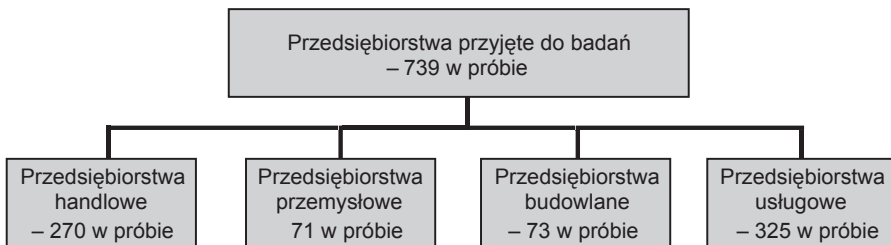
- jakość produktu,
- dostosowanie produktu do indywidualnych potrzeb,
- poczucie przynależności do grupy.

Jeżeli klient wraz z samym produktem otrzyma coś więcej (patrz powyższe podpunkty), zapewne będzie w stanie zapłacić wyższą cenę, co będzie oznaczać dla przedsiębiorstwa dodatkowe korzyści materialne<sup>13</sup>. Nie powinno się jednak wyciągać zbyt pochopnych wniosków, iż rabaty i upusty nie powinny być stosowane. Największe efekty daje połączenie w odpowiednich proporcjach wszystkich wymienionych powyżej działań.

### 3. Opis podmiotów przyjętych do badań

Niniejsze opracowanie prezentuje wyniki badań przeprowadzonych wśród losowo wybranych 739 przedsiębiorstw. Badanie zasadnicze poprzedzone zostało badaniem pilotażowym, które przeprowadzone zostało w okresie marzec – kwiecień 2003 r.

Rysunek 1. Podmioty objęte badaniem



Źródło: opracowanie własne.

10. A. Palmer, B. Hartlej, M. Starkey, *Relationship Marketing: from Academic Discipline to Practical Application*, Marketing Education Group Proceedings University of Bradford, 1995, s. 578.
11. J. Otto, *Programy lojalnościowe metodą przeciwdziałania utracie klientów*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2001, nr 9/10, s. 12.
12. N. Hill, J. Alexander, *op. cit.*, s. 26.
13. P. Długiewicz, *op. cit.*

Ogół jednostek instytucjonalnych został podzielony w powszechnie przyjęty sposób na cztery branże: handel, przemysł, budownictwo i usługi. Struktura próby została dobrana zgodnie z udziałem procentowym przedsiębiorstw z poszczególnych branż w populacji generalnej. Przy doborze próby zrezygnowano ze struktury zgodnej z wielkością zatrudnienia, gdyż ponad 95 proc. populacji stanowią przedsiębiorstwa zatrudniające poniżej 10 pracowników. Liczba zatrudnionych pracowników może być utożsamiana z wielkością przedsiębiorstwa i posiadanym przez nie majątkiem. Takie przedsiębiorstwa posiadają średnio mniejszą ilość podlegających ubezpieczeniu zasobów majątkowych aniżeli przedsiębiorstwa większe, stąd opinia tych drugich była tu cenniejsza. Na 736 przebadanych przedsiębiorstw aż 418 zatrudniało nie więcej niż 9 pracowników. W 183 pracowało od 10 do 49 osób. 81 przedsiębiorstw zatrudniało od 50 do 250 osób. Spośród największych, liczących ponad 250 osób personelu, zbadane zostały 54 podmioty gospodarcze.

#### 4. Metodologiczne podstawy wyznaczania siły lojalności

Pierwszym krokiem do stworzenia modelu lojalności klientów zakładów ubezpieczeń było wyselekcjonowanie grupy klientów, którzy mieli zostać poddani badaniu. Do grupy badawczej zostali włączeni ci z nich, którzy w czasie przeprowadzania wywiadu mieli zawarte polisy ubezpieczeniowe tylko z jednym zakładem. W ten sposób spełniali oni warunek konieczny, aby zostać uznanym za lojalnych.

Żeby można było powiedzieć coś więcej o lojalności tych klientów, każdemu z nich przyporządkowana została liczba nazwana siłą lojalności, będącą, *de facto*, miarą lojalności. O tym, że ktoś był lojalny, świadczył fakt, że korzystał z usług jednego ubezpieczyciela. Siła lojalności świadczyć miała o poziomie lojalności danego klienta wobec swojego asekuratora.

Aby określić siłę lojalności wykorzystana została metoda *scoringowa*. Poszczególnym odpowiedziom udzielonym przez respondentów na wybrane pytania, przydzielone zostały odpowiednie wagi. Do wyliczenia siły lojalności zastosowano zsumowaną wartość wag. W analizie przyjęto, że na postawę lojalności wpływają cechy wymienione i opisane poniżej.

1. Długość pozostawania klientem jednego zakładu. Przyjęto założenie, iż im dłużej dana osoba korzysta z usług jednego asekuratora, tym współczynnik lojalności jest większy. Do określenia tej zależności wykorzystano odpowiedzi na pytanie numer 10 kwestionariusza wywiadu: „Jaki okres czasu jest Pan/i nieprzerwanie klientem tego zakładu?” Dalej zaprezentowane zostały wielkości liczbowe określające wagi:

Wariant odpowiedzi	Waga
poniżej 1 roku	1
od 1 do 2 lat	2
od 2 do 4 lat	3
od 4 do 10 lat	4
powyżej 10 lat	5

2. Korzystanie w przeszłości z usług innych ubezpieczycieli. Jeżeli dana osoba czy też instytucja korzystała wcześniej z usług innych ubezpieczycieli, to nie zwiększało to ich siły lojalności. Ta zależność obrazowana jest poprzez odpowiedzi na pytanie numer 11 kwestionariusza: „Czy wcześniej korzystał/a Pan/i z usług innych zakładów ubezpieczeń?” Oto możliwe odpowiedzi i przypisane im wagi:

Wariant odpowiedzi	Waga
tak	0
nie	5
nie wiem	0

3. Plany co do zmiany bądź zwiększenia liczby asekuratorów. Jeżeli badany klient w ciągu najbliższego czasu nie zamierzał podpisać umowy z innym zakładem, to przyjmowano ten fakt za pozytyw lojalności. Do zbadania takiej postawy zostały wykorzystane odpowiedzi na pytanie numer 12: „Czy w ciągu najbliższych 3 lat zamierza Pan/i zmienić zakład ubezpieczeń?” oraz przydzielone poszczególnym odpowiedziom wagi.

Wariant odpowiedzi	Waga
poniżej 1 roku	1
od 1 do 2 lat	2
od 2 do 4 lat	3
od 4 do 10 lat	4
powyżej 10 lat	5

5. Atrakcyjność, percepcja i chęć skorzystania z oferty konkurentów. Każdy klient deklaruwał, odpowiadając na pytanie o numerze 13, czy jakiś czynnik mógłby skłonić go do odejścia do konkurencji. Jeżeli badany zgłaszał chęć przejścia do innego zakładu, to tym samym wskazywał, że dany czynnik był dla niego ważny, ale przy okazji jego ogólna lojalność nie wzrastała. Tabela na stronie 36 prezentuje odpowiedzi i przyznane wagi na pytanie brzmiące: „Który z niżej wymienionych czynników mógłby skłonić Pana/ią do zmiany zakładu ubezpieczeń, z usług którego aktualnie Pan/i korzysta?”

Czynnik	pogorszenie oferty ubezpieczyciela	opieszalność w wywiązywaniu się z obowiązków ubezpieczyciela	pogorszenie kondycji finansowej ZUD II	trudności z uzyskaniem odszkodowania	niskie kompetencje pracowników ZUD II	wyższa jakość obsługi u konkurencji	lepsze warunki ubezpieczenia oferowane przez konkurencję	niższa cena za tą samą ochronę u konkurencji	programy lojalnościowe związane z dodatkowymi korzyściami pozaubezpieczeniowymi u konkurencji
Wariant odpowiedzi	Waga								
tak	0	0	0	0	0	0	0	0	0
raczej tak	0	0	0	0	0	0	0	0	0
raczej nie	2	2	2	2	2	2	2	2	2
nie	4	4	4	4	4	4	4	4	4
ani tak ani nie	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6. Stosowanie techniki poleceń. Jeżeli klient polecał usługi swojego zakładu innym ludziom, stawał się w ten sposób jego adwokatem. Jego opinia mogła nierzadko zdecydować o podjęciu decyzji zakupu produktu przez innych potencjalnych nabywców. Pozytywnie wpływało to na kształtowanie jego postawy lojalnościowej. „Czy poleca Pan/i innym osobom usługi zakładu ubezpieczeń, z którymi ma Pana/i podpisane umowy?” – tak brzmiało pytanie o numerze 19, a w poniższej Tabeli pokazane są przydzielone poszczególnym odpowiedziom wagi.

Wariant odpowiedzi	Waga
tak	5
nie	0

7. Możliwości zachowań przed podpisywaniem kolejnych polis. Klient przed podpisaniem kolejnych umów ubezpieczeniowych mógł wybrać różne ścieżki postępowania. Jeżeli bez namysłu kierował swe kroki do dotychczasowego zakładu, wtedy świadczyło to o tym, że był względem niego lojalny. Gdyby wybrał inny wariant odpowiedzi na pytanie brzmiące: „Gdyby rozważał/a Pan/i zawarcie umowy kolejnego ubezpieczenia, to:”, które znalazło się pod numerem 20 w kwestionariuszu przeznaczonym do badania gospodarstw domowych, a pod numerem 21 w kwestionariuszu do przedsiębiorstw, znaczyło to, że szukał innych możliwości niż oferta „jego” zakładu. Takie zachowanie nie wpłynęłoby pozytywnie na lojalność. Ideę tę prezentują przyporządkowane odpowiedziom wagi.

Wariant odpowiedzi	Waga
sięgnęlibyśmy po ofertę zakładu, z którym mamy już podpisaną umowę	1
sami szukalibyśmy najlepszej oferty na rynku	2
poprosilibyśmy znajomych, rodzinę o rekomendację	3
poprosilibyśmy o pomoc agenta/brokera	4
sięgnęlibyśmy po prasę fachową, poradniki	5

8. Roczna kwota przeznaczana na składkę ubezpieczeniową. Będąc klientem jednego zakładu ubezpieczeń dana osoba zdecydowała się na ponoszenie określonego ryzyka związanego z możliwością straty wszystkich swoich pieniędzy w razie problemów tego asekuratora. Przyjęte zostało, iż im więcej pieniędzy przeznaczał respondent na składki tym bardziej ufał usługodawcy, można więc taką postawę skorelować z lojalnością.

Wariant odpowiedzi	Waga
0-500 PLN	1
501-1000 PLN	2
1001-2500 PLN	3
2501-5000 PLN	4
5001-10 000 PLN	5
więcej niż 10 000 PLN	6

Zgodnie z powyższą metodologią, siła lojalności mogła przyjmować wartości liczbowe z przedziału od 0 do 65. Im wyższe wartości przyjmowała ta miara, tym większą lojalnością odznaczał się badany respondent. Wartość tego parametru można znormalizować (dzieląc go przez 65), tak aby przyjmował on wartości z przedziału (0; 1).

Do wyznaczenia siły lojalności przedsiębiorstw posłużyły wyniki 404 kwestionariuszy wypełnionych przez ankieterów wśród tych podmiotów. Badani klienci wskazali, że korzystali z usług tylko jednego zakładu ubezpieczeń<sup>14</sup>.

## 5. Podstawy teoretyczne budowy modelu ekonometrycznego

Budowa przedstawionego poniżej modelu miała na celu określenie, jakie czynniki istotnie wpływały na siłę prezentowanej przez klientów asekuratorów postawy lojalności. Ważne również było zbadanie nasilenia wpływu poszczególnych czynników na to zjawisko.

Żeby możliwe było zrealizowanie powyższych celów, postępowanie przy budowie modelu zostało podzielone na następujące etapy:

- dobór zmiennych do modelu,

14. Na podstawie: J. Rodzinka, *Scoringowa metoda pomiaru lojalności klientów zakładów ubezpieczeń działu II*, (w:) *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek* pod red. W. Ronka-Chmielowiec i K. Jajuga, Wydawnictwo AE im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007.

- wybór i uzasadnienie analitycznej postaci modelu,
- estymacja parametrów,
- wykorzystanie otrzymanego modelu do przeprowadzenia analizy.

W rozpatrywanym modelu za zmienną objaśnianą przyjęto siłę lojalności. Obserwacje dotyczące realizacji zmiennej objaśnianej to ustalane metodą skoringową oceny siły lojalności. Do dalszych analiz zostały przyjęte, jako zmienne objaśniające, zmienne znajdujące się w metryczce kwestionariuszy. Na tym etapie zrezygnowano z weryfikacji istotności wpływu zmiennych objaśniających na zmienną objaśnianą, z uwagi na to, że ich liczba nie była duża oraz zastosowana metoda budowy modelu sprawdzała istotność zmiennych, więc zmienne niespełniające tego warunku nie mogły wejść do modelu.

Jako że na zmienną objaśnianą w modelu regresji miały wpływ jedynie zmienne jakościowe (np.: liczba osób w gospodarstwie domowym, miejsce zamieszkania, wielkość osiąganego przychodu, branża itd.), bezzasadne było stosowanie wyrazu wolnego. Gdyby został on wykorzystany, to jego wartość określałaby w praktyce wielkość zmiennej objaśnianej dla grupy klientów, która w rzeczywistości nie istniała.

Z uwagi na te fakty, do dalszych rozważań przyjęty został model w postaci:

$$Y_i = \beta_{11} C_{11} + \beta_{12} C_{12} + \dots + \beta_{1t} C_{1t} + \beta_{21} C_{21} + \beta_{22} C_{22} + \dots + \beta_{2u} C_{2u} + \beta_{r1} C_{r1} + \beta_{r2} C_{r2} + \dots + \beta_{rw} C_{rw} + \varepsilon$$

gdzie:

$Y_i$  – zmienna objaśniana siła lojalności;

$C_{ij}$  – j-ty wariant i-tej cechy

$$C_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{dla obserwacji zmiennej } C_i \text{ reprezentującej wariant } j \\ 0 & \text{w pozostałych przypadkach} \end{cases}$$

$\beta_{sz}$  – relatywna siła lojalności danego respondenta  $s = 1, 2, \dots, r$ ,  $z = 1, 2, \dots, w$ , zaś  $\varepsilon$  - jest składnikiem błędu.

Co do funkcji wartości podobnie jak funkcji kosztów przyjęte zostało, że miała ona postać liniową; uzasadnia to liniową postać modelu.

Estymacja parametrów powyższego modelu została dokonana za pomocą klasycznej metody najmniejszych kwadratów z wykorzystaniem pakietu SPSS, zaś jego weryfikacji dokonano w oparciu o współczynnik  $R^2$ . Należy przy tym pamiętać, iż dla rozważanego modelu współczynnik determinacji mierzył część zmienności zmiennej objaśnianej w początku układu współrzędnych wyjaśnioną przez model regresji.

W celu stwierdzenia, czy dopasowanie modelu do danych było dostatecznie duże, została zweryfikowana hipoteza o istotności współczynnika determinacji. Hipoteza zerowa przyjęła postać:

$$H_0: R^2 = 0$$

wobec hipotezy alternatywnej postaci:

$$H_1: R^2 \neq 0.$$

Hipotezę tę sprawdzono za pomocą statystyki charakteryzującej się rozkładem *F-Fischera-Snedecora* dla  $m_1 = k$  oraz  $m_2 = n - k - 1$  stopni swobody, gdzie:

$n$  – liczba obserwacji,  $k$  – liczba zmiennych, wyrażającej się następującym wzorem:

$$F = \frac{R^2}{l - R^2} \cdot \frac{n - k - l}{k}.$$

Wartość krytyczną statystyki  $F^*$  została odczytana z tablic dla danego poziomu istotności  $\alpha$  oraz dla  $m_1$  i  $m_2$  stopni swobody. W przypadku, gdy:

$$F_{\text{emp}} \leq F^*$$

nie było podstaw do odrzucenia hipotezy  $H_0$  na rzecz  $H_1$ . Sytuacja taka oznaczała, że współczynnik determinacji  $R^2$  nieistotnie różnił się od zera, a zatem dopasowanie modelu do danych było zbyt słabe.

Jeżeli natomiast:

$$F_{\text{emp}} > F^*$$

wtedy hipoteza  $H_0$  powinna zostać odrzucona na korzyść hipotezy  $H_1$ , co powinno zostać zinterpretowane w ten sposób, że dopasowanie modelu do danych było wystarczające.

Otrzymany model pozwolił na dokonanie trzech rodzajów analiz. Pierwsza z nich pozwoliła wskazać grupy najbardziej i najmniej lojalnych klientów, które oznaczono odpowiednio przez  $G_{\text{max}}$  – najbardziej lojalni,  $G_{\text{min}}$  – najmniej lojalni.

$$G_{\text{max}} = \{C_{1\text{max}}, C_{2\text{max}}, \dots, C_{k\text{max}}\};$$

$$G_{\text{min}} = \{C_{1\text{min}}, C_{2\text{min}}, \dots, C_{k\text{min}}\};$$

gdzie

$C_{i\text{max}}$  – wariant  $i$ -tej zmiennej objaśniającej, dla której zachodzi;

$$\max \{b_{i1}, b_{i2}, \dots, b_{is}\};$$

$C_{i\text{min}}$  – wariant  $i$ -tej zmiennej objaśniającej, dla której zachodzi;

$$\min \{b_{i1}, b_{i2}, \dots, b_{is}\};$$

natomiast

$b_{is}$  – wyestymowane parametry modelu regresji.

Druga analiza polegała na wyliczeniu rozpiętości absolutnej (RA), która mierzyła, jak bardzo różnią się od siebie najmniejsza i największa wartość każdej cechy.

Niech:

$RA_i$  – rozpiętość absolutna dla  $i$ -tej zmiennej objaśniającej;

$$RA_i = \max \{b_{i1}, b_{i2}, \dots, b_{is}\} - \min \{b_{i1}, b_{i2}, \dots, b_{is}\}.$$

Rozpiętości absolutne wszystkich zmiennych, które weszły do modelu, pozwoliły obliczyć ogólną rozpiętość absolutną, która określona została w następujący sposób:

$$ORA = \sum_i RA_i$$

Trzecia z analiz dotyczyła relatywnego znaczenia zmiennych objaśniających na kształtowanie się siły lojalności. Znaczenie relatywne i-tej zmiennej objaśniającej na kształtowanie się siły lojalności określone zostanie za pomocą:

$$Z_i = \frac{RA_i}{ORA} \cdot 100\%$$

Jak łatwo zauważyć, większym wartościom  $Z_i$  odpowiadać będzie silniejszy wpływ danej cechy na postawę lojalnościową klienta<sup>15</sup>.

## 6. Model regresji liniowej dla przedsiębiorstw

Siła lojalności przyjęta została jako zmienna objaśniana modelu. Zmiennymi objaśniającymi były: wielkość przychodu w 2002 r., branża, forma własnościowa i wielkość zatrudnienia.

Utworzono liniowy model zależności pomiędzy siłą lojalności a wspomnianymi zmiennymi objaśniającymi. Model regresji złożonej przez początek układu współrzędnych miał postać:

$$Y_i = \beta_1 P_1 + \beta_2 P_2 + \beta_3 P_3 + \beta_4 P_4 + \beta_5 B_1 + \beta_6 B_2 + \beta_7 B_3 + \beta_8 B_4 + \beta_9 F_1 + \beta_{10} F_2 + \beta_{11} F_3 + \beta_{12} F_4 + \beta_{13} Z_1 + \beta_{14} Z_2 + \beta_{15} Z_3 + \beta_{16} Z_4 + \varepsilon$$

gdzie:

$Y_i$  – zmienna objaśniana, siła lojalności;

$P_1$  – wielkość przychodu w 2002 r. – 0 - 100 tys. złotych;

$P_2$  – wielkość przychodu w 2002 r. - 100 tys. - 1 mln złotych;

$P_3$  – wielkość przychodu w 2002 r. - 1 mln - 5 mln złotych;

$P_4$  – wielkość przychodu w 2002 r. - powyżej 5 mln złotych;

$B_1$  – branża – handel;

$B_2$  – branża – usługi;

$B_3$  – branża – przemysł;

$B_4$  – branża – budownictwo;

$F_1$  – forma własnościowa – przedsiębiorstwo państwowe;

$F_2$  – forma własnościowa – przedsiębiorstwo prywatne;

$F_3$  – forma własnościowa – przedsiębiorstwo inne niż państwowe i prywatne;

$Z_1$  – wielkość zatrudnienia – 0 - 9 osób;

$Z_2$  – wielkość zatrudnienia – 10 - 49 osób;

$Z_3$  – wielkość zatrudnienia – 50 - 250 osób;

$Z_4$  – wielkość zatrudnienia – powyżej 250 osób;

$\beta_i$  – relatywny poziom siły lojalności danego czynnika;

$\varepsilon$  – składnik błędu.

---

15. Na podstawie: J. Rodzinka, *Model regresji liniowej lojalności klientów indywidualnych zakładów ubezpieczeń działu II*, Referat prezentowany na konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” w maju 2010 r. w Rydzynie, materiał przygotowywany do publikacji.



Z modelu nie została wykluczona żadna zmienna. Otrzymano współczynnik determinacji  $R^2 = 0,876$ ,  $F = 183,711$  na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ .

Hipoteza zerowa mówi, że  $R^2$  jest równe zero –  $H_0: R^2 = 0$  wobec hipotezy alternatywnej, że  $R^2$  statystycznie istotnie różni się od zera –  $H_1: R^2 \neq 0$ .

Otrzymany wynik pokazał, że  $R^2$  statystycznie istotnie różniło się od zera, w związku z czym zmienność zmiennych objaśniających wyjaśniała zmienność zmiennej objaśnianej.

Na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$  wyliczono  $F_{emp.} = 183,711$ . Dla tego poziomu istotności  $F^* = 1,691$ . Ponieważ  $F$  empiryczne było większe od  $F^*$ , hipotezę zerową  $H_0$  odrzucono na rzecz hipotezy alternatywnej  $H_1$ . Oznacza to istotność  $R^2$ . Na tym poziomie istotności proponowany model został więc przyjęty do dalszych badań.

Dokonując obliczeń, model regresji otrzymał postać:

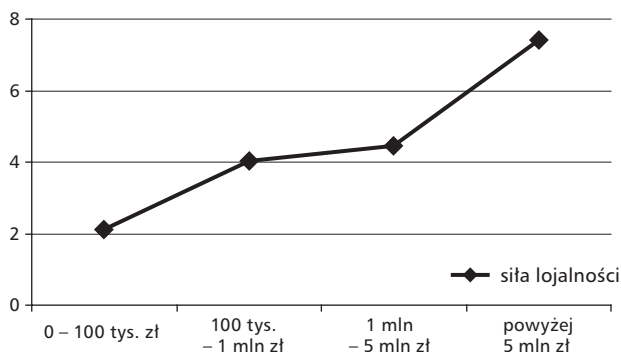
$$\begin{aligned}
 \text{siła} \\
 \text{lojalności} = & 2,11 \text{ P1} + 4,03 \text{ P2} + 4,47 \text{ P3} + 7,40 \text{ P4} + \\
 & (2,05) \quad (2,11) \quad (2,27) \quad (2,42) \\
 & + 16,86 \text{ B1} + 16,65 \text{ B2} + 15,07 \text{ B3} + 16,26 \text{ B4} - \\
 & (3,60) \quad (3,66) \quad (3,72) \quad (3,69) \\
 & - 0,73 \text{ F1} - 3,28 \text{ F2} - 0,08 \text{ F3} + 5,01 \text{ Z1} + \\
 & (2,26) \quad (1,94) \quad (3,14) \quad (3,19) \\
 & + 2,56 \text{ Z2} + 1,89 \text{ Z3} + 1,88 \text{ Z4} \\
 & (3,29) \quad (3,43) \quad (3,66)
 \end{aligned}$$

Najbardziej lojalną grupę przedsiębiorstw stanowiły najmniejsze pod względem wielkości zatrudnienia firmy handlowe, ale o najwyższej wielkości przychodu w 2002 r., wynoszącej ponad 5 mln złotych, o innej, czyli nie prywatnej ani państwowej formie własności. Najmniej lojalną grupą były przedsiębiorstwa charakteryzowane jednocześnie przez następujące cechy: branża – przemysł, wielkość przychodu w 2002 r – 0 - 100 tys. PLN, forma własnościowa – prywatne i o największej wielkości zatrudnienia.

Wielkość przychodu okazała się pozytywnie skorelowana z siłą lojalności. Jak łatwo można zauważyć, największą siłą lojalności charakteryzowały się przedsiębiorstwa osiągające najwyższe poziomy przychodu.

Dodatkowo, pomiędzy wielkością osiągniętego przychodu a liczbą posiadanych produktów ubezpieczeniowych, wystąpił istotny statystycznie związek ( $X^2 = 76,41$ ;  $df = 18$ ;  $\alpha = 0,001$ ;  $Eta = 0,451$ ) o średniej sile. Te podmioty rzeczywiście imponowały swoim zachowaniem. Nie dość, że na ubezpieczenia wydały sporo pieniędzy, to jeszcze posiadając wiele polis wszystkie zawarły z jednym zakładem. Zapewne w ten sposób zapewniły sobie dodatkowe zniżki lub obsługująca firma ubezpieczeniowa wykazała się nadzwyczajnymi zaletami związanymi np. z dostosowaniem oferty do indywidualnych potrzeb, z pomocą w ocenie ryzyka, z wyborem oferty lub z działaniami prewencyjnymi.

**Wykres 1. Relatywna siła lojalności przedsiębiorstw dla zmiennej: wielkość przychodu osiągniętego w 2002 r.**

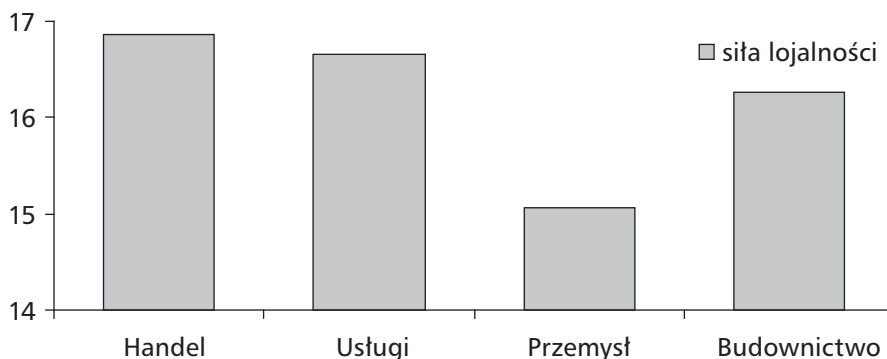


Źródło: opracowanie własne.

Obserwując współczynniki stojące przy zmiennych objaśniających oznaczonych w modelu literą B, bez trudu można było stwierdzić, że najbardziej lojalna jest branża handlowa, a najmniej przemysłowa.

Pomiędzy branżą a ilością posiadanych produktów ubezpieczeniowych wystąpił istotny statystycznie związek o słabej sile ( $X^2 = 40,05$ ,  $df = 18$ ,  $\alpha = 0,002$ ,  $Eta = 0,214$ ). Najmniej produktów ubezpieczeniowych posiadają przedsiębiorstwa handlowe i usługowe. Stąd na pewno wynikała ich wysoka lojalność. Nie mając wielkiej liczby produktów nie interesowały się ofertami innych ubezpieczycieli. Przy większej liczbie produktów, zarówno w przedsiębiorstwach przemysłowych, jak i budowlanych, warto było zapoznać się z propozycjami ofertowymi innych zakładów ubezpieczeń.

**Wykres 2. Relatywna siła lojalności przedsiębiorstw dla zmiennej: branża działania**

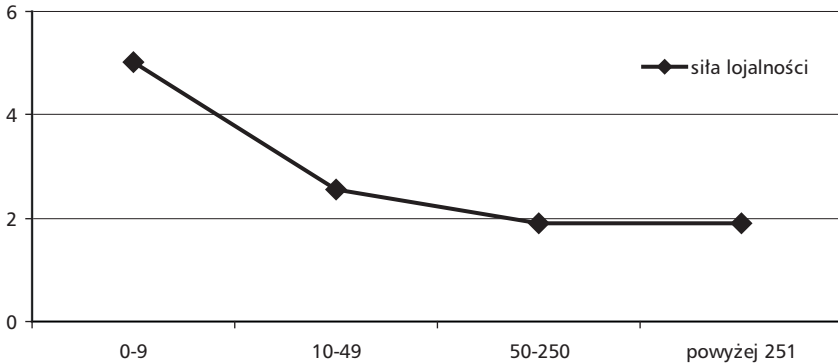


Źródło: opracowanie własne.

Wielkość zatrudnienia okazała się być negatywnie skorelowana z siłą lojalności. Wzrost zatrudnienia oznacza spadek wartości badanej cechy. Mogło to wynikać z faktu, że wraz ze wzrostem liczby pracowników przedsiębiorstwa oddelegowywały osoby

lub powoływały komórki do analizy ofert zakładów ubezpieczeń. Osoby takie poświęcały czas pracy na poszukiwanie i znajdowanie bardziej atrakcyjnych możliwości skorzystania z usług innych ubezpieczycieli i dlatego lojalność przedsiębiorstwa malała.

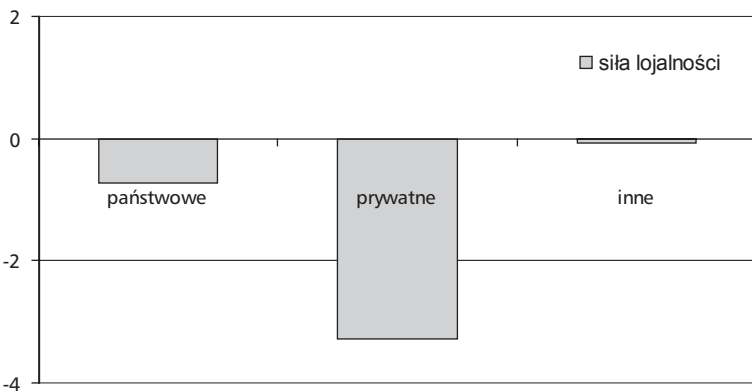
**Wykres 3. Relatywna siła lojalności przedsiębiorstw dla zmiennej: wielkość zatrudnienia**



Źródło: opracowanie własne.

Najbardziej lojalne były przedsiębiorstwa deklarujące inną niż państwowa i prywatna formę działalności. Zaraz za nimi znalazły się przedsiębiorstwa publiczne, a najmniej lojalne były firmy należące do osób prywatnych.

**Wykres 4. Relatywna siła lojalności przedsiębiorstw dla zmiennej: forma działalności**



Źródło: opracowanie własne.

W przypadku podmiotów instytucjonalnych można było również pokusić się o zbadanie wpływu poszczególnych cech na kształtowanie się siły lojalności<sup>16</sup>.

16. K. Mazurek-Łopacińska red., *Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998, ss. 183-185.

Analizując wartość absolutnej rozpiętości udało się stwierdzić, że:

- wielkość przychodu w 2002 r.:  
 $RA_p = 7,40 - 2,11 = 5,29$ ;
- branża:  
 $RA_B = 16,86 - 15,07 = 1,79$ ;
- forma własnościowa  
 $RA_F = -0,08 - (-3,28) = 3,2$ ;
- wielkość zatrudnienia  
 $RA_Z = 5,01 - 1,88 = 3,13$ .

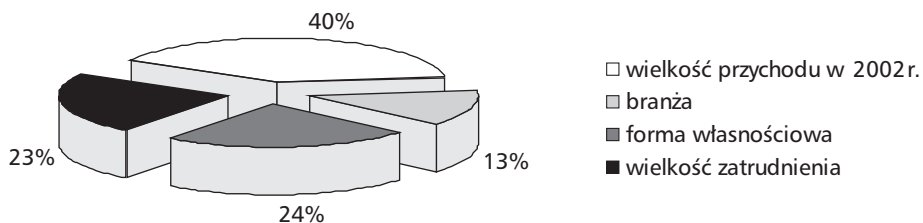
**Suma rozpiętości wynosi:**

$$\sum RA_i = RAP + RAB + RAF + RAZ = 13,41.$$

Znaczenie relatywne poszczególnych cech na lojalność jest następująca:

- wielkość przychodu w 2002 r.:  
 $Z_p = 39,45$  proc.;
- branża:  
 $Z_B = 13,35$  proc.;
- forma własnościowa:  
 $Z_F = 23,86$  proc.;
- wielkość zatrudnienia:  
 $Z_Z = 23,34$  proc.

Wykres 5. Relatywne znaczenie zmiennych objaśniających na siłę lojalności przedsiębiorstw



Źródło: opracowanie własne.

Z powyższego wykresu jasno wynika, że największy wpływ na kształtowanie siły lojalności miała wielkość osiągniętego przez przedsiębiorstwo w 2002 r. przychodu. Nieco mniejsze znaczenie można przypisać formie własnościowej przedsiębiorstwa oraz wielkości zatrudnienia, a najmniejsze branży, w której działało dane przedsiębiorstwo.

## Posumowanie

„Każdy kontakt z klientem jest pewnego rodzaju egzaminem dla firmy i jej pracowników. Możemy go zdać i np. sprzedać klientowi kolejny produkt lub oblać i np. stracić klienta na rzecz konkurencji. Podobnie jak w przypadku innych egzaminów, także do kontaktu z klientem możemy się dobrze przygotować i tym samym zwiększyć szanse jego zdania. Musimy posiadać wiedzę, która jest do tego celu niezbędna – wszechstronną i dogłębną wiedzę o naszych klientach”<sup>17</sup>.

Znajomość zachowań i oczekiwań klientów to jeden z kluczy do osiągnięcia sukcesu biznesowego. Stąd też przedmiotem rozważań teoretycznych, jak i badań empirycznych niniejszego opracowania był problem rozpoznania czynników i ich wpływu na postawę lojalnościową klientów instytucjonalnych zakładów ubezpieczeń. Zarządy asekuratorów powinny zdać sobie sprawę, że mogą w skuteczny sposób wpływać na kształt i wielkość grupy wiernych petentów. Niezbędna jest do tego jednak znajomość czynników, które kreują postawę lojalnościową ich klientów.

Jako grupa klientów, która charakteryzuje się najwyższym poziomem lojalności można wskazać przedsiębiorstwa najmniejsze firmy handlowe pod względem wielkości zatrudnienia o najwyższej wielkości przychodu w 2002 r. wynoszącej ponad 5 mln złotych, o innej, czyli nie prywatnej ani państwowej formie własności. To na tych klientów przede wszystkim zarządzający powinni kierować uwagę swoich podwładnych odpowiedzialnych za sprzedaż polis ubezpieczeniowych. To wśród tych klientów z największym prawdopodobieństwem można znaleźć przyszłego lojalnego klienta.

Zaprezentowana również w niniejszym opracowaniu analiza wykazała, że największy wpływ na lojalność ma wielkość przedsiębiorstwa rozumiana jako wielkość przychodów oraz wielkość zatrudnienia. To te dwie cechy w największym stopniu determinowały postawę lojalnościową. W przypadku wielkości osiągniętych przychodów zależność wygląda następująco: wraz ze wzrostem przychodów siła lojalności tychże przedsiębiorstw rośnie. Czyli im większe przychody osiąga przedsiębiorstwo, tym jest bardziej lojalne. W przypadku wielkości zatrudnienia tendencja jest odwrotna. Wzrost zatrudnienia oznacza spadek siły lojalności.

Jednym z podstawowych zadań zakładów ubezpieczeń, chcących dalej działać na rynku, będzie zaistnienie w świadomości klienta. Z faktu funkcjonowania na terytorium Polski dużej liczby zakładów ubezpieczeń wynika, że o większości z nich petenci nie słyszeli. W literaturze ubezpieczeniowej często napotyka się na wskazówki dla zarządców tych instytucji, mówiące o tym, że powinny one położyć duży nacisk na rozpropagowanie nazwy zakładu, by stał się on znany szerszej publiczności. Takie przedsięwzięcie może jednak drogo kosztować. Taniej i z większą dozą prawdopodobieństwa przetrwanie i rozwój zakładu ubezpieczeń zapewnić może grupa lojalnych klientów. Stworzenie i ciągłe powiększanie liczby wiernych klientów pozwoli na stały wzrost zakładu i jego udziału rynkowego.

---

17. J. Wachnicki, P. Komornicki, *Analizy CRM*, „Modern Marketing” 2002, nr 02.

## Wykaz źródeł:

- Dembińska-Cyran I., Hołub-Iwan J., Perenc J., *Zarządzanie relacjami z klientem*, DIFIN, Warszawa 2004.
- Długiewicz P., *Potrzeba lojalności*, „Modern Marketing” 2000, nr 11.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990
- Kostecki M. J., *Zarabiać na niezadowolonym kliencie*, „Marketing w Praktyce” 2001, nr 3.
- Małek R., Rodzinka J., *Czynniki lojalności klienta majątkowych zakładów ubezpieczeń*, (w:) *Public relations – wyzwania współczesności*, pod redakcją D. Tworzydło i T. Solińskiego, Rzeszów 2004.
- Otto J., *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. BECK, Warszawa 2004,
- Otto J., *Programy lojalnościowe metodą przeciwdziałania utracie klientów*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2001, nr 9/10.
- Palmer A., Hartlej B., Starkey M., *Relationship Marketing: from Academic Discipline to Practical Application*, Marketing Education Group Proceedings University of Bradford 1995.
- Piercy N., *Marketing. Strategiczna reorientacja firmy*, Felberg SJA, Warszawa 2003.
- Rodzinka J., *Model regresji liniowej lojalności klientów indywidualnych zakładów ubezpieczeń działu II*, Referat prezentowany na konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” w maju 2010 r. w Rydzynie, materiał przygotowywany do publikacji.
- Rodzinka J., *Scoringowa metoda pomiaru lojalności klientów zakładów ubezpieczeń działu II*, (w:) *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek* pod red. W. Ronka-Chmielowiec i K. Jajuga, Wydawnictwo AE im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Rószkiewicz M., *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002
- Starzyńska W., Michalski T., *Metody statystyczne w biznesie*, „Absolwent”, Łódź 1996
- Sztucki T., *Encyklopedia marketingu*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998.
- Szymczak J. praca zb. pod red., S. Sudoła, J. Haffera, *Marketingowe testowanie produktów*, PWE, Warszawa 2000.
- Wachnicki J., Komornicki P., *Analityczny CRM*, „Modern Marketing” 2002, nr 02.
- Welfe A., *Ekonometria. Metody i ich zastosowanie*, PWE, Warszawa 2003.

## Analysis of features determining loyalty of clients of non-life insurance companies in Podkarpackie Province – Summary

*The subject of client loyalty is being discussed more and more often, mainly because of the increasing importance of this issue both for marketing theory and practice. In the case of insurance companies, managers frequently ask themselves the following question: where to send the sales force to enable them to find the best clients who will not only take out a policy once, but will also do it in the future, at the same time informing others about company's good reputation, i.e. they will simply become loyal buyers. Obviously, there is no one solutions for finding loyal clients, but it is possible to indicate client groups with char-*

*acteristic features which increase the likelihood that expected market efficiency will be achieved.*

*This study presents the methodology of creating an econometric model whose interpretation enabled carrying out three types of analysis. The first of them helped identify a group of most and least loyal clients, the second helped measure the difference between the smallest and biggest value of each trait characteristic for certain groups of clients, the third analysis identified which of the features discussed determine the loyalty of clients of non-life insurance companies to a higher extent and which to a lower extent.*

**JACEK RODZINKA** jest zastępcą kierownika Katedry Makroekonomii w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie.

Recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Michalski, prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec.





ANETA KUŁAKOWSKA-BICZ

# System finansowania strat ludności po zdarzeniach katastroficznych w świetle badań empirycznych

*Zagrożenia naturalne istniały od zawsze, szkodząc ludziom, zwierzętom i roślinom. W ostatnim czasie dość często niepokoją nasz kraj, doświadczając dotkliwie różne sektory i sfery działalności człowieka. Wypłacane przez państwo odszkodowania, tanie kredyty oraz darowizny nie zaspokajają potrzeb poszkodowanych. Dlatego też autorka opierając się na badaniach empirycznych związanych z ubezpieczeniem osób fizycznych od zdarzeń o charakterze katastroficznych lub klęski żywiołowej, włącza się do dyskusji na temat stworzenia rozwiązania systemowego niosącego niezwłoczną pomoc finansową poszkodowanym.*

## **1. Finansowanie strat elementem fazy odbudowy systemu zarządzania kryzysowego**

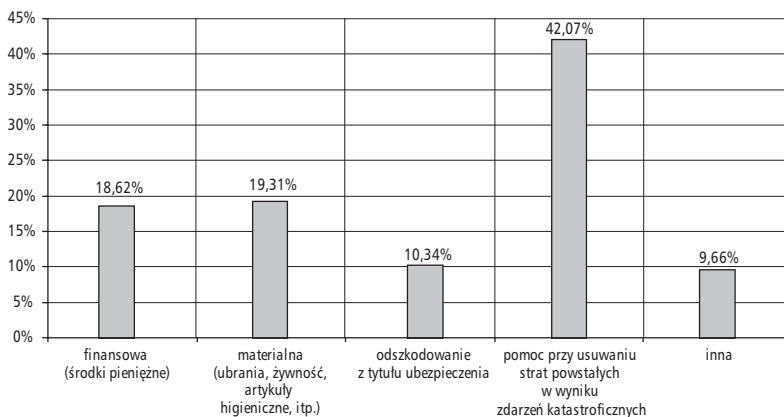
Katastrofa to wydarzenie, które wywołuje negatywne skutki. Zdarzenia katastroficzne powodują straty wśród ludzi i straty majątkowe. Katastrofy naturalne wywołane siłami natury to wydarzenia nieuchronne, a straty wynikłe po ich wystąpieniu są znaczne. Katastrofy naturalne określane są zazwyczaj klęskami żywiołowymi lub kataklizmami. Dla wielu osób zamieszkujących obszary podwyższonego ryzyka, prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia naturalnego często kończy się utratą dorobku całego życia. Pogląd ten weryfikują badania ankietowe w zakresie opinii i tendencji dotyczących zagrożeń i finansowania strat spowodowanych zdarzeniami katastroficznymi. Badania zostały przeprowadzone na przełomie roku 2009/2010, z wykorzystaniem ankiety dostarczonej bezpośrednio do respondentów. Wywiad kwestionariuszowy osobiście prowadził ankieter z respondentami. W trakcie badania ankietowego ankieter wyjaśniał na bieżąco niezrozumiałe sformułowania. Badanie miało znaczenie jakościowe, mające na celu uzyskanie opinii na temat finansowania strat spowodowanych przez przyrodę. Badania zostały przeprowadzone na terenie Polski w miastach do 20 tysięcy oraz powyżej 20 tysięcy mieszkańców i na wsi. Zdecydowana większość ankietowanych osób doświadczyła w rejonie zamieszkania zdarzenia o znamionach katastroficznych spowodowanych przez przyrodę. Badania przeprowadzone zostały na terenie województwa

śląskiego, małopolskiego, podkarpackiego, mazowieckiego i pomorskiego, w gospodarstwach domowych o różnej liczebności członków, zamieszkujących wspólnie oraz posiadających wspólny majątek. Były to osoby fizyczne pracujące na posadach stałych, najemnie, emeryci oraz osoby pracujące na własny rachunek bądź prowadzące działalność rolniczą, przy czym nie było to ich głównym zajęciem. W badaniu ankietowym wzięły udział osoby w wieku od 20 lat do ponad 50 lat. Sytuacja materialna respondentów była oceniana jako dobra i przeciętna. Głównym źródłem utrzymania ankietowanych była umowa o pracę, praca na własny rachunek oraz praca w gospodarstwie rolnym. Ankietowanymi były osoby fizyczne prowadzące gospodarstwa domowe lub gospodarstwa rolne posiadające nieruchomości. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy, który zawierał 21 pytań wielokrotnego wyboru (załącznik nr 1). Pytania dotyczyły między innymi:

- typologii badanych gospodarstw domowych: miejsca zamieszkania, wieku, źródła utrzymania, itp.,
- czynników motywacyjnych wpływających na zakup polis ubezpieczeniowych: posiadanie ubezpieczenia, co motywuje do zakupu polisy ubezpieczeniowej, co wpływa na brak zakupu polisy ubezpieczeniowej, itp.,
- szkód wyrządzonych przez zdarzenie o charakterze katastroficznym: szkody w majątku trwałym.

Zebrany materiał źródłowy poddano analizie porównawczej i przedstawiono go w formie opisowej i graficznej. Wyniki opracowane zostały przy wykorzystaniu normalnego rozkładu prawdopodobieństwa, na ich podstawie zostały przedstawione ogólne trendy na temat zdarzeń katastroficznym i ubezpieczeń. Wystąpienie zdarzenia katastroficznego powoduje wielkie straty i osoby poszkodowane nie są w stanie same odbudować swojego utraconego majątku. Po wystąpieniu zdarzenia katastroficznego ludzie poszkodowani pozostają w wielu przypadkach bez środków do normalnej egzystencji. W takich przypadkach oczekują oni szybkiej pomocy, przede wszystkim finansowej, materialnej i psychologicznej oraz pomocy przy usuwaniu zniszczeń (Wykres 1).

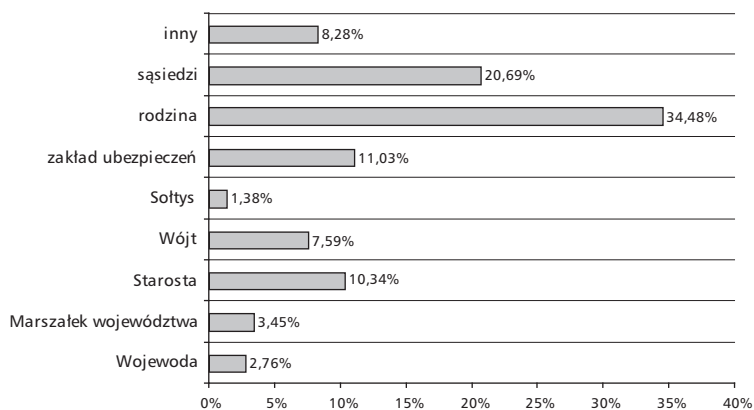
**Wykres 1. Forma udzielonej pomocy poszkodowanym**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

Pomoc materialną lub finansową poszkodowani uzyskują od instytucji państwowych, osób prywatnych, rodzin oraz zakładów ubezpieczeń (Wykres 2).

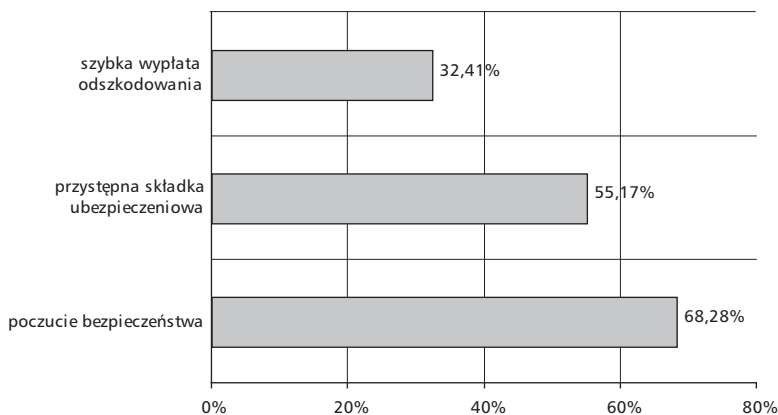
**Wykres 2. Podmioty, które udzieliły pomocy poszkodowanym**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.*

Osoby poszkodowane oczekują także bezpieczeństwa ekonomicznego oraz ochrony swojego majątku i nieruchomości. Ankieterzy wykazują skłonności do zakupu ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznych. Według respondentów zakup polisy ubezpieczeniowej daje poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość szybkiej odbudowy poprzez niezwłoczną wypłatę odszkodowania.

**Wykres 3. Co przekonuje ludność do zakupu polisy ubezpieczeniowej od zdarzeń katastroficznych**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.*

Pomoc ze strony rządu realizowana jest między innymi w oparciu o system zarządzania bezpieczeństwem (zarządzania kryzysowego) w ramach jednej z faz, jaką jest odbudowa, będąca końcową fazą cyklu zarządzania kryzysowego<sup>1</sup>.

Odbudowa może mieć różny charakter, wyróżniamy odbudowę:

- krótkoterminową, polegającą na przywróceniu systemów niezbędnych do życia, do minimalnych standardów operacyjnych,
- długoterminową, mogącą trwać wiele lat, aż do kompletnej odbudowy całego obszaru dotkniętego katastrofą.

W ramach odbudowy (Schemat 1.), wykonywane są między innymi takie zadania jak: zapewnienie pomocy ludności dotkniętej katastrofą (np. tymczasowe zakwaterowanie, pomoc finansowa, itp.), wypłacenie odszkodowań poszkodowanym – uruchomienie świadczeń, aktywizacja odbudowy przy wykorzystaniu dostępnych finansów, przywracanie warunków życia na poziomie gwarantującym wyższe bezpieczeństwo społeczeństwa, odtwarzanie i uzupełnianie zapasów – przywrócenie gotowości służb ratowniczych.

**Schemat 1. Zakres zadań fazy odbudowy w zarządzaniu kryzysowym**

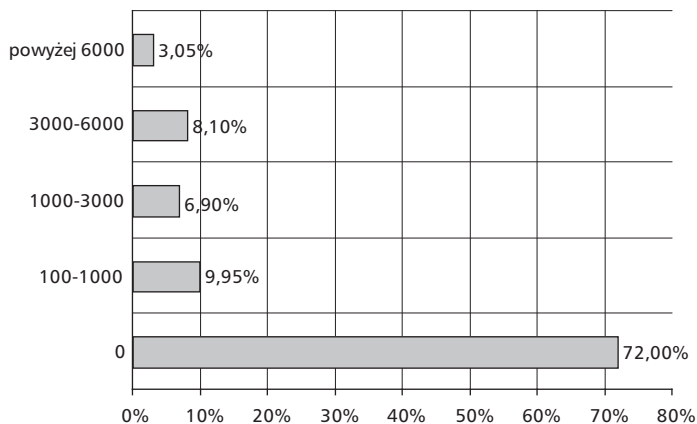
Szacowanie szkód, strat powstałych w wyniku sytuacji kryzysowej	Przywrócenie równowagi i bezpieczeństwa ekologicznego (środowisko naturalne)	Sprawne administrowanie
Zapewnienie pomocy ludności dotkniętej katastrofą (np. tymczasowe zakwaterowanie, pomoc finansowa, itp.)	Odbudowa i przywrócenie sprawności infrastruktury (obiekty i urządzenia)	Realizacja zobowiązań - rozliczenie kosztów reagowania
Leczenie w zakładach opieki zdrowotnej i rehabilitacji		Aktywizacja odbudowy przy wykorzystaniu dostępnych finansów
Przywrócenie warunków życia na poziomie gwarantującym wyższe bezpieczeństwo społeczeństwa	Informowanie o prawach i obowiązkach	Zapewnienie pomocy społecznej
Odtwarzanie i uzupełnianie zapasów - przywrócenie gotowości służb ratowniczych	Inicjatywa legislacyjna	Aktualizacja przedsięwzięć zapobiegawczych
		Modyfikacja planów
Wypłacenie odszkodowań poszkodowanym - uruchomienie świadczeń	Podsumowanie i wyciągnięcie wniosków	Prace dokumentacyjne (sprawozdania, raporty, itd.)

Źródło: B. Kosowski: *Sprawne i elastyczne zarządzanie w kryzysie*. Wyd. Dyfin. Warszawa 2008, s. 95.

Zadania te, które wykonują określone instytucje państwowe udzielając pomocy finansowej poszkodowanym są często realizowane z dużym opóźnieniem<sup>2</sup> i w symbolicznej wysokości, niewystarczającej na całkowitą odbudowę zniszczeń (Wykres 4).

1. B. Kosowski: *Model systemu zarządzania kryzysowego szczebla wojewódzkiego*. Wyd. SGSP, Warszawa 2007, ss. 59-62.
2. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Biuro do Spraw Usuwania Skutków Klęsk Żywiolowych. Przykładowo: ostatnie transe przeznaczone na likwidację skutków powodzi z 1997 r. przydzielane były w 2004 r. – dane uzyskane z Biura ds. Usuwania Skutków Powodzi.

Wykres 4. Wysokość wypłaconej pomocy finansowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

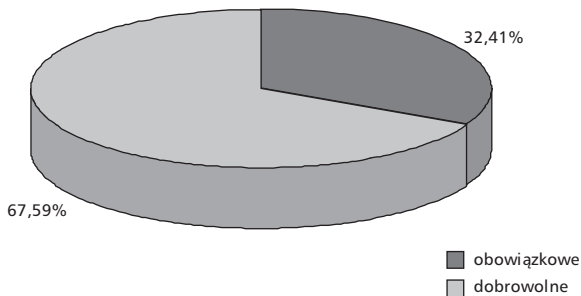
Wydaje się celowym, aby z funkcjonującym systemem bezpieczeństwa powiązać inne instytucje, niekoniecznie państwowe, które w przypadku wystąpienia zdarzenia katastroficznego, w sposób szybki i znacznie większy, udzielą pomocy finansowej poszkodowanym. Do takich instytucji należy zaliczyć zakłady ubezpieczeniowe. Na polskim rynku ubezpieczenia te mają charakter obowiązkowy bądź dobrowolny. Ubezpieczeniami obowiązkowymi są zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>3</sup>:

- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów,
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego,
- ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych.

Obowiązkowe ubezpieczenia budynków od ognia i innych zdarzeń losowych nie odnoszą się do majątku podmiotów gospodarczych, instytucji i osób indywidualnych niebędących rolnikami, które mogą jedynie w sposób dobrowolny realizować transfer ryzyka na zakład ubezpieczeniowy. Należy nadmienić, że ubezpieczenia tych podmiotów z reguły są droższe. Z przeprowadzonych badań, w których wzięty udział osoby indywidualne niebędące rolnikami wynika, że 67,59 proc. uważa, że powinien funkcjonować system ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznych w formie dobrowolnej, a 32,41 proc. ankieterów (Wykres 5) uważa, że ubezpieczenie to powinno być obowiązkowe. Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość respondentów jest za ubezpieczeniem od zdarzeń katastroficznych w formie dobrowolnej.

3. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124, poz. 1152, ze zm.).

Wykres 5. Forma ubezpieczeń katastroficznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

## 2. Zagrożenia zdefiniowane w sektorze ubezpieczeniowym

Ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne wykonywane są przez zakłady ubezpieczeń, które realizują działalność związaną z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń związanych z ogniem, eksplozją, burzą i innymi żywiołami, energią jądrową, obsunięciem ziemi lub tąpnięciem<sup>4</sup>. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>5</sup>, do zakresu ubezpieczenia budynków rolniczych na skutek zaistnienia zdarzenia losowego, włącza zdarzenia w postaci: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego. Jako skutek zdarzeń takich jak:

- ogień – uważa się szkody powstałe w wyniku działań ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile,
- huragan – uważa się szkody powstałe w wyniku działania wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s, którego działanie wyrządza masowe szkody. Pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu,
- powódź – uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących,
- podtopienie – uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w wyniku deszczu nawalnego lub spływu wód po zboczach lub stokach na terenach górskich i falistych,
- deszcz nawalny – uważa się szkody powstałe w wyniku opadów deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 4,
- grad – uważa się szkody powstałe wskutek opadu atmosferycznego składającego się z brytek lodu,

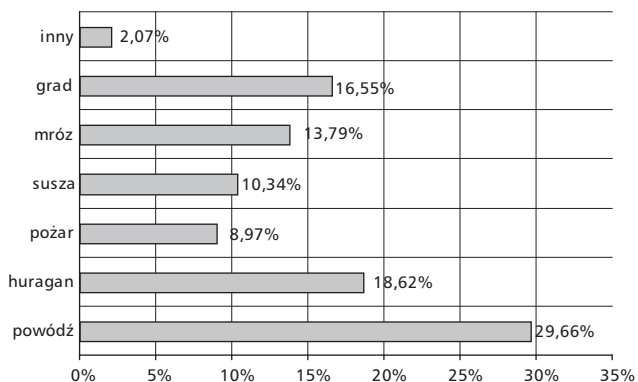
4. B. Kosowski: *Model systemu zarządzania .....*, op. cit., s.160.

5. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124, poz. 1152, ze zm.), art. 67.

- opady śniegu – uważa się szkody powstałe w wyniku opadów śniegu przekraczających 85 proc. wartości charakterystycznej (normowej) obciążenia śniegiem gruntu, właściwej dla strefy, w której znajduje się ubezpieczony budynek, określonej według obowiązującej normy polskiej „Obciążenie śniegiem”. Warunkiem uznania szkody za spowodowaną opadami śniegu jest, aby przynajmniej jedna stacja meteorologiczna Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, zlokalizowana na terenie tej samej strefy lub strefy o niższej wartości charakterystycznej obciążenia śniegiem w promieniu 100 km od ubezpieczonego budynku, zmierzyła ciężar pokrywy śnieżnej przekraczający 85 proc. wartości charakterystycznej (normowej) właściwej dla miejsca lokalizacji budynku,
- piorun – uważa się szkody będące następstwem uderzenia pioruna,
- eksplozję – uważa się szkody powstałe w wyniku gwałtownej zmiany stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołane ich właściwością rozprzestrzeniania się w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników. Warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień. Za spowodowane eksplozją uważa się również szkody powstałe wskutek implozji, polegające na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym,
- obsunięcie się ziemi – uważa się szkody spowodowane przez zapadanie się ziemi oraz usuwanie się ziemi, z tym że za szkody spowodowane przez:
  - zapadanie się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek obniżenia się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie,
  - usuwanie się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek ruchów ziemi na stokach,
- tąpnięcie – uważa się szkody powstałe wskutek wstrząsów podziemnych, spowodowanych pęknięciem skał, wywołanych naruszeniem równowagi sił w tych skałach,
- lawinę – uważa się szkody powstałe wskutek gwałtownego zsuwania się lub staczania ze zboczy górskich lub falistych: mas śniegu, lodu, skał, kamieni, ziemi lub błota,
- upadek statku powietrznego – uważa się szkody powstałe wskutek katastrofy bądź przymusowego lądowania samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także spowodowane upadkiem ich części lub przewożonego ładunku.

Wyżej opisane żywioły zostały zdefiniowane w regulacjach prawnych zakładów ubezpieczeniowych. Inne podmioty mogą rozumieć i wyjaśniać te zdarzenia w inny sposób. Zdarzenia te mają na ogół charakter katastroficzny w opinii badanych, przy czym aż 29,66 proc. ankietowanych uznało, że powódź jest dla nich najgroźniejszym zdarzeniem katastroficznym, które przynosi najwięcej strat, a kolejnym żywiołem, który budzi lęk i duże straty jest huragan 18,62 proc. (Wykres 6.).

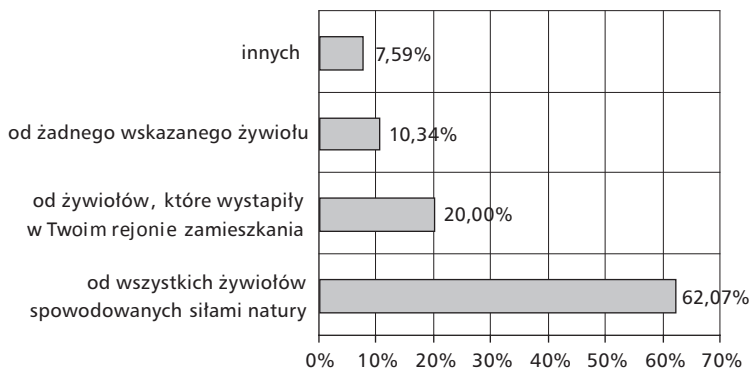
**Wykres 6. Żywiol, który spowodował zdarzenie o charakterze katastroficznym**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

Natomiast 62,07 proc. respondentów preferuje ubezpieczenia od wszystkich żywiołów spowodowanych siłami natury (Wykres 7).

**Wykres 7. Preferowane ubezpieczenia od zdarzeń katastroficznym**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

Obecnie na rynku ubezpieczeniowym nie ma ofert dla gospodarstw domowych, które dotyczą zdarzeń katastroficznym spowodowanych przez naturę. Szkody katastroficzne powodują zniszczenia dorobku całego życia. Na podstawie uzyskanych wyników z przeprowadzonych badań można wnioskować, że respondenci wykazują chęć zakupu polis ubezpieczeniowych z zakresu ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznym.



Wprowadzenie polis ubezpieczeniowych od zdarzeń katastroficznych gospodarstwa domowego mogłyby przenieść część ryzyka na zakłady ubezpieczeniowe. W wyniku wystąpienia zdarzenia katastroficznego, gospodarstwa domowe mogłyby z odszkodowania odbudować zniszczony majątek. Zakłady ubezpieczeniowe wprowadzając system ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznych, zwiększyłyby liczbę sprzedanych polis ubezpieczeniowych w tym zakresie. Opracowując mapy ryzyka dla poszczególnych regionów Polski, można by było zaproponować społeczeństwu ubezpieczenia od zdarzeń najbardziej prawdopodobnych dla danego regionu. Sporządzone mapy ryzyka doprowadziłyby do zwiększenia elastyczności działań zakładów ubezpieczeń, a mieszkańców zagrożonych terenów zachęciłyby do zakupu takich ubezpieczeń, co zwiększyłoby bezpieczeństwo lokalnej ludności. Za udzieloną ochronę ubezpieczeniową ubezpieczyciele pobraliby określone składki ubezpieczeniowe adekwatne do zagrożenia jakie może wystąpić w danym regionie.

### **3. Ocena ryzyka oraz transfer skutków na instytucje ubezpieczeniowe**

Wzrastające szkody ekonomiczne w wyniku zagrożeń naturalnych w wielu państwach stały się bodźcem do stworzenia narodowych i regionalnych ubezpieczeń skupionych właśnie na tych zagrożeniach<sup>6</sup>. Analiza wybranych programów ubezpieczeń wskazuje na ogólne tendencje, które skupiają się na:

- zagrożeniach naturalnych i obszarach największego ryzyka,
- obszarach budownictwa mieszkaniowego,
- wielkości składek ubezpieczeniowych, uzależnionych od wielkości ryzyka,
- zarządzaniu w wymiarze społecznym,
- sprzedaży i obsługi ubezpieczeń przez ustanowione sieci firm i agentów ubezpieczeniowych<sup>7</sup>.

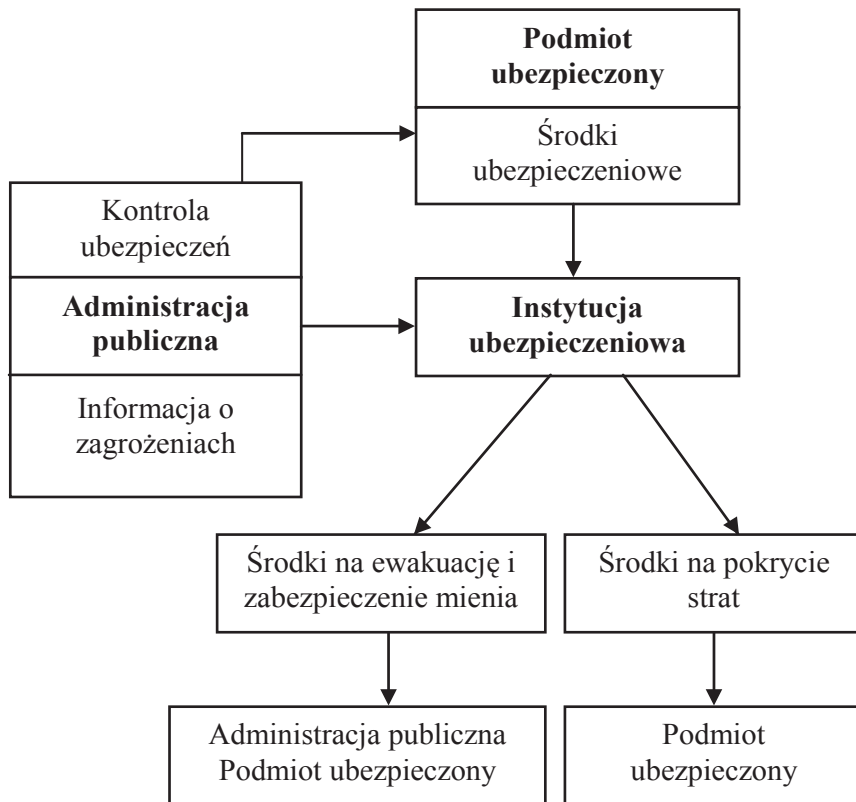
W Polsce szkody wynikłe z przyczyn naturalnych ustala się w oparciu o informacje uzyskane z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, a w przypadku braku możliwości uzyskania odpowiednich informacji przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód świadczący o działaniu tych zjawisk. Istotną rolę w fazie odbudowy ze zniszczeń pełnią organy administracji publicznej (Schemat 2.), które monitorują sytuację i posiadają pełną informację o ewentualnym rozwoju zdarzenia, a następnie o szacunkowych stratach, co jest jednym z zadań wspomnianej na wstępie fazy odbudowy.

---

6. B. Kosowski: *Model systemu zarządzania .....*, op. cit., s.169.

7. Wyciąg z raportu EQE International z roku 2001, odnoszący się do systemu ubezpieczeń w Polsce.

Schemat 2. Współpraca w zakresie transferu ryzyka

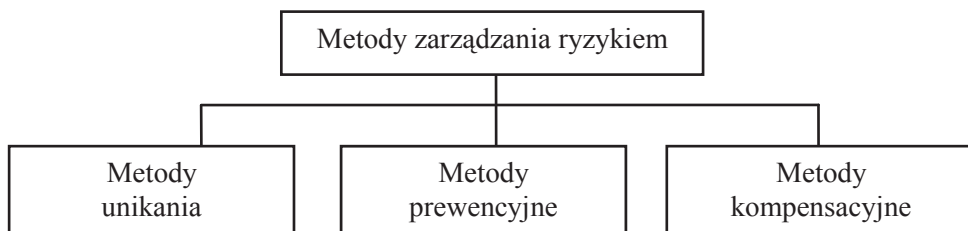


Źródło: B. Kosowski: *Sprawne i elastyczne zarządzanie w kryzysie*. Wyd. Dyfin. Warszawa 2008, s. 95.

Przedstawiony schemat współpracy jest możliwy do wprowadzenia w realne funkcjonowanie systemu zarządzania kryzysowego w momencie stworzenia podwalin prawnych obowiązkowości ubezpieczenia. Forma takiego ubezpieczenia nie powinna się odnosić tylko do jednej grupy społecznej (obecnie rolników), ale np. do wszystkich tych, którzy posiadają majątek trwały w obszarach zagrożonych i nie tylko. Uwzględniając dane historyczne bądź ocenę ryzyka danego regionu można wprowadzić obowiązkowość ubezpieczeń przy zastosowaniu odpisów. Ubezpieczenia tego rodzaju mogłyby być prowadzone przez Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych.

Ocena ryzyka jest jedną z metod zarządzania ryzykiem obejmującą rachunek prawdopodobieństwa i metody statystyczne. Analiza prawdopodobieństwa pozwala prognozować poziom zmiennych w warunkach optymistycznych i pesymistycznych, pozwala również znacznie poszerzyć ich zakres, a tym samym określić prawdopodobieństwo wystąpienia każdej wartości zmiennej. W zarządzaniu ryzykiem w wielu przypadkach stosuje się między innymi takie metody jak: unikanie ryzyka, prewencyjne i kompensacyjne (Schemat 3).

Schemat 3. Metody zarządzania ryzykiem



Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Nahotko: *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*. Wyd. Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego. Bydgoszcz 1997, ss. 120-123.

Ubezpieczenie, będące poza tworzeniem rezerw finansowych, jest jedną z form metody kompensacyjnej. Stanowi niezwykle praktyczną formę przenoszenia skutków ryzyka, gdyż kosztem składki<sup>8</sup> ewentualne straty spowodowane zdarzeniami losowymi finansuje ubezpieczyciel. Potrzeba ubezpieczenia nie jest dostatecznie uświadomiona i doceniana, co powoduje, że gospodarstwa domowe nie zabezpieczają się przed skutkami tych zdarzeń, nie mają także możliwości pokrycia zaistniałych szkód, odtworzenia sytuacji materialnej sprzed szkody i kontynuowania dotychczasowej działalności<sup>9</sup>. Ubezpieczyciel przejmuje obowiązek szacowania ryzyka, w tym analizy prawdopodobieństwa, która zwiększa znaczenie obliczeń, gdyż oprócz prognozowania prawdopodobieństwa wystąpienia zmian, trzeba przeprowadzić kalkulację dla kilku wartości każdej ze zmiennych<sup>10</sup>. Mimo że metody statystyczne mają swoją bogatą literaturę, to nie są one jednak dostatecznie wykorzystywane w zarządzaniu ryzykiem. Ich stosowanie wymaga bowiem pracochłonności oraz skomplikowanych obliczeń i wydaje się, że zakłady ubezpieczeń będące instytucjami finansowymi mogą w praktyce, poza instytucjami naukowymi, być podmiotami współdziałającymi przy tworzeniu map ryzyka kraju w odniesieniu do przewidywalnych i prawdopodobnych zagrożeń naturalnych.

Przeprowadzone badania wskazują jednak na ogólne trendy i w połączeniu z badaniami już przeprowadzonymi, w których wzięły udział podmioty gospodarcze i instytucje prywatne, administracja publiczna oraz zakłady ubezpieczeniowe, przyczynią się do opracowania rozwiązania systemowego w omawianej problematyce. Problem ten, mimo dyskusji o nim od wielu lat, jest w Polsce nierozwiązany, a bardzo istotny i ważny z punktu widzenia zaspokajania potrzeb poszkodowanych w przypadku wystąpienia

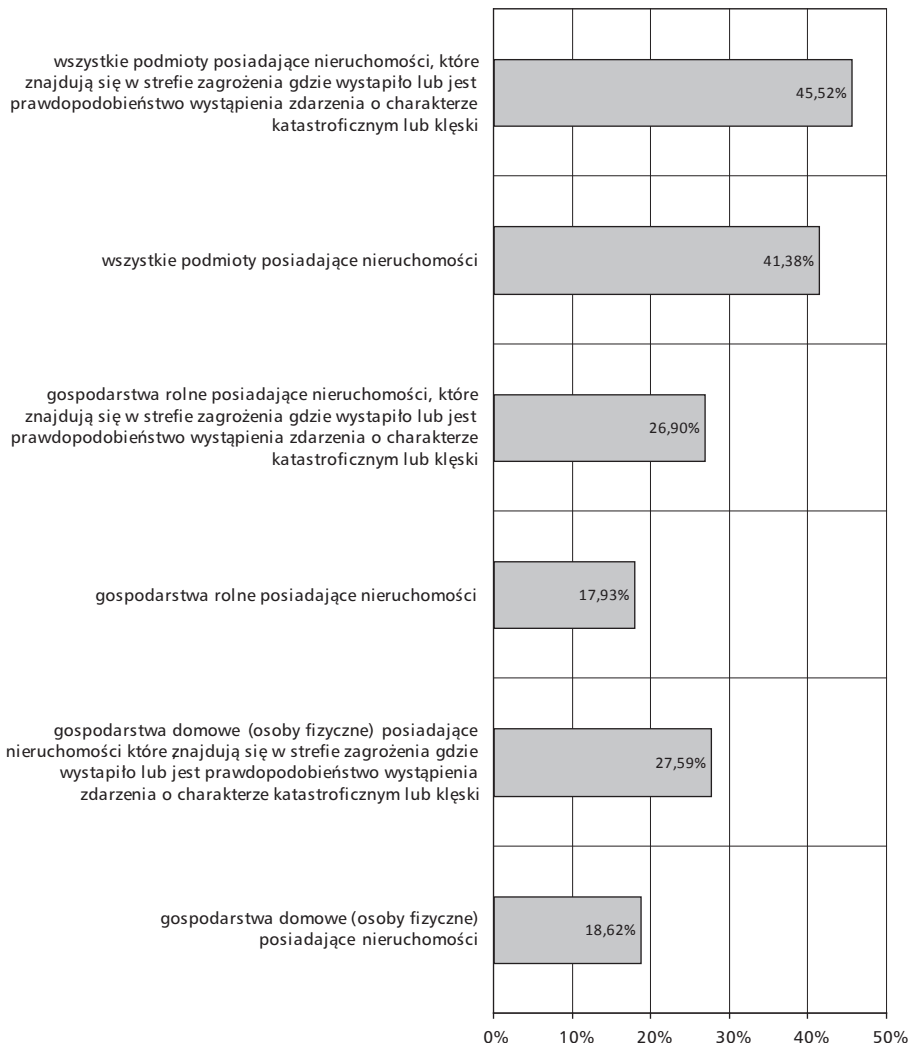
8. Bardzo istotny element systemu zarządzania bezpieczeństwem, bowiem w myśl zasady powszechności wpływającej na sprawność funkcjonowania systemu zarządzania kryzysowego, uczestnictwo w systemie odnosi się do wszystkich podmiotów, osób prawnych i fizycznych. Składka ubezpieczeniowa jest w tym przypadku jednym z elementów partycypacji osoby prywatnej w systemie.

9. E. Stroiński: *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie*, LAM, Warszawa 2006, s. 135.

10. S. Nahotko: *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*. Wyd. Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego. Bydgoszcz 1997, s. 171.

szkód spowodowanych zdarzeniami naturalnymi. Coraz bardziej powszechny staje się pogląd, że ubezpieczenia od zdarzeń katastroficznych powinny być ogólnodostępne i obejmować wszystkie podmioty posiadające nieruchomości, które znajdują się w regionie zagrożenia gdzie wystąpiło lub istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia katastroficznego lub klęski żywiołowej (Wykres 8). Zakres świadczonych usług przez zakłady ubezpieczeniowe powinien być poszerzony przez nowy system ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznych spowodowanych przez naturę.

**Wykres 8. Podmioty, które powinny podlegać ubezpieczeniom od zdarzeń katastroficznych**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009/2010 r. Badania przeprowadzone na próbie badawczej 150 osób indywidualnych.

## Podsumowanie

Zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124, poz. 1152, ze zm.), ubezpieczenie obowiązkowe majątku rolników od ognia i innych zdarzeń losowych, traktowane jest jako jeden z elementów zarządzania bezpieczeństwem państwa, stanowi dobry przykład transferu skutków finansowych wystąpienia zagrożenia dla dużej grupy ludności. Obecnie taki system ubezpieczeń nie obejmuje jednak innych sektorów gospodarki. Zakres ubezpieczeń dla innych podmiotów jest dobrowolny, co w przypadku wystąpienia zdarzenia katastroficznego może spowodować duże utrudnienia w funkcjonowaniu podmiotu, a przy braku środków finansowych może doprowadzić do niemożliwości odbudowy zniszczeń. Przy jego obowiązkowym wprowadzeniu dla wszystkich podmiotów, następowałoby przesunięcie ciężaru pomocy poszkodowanym na zakłady ubezpieczeniowe, a przy jasnych i czytelnych procedurach zakłady te w sposób sprawniejszy i szybszy udzielałyby pomocy finansowej na odbudowę majątku trwałego ze zniszczeń. Taki pogląd ma duże uzasadnienie wobec budowanego systemu bezpieczeństwa, w którym winny partycypować organy administracji państwowej, instytucje i podmioty prywatne, a także osoby indywidualne. Na podstawie przedstawionych w artykule wyników badań, można wywnioskować, że należałoby wprowadzić na rynek ubezpieczeń nowy pakiet ubezpieczeń od zdarzeń katastroficznych spowodowanych przez siły natury. Należałoby wprowadzić także stosowne unormowania prawne, które popartyłby system. Akty prawne określiłyby zasady i procedury współpracy pomiędzy państwem, zakładami ubezpieczeniowymi oraz podmiotami. Wprowadzenie nowego systemu ubezpieczeń katastroficznych poprawiłoby bezpieczeństwo finansowe osób poszkodowanych w zdarzeniach katastroficznych spowodowanych siłami natury. Ludność poszkodowana miałaby możliwość odbudowania utraconego majątku. Koncepcja nowego systemu ubezpieczeniowego pozwoliłaby na finansowanie strat powstałych w wyniku zdarzeń katastroficznych gospodarstw domowych i innych podmiotów.

## Wykaz źródeł:

- Kosowski B., *Sprawne i elastyczne zarządzanie w kryzysie*. Wyd. Dyfin. Warszawa 2008.
- Kosowski B., *Model systemu zarządzania kryzysowego szczebla wojewódzkiego*. Wyd. SGSP. Warszawa 2007.
- Nahtoko S., *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*. Wyd. Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego. Bydgoszcz 1997.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie*, LAM, Warszawa 2006.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124, poz. 1152, ze zm.).

## **System of financing losses incurred by people as a result of catastrophic events in view of empirical research – Summary**

*Natural hazards have always existed, posing threat to people, animals and plants. Recently, they have often troubled Poland, seriously affecting various sectors and fields of human activity. Compensations paid by the state, cheap loans and donations do not satisfy victims' needs. For this reason, the author, who uses empirical research into insurance of natural persons against catastrophic events or natural disasters as a basis for his opinions, joins the discussions on creating a systemic solution thanks to which financial assistance would be immediately provided to victims.*

**ANETA KUŁAKOWSKA-BICZ** jest doktorantką na podyplomowych studiach doktoranckich w zakresie zarządzania ryzykiem w Akademii Finansów. Od 1999 roku zatrudniona w Szkole Głównej Służby Pożarnej. Jest oficerem Państwowej Straży Pożarnej.

Recenzenci: prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk, dr Krzysztof Łyskawa.

**WIOLETA BARANOWSKA-ZAJĄC**

## Dopuszczalna współpraca ubezpieczycieli w świetle rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 267/2010 z dnia 24 marca 2010 r.

*Wyjątki od zakazu porozumień ograniczających konkurencję w prawie Unii Europejskiej ustanawiane są w drodze rozporządzeń o wyłączeniach grupowych. Od 1992 r. rozporządzenia takie są również wydawane dla sektora ubezpieczeń gospodarczych. Mają one jednak charakter czasowy. Wydane w 2003 r. rozporządzenie w sprawie wyłączeń grupowych od zakazu porozumień ograniczających konkurencję w sektorze ubezpieczeń gospodarczych wygasło z końcem pierwszego kwartału 2010 r. W związku z tym Komisja Europejska dokonała jego przeglądu wraz z oceną funkcjonowania wyłączenia grupowego w przedmiotowym sektorze, w wyniku których podjęła decyzję o utrzymaniu tego wyłączenia, a następnie wydała kolejne, trzecie już, rozporządzenie wyłączające. W stosunku do poprzedniego rozporządzenia przedmiotowy zakres współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych wyłączonej spod zakazu uległ jednak zawężeniu. Wykluczono z niego te rodzaje współpracy, które nie są szczególne dla sektora ubezpieczeń. Pewne zmiany wprowadzono także w odniesieniu do warunków wyłączeń dopuszczalnych rodzajów współpracy ubezpieczycieli.*

### **Wprowadzenie**

W niektórych sektorach gospodarki Unii Europejskiej wykreowane zostały szczegółowe reguły konkurencji, zwane regułami sektorowymi. Wywodzą się one z generalnych reguł konkurencji określonych w art. 101 i 102 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej<sup>1</sup> (dawniej art. 81 i 82 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską<sup>2</sup>). Regułami konkurencji o takim charakterze zostały objęte także przedsiębiorstwa prowadzące działalność na rynku ubezpieczeń gospodarczych. Początkowo podnoszono liczne wątpliwości dotyczące stosowania reguł konkurencji *explicitae* do specyficznej działalności komercyjnej podejmowanej przez podmioty funkcjonujące w sektorze ubez-

---

1. Dalej jako TfUE.  
2. Dalej jako TWE.

pieczeń<sup>3</sup>. Zastosowanie ogólnych reguł konkurencji również do sektora ubezpieczeń podkreśliły jednak Trybunał Sprawiedliwości w orzeczeniu w sprawie *Fire Insurance*<sup>4</sup> oraz Komisja Europejska w decyzjach przyznających indywidualne wyłączenia od zakazu porozumień ograniczających konkurencję,<sup>5</sup> jak i odmawiających przyznania takich wyłączeń<sup>6</sup>.

Jednym z elementów podstawowej dla prawa konkurencji zasady przeciwdziałania praktykom monopolistycznym przedsiębiorstw jest względny zakaz porozumień ograniczających konkurencję. Instrumentem relatywizacji tego zakazu są zaś wyłączenia grupowe (blokowe). Działalność gospodarcza prowadzona przez przedsiębiorstwa w sektorze ubezpieczeń gospodarczych, pomimo że podlega regułom konkurencji, może w pewnym zakresie uzasadniać kooperację tych przedsiębiorstw, stanowiącą wyjątki od zakazu porozumień ograniczających konkurencję. Dopuszczalne zatem jest wyłączenie spod działania reguł konkurencji określonych przejawów działalności przedsiębiorstw ubezpieczeniowych<sup>7</sup>.

Współpraca podmiotów działających w danym sektorze, która pomimo spełnienia przesłanek kooperacji zakazanej, niesie więcej korzyści dla konsumentów usług tego sektora w stosunku do negatywnych skutków dla działania mechanizmu konkurencji, podlega wyłączeniu spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję z mocy prawa – na podstawie rozporządzeń o wyłączeniach grupowych<sup>8</sup>. Rozporządzenia takie od 1991 r. obowiązują również w sektorze ubezpieczeń, przewidując grupowe wyłączenia pewnych rodzajów porozumień zawieranych między przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi<sup>9</sup>.

Sektorowe rozporządzenia o wyłączeniach grupowych mają zazwyczaj charakter czasowy i poddawane są okresowej weryfikacji zasadności ich obowiązywania. Praktyka taka funkcjonuje również w odniesieniu do rozporządzeń wyłączających spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 267/2010 w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 TfUE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sek-

- 
3. Z. Brodecki, S. Majkowska, *Kilka uwag o europejskim prawie ubezpieczeń* [w:] C. Mik (red.), *Prawo gospodarcze Wspólnoty Europejskiej na progu XXI wieku*, Toruń 2002, s. 67, D. Fuchs, *Europejskie prawo ubezpieczeń gospodarczych* [w:] E. Kowalewski (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń 2006, s. 556, R. Stankiewicz, *Wyłączenia porozumień kooperacji ubezpieczeniowej* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008, s. 470.
  4. Wyrok ETS z dnia 27.01.1987 r. w sprawie 45/85 *Verband der Sachversicherer Cv (Vds) v. Komisji WE*, Zb. Orz. [1987] s. 405.
  5. Decyzja Komisji w sprawie *Nuovo Consorzio Centrale Guasi Alle Macchine (Nuovo CEGAM)*, Dz. Urz. L 99/29 z 1984 r. oraz decyzja Komisji w sprawie *P&J Clubs (Protection and Indemnity Clubs)*, Dz. Urz. L 37/62 z 1985 r.
  6. Decyzja Komisji w sprawie *Feuer Versicherung (Fire Insurance)*, Dz. Urz. L. 35/20 z 1985 r.
  7. Por. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 471-472.
  8. Por. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 470, T. Skoczny, *Sektorowe reguły konkurencji w prawie wspólnotowym* [w:] *Prawo konkurencji Wspólnoty Europejskiej. Źródła, T. II: Reguły sektorowe*, Warszawa 2002, s. 15 i n.
  9. T. Skoczny, *Reguły konkurencji* [w:] J. Barcz (red.), *Prawo Unii Europejskiej. Prawo materialne i polityki*, Warszawa 2005, s. 364.



torze ubezpieczeniowym<sup>10</sup> zostało wydane 24 marca 2010 r., po przeprowadzeniu konsultacji społecznych oraz przeglądu funkcjonowania wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń. Przegląd miał na celu ustalenie, czy należy utrzymać grupowe wyłączenie od zakazu porozumień ograniczających konkurencję, a więc wydać kolejne rozporządzenie w tym zakresie, czy też wyłączenie takie w odniesieniu do działalności ubezpieczeniowej stało się zbędne.

Artykuł ma na celu dokonanie próby oceny nowego rozporządzenia KE w świetle ustaleń wynikających z przeprowadzonego przeglądu funkcjonowania wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń gospodarczych.

## 1. Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję w sektorze ubezpieczeń gospodarczych

Grupowe wyłączenia jako wyjątki od zakazu porozumień ograniczających konkurencję funkcjonują w sektorze ubezpieczeniowym od 1992 r. Delegację do wydawania rozporządzeń określających szczegółowy zakres wyłączeń w przedmiotowym sektorze wprowadziło rozporządzenie Rady nr 1534/91<sup>11</sup>. Stanowi ono podstawę prawną przyjmowania przez Komisję rozporządzeń wykonawczych dotyczących wyłączeń grupowych w tym sektorze<sup>12</sup>. Rozporządzenie kompetencyjne wydane przez Radę już w preambule podkreśla, że „współpraca między zakładami w sektorze ubezpieczeniowym jest, do pewnego stopnia, pożądana, aby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie tego sektora i jednocześnie wspierać interesy konsumentów.”<sup>13</sup>.

Wyłączenia grupowe w sektorze ubezpieczeniowym zostały wprowadzone po raz pierwszy na podstawie rozporządzenia Komisji nr 3932/92 z 21 grudnia 1992 r.<sup>14</sup> Rozporządzenie to obowiązywało do 31 marca 2003 r.<sup>15</sup>.

Drugim z kolei rozporządzeniem dotyczącym przedmiotowych wyłączeń grupowych było rozporządzenie Komisji nr 358/2003 z 27 lutego 2003 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym<sup>16</sup>. Rozporządzenie to przestało obowiązywać

10. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 267/2010 z dnia 24 marca 2010 r. w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do niektórych kategorii porozumień,

decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 83/1 z 30.03.2010 r.

11. Rozporządzenie Rady nr 1534/91/EWG z dnia 31 maja 1991 r. w sprawie stosowania art. 85 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 134 z 07.06.1991 r.

12. Szerzej W.H. Roth, *European Competition Policy for the Insurance Market*, „European Competition Law Review” 2/2000, ss. 107-116.

13. Zob. motyw początkowe preambuły rozporządzenia nr 1534/91.

14. Rozporządzenie Komisji nr 3932/92/EWG w sprawie stosowania art. 85 ust. 3 Traktatu do niektórych grup porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 398/7 z 31.12.1992 r.

15. Zob. art. 21 rozporządzenia nr 3932/92.

16. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 358/2003 z dnia 27 lutego 2003 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 TWE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 53/8 z 28.02.2003 r., szerzej zob. H. Holmes, P. Lennon, *European Authorities Focus on Insurance*, „European Competition Law Review” 1/2005, ss. 11-12.

31 marca 2010 r. Unijne organy konkurencji musiały wobec tego podjąć decyzję dotyczącą utrzymania albo zaniechania utrzymania odrębnego wyłączenia blokowego w sektorze ubezpieczeniowym.

Na podstawie rozporządzenia nr 358/2003 wyłączeniem spod zakazu porozumień monopolistycznych, negatywnie wpływających na konkurencję, objęto cztery kategorie współdziałania między przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi. Pierwszą z nich była współpraca w zakresie opracowywania kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia, opracowywania tabel oraz przeprowadzania badań. Drugi rodzaj współpracy wyłączony na podstawie przedmiotowego rozporządzenia to współpraca w zakresie ustalania ogólnych warunków ubezpieczenia. Ponadto wyłączeniu podlegała kooperacja polegająca na tworzeniu grup zakładów ubezpieczeń lub grup zakładów ubezpieczeń i towarzystw reasekuracji oraz współpraca w zakresie badania i zatwierdzania urzędzeń zabezpieczających<sup>17</sup>. Wyliczenie możliwych form kooperacji uzupełnione było wskazaniem, w dalszych przepisach rozporządzenia, szczegółowych warunków wyłączenia dla każdego z wymienionych rodzajów współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych oraz tzw. klauzul czarnych, czyli postanowień, które nie mogły wystąpić w konkretnym porozumieniu dla zaistnienia możliwości jego wyłączenia spod zakazu<sup>18</sup>.

Warunki wyłączeń spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję w obszarze objętym regulacją rozporządzenia skonstruowane były w oparciu o kryteria jakościowe oraz ilościowe<sup>19</sup>. Zrezygnowano natomiast z zamieszczania listy klauzul białych, a więc dozwolonych z punktu widzenia wyłączenia, jak i klauzul szarych, czyli dozwolonych warunkowo.

Na podstawie art. 10 rozporządzenia, Komisja Europejska posiadała kompetencję do cofnięcia wyłączenia, jeżeli w konkretnym przypadku uznała, że wyłączone porozumienie, które spełnia wprawdzie warunki określone w rozporządzeniu, wywołuje jednak skutki sprzeczne z którąkolwiek z ogólnych przesłanek wyłączeń od zakazu porozumień ograniczających konkurencję sformułowanych w prawie pierwotnym Unii Europejskiej. Cofnięcie wyłączenia w stosunku do danego porozumienia mogło nastąpić z inicjatywy Komisji albo na wniosek państwa członkowskiego lub osoby fizycznej lub prawnej posiadającej uzasadniony interes<sup>20</sup>. Cofnięcie mogło nastąpić, na przykład, w razie powstania dominacji na rynku, podziału rynku wynikającego z utworzenia związku ubezpieczycieli, czy też w sytuacji, gdy z umów ubezpieczenia wynika wyraźna dysproporcja między prawami i obowiązkami ze szkodą dla ubezpieczonego<sup>21</sup>.

Jeżeli chodzi o określenie poszczególnych obszarów aktywności przedsiębiorstw sektora ubezpieczeniowego pretendujących do wyłączenia w oparciu o art. 81 ust. 3 TWE,<sup>22</sup> pierwsze rozporządzenie o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń

---

17. Zob. art. 1 lit. a – f rozporządzenia nr 358/2003.

18. Zob. art. 3 – 9 rozporządzenia nr 358/2003.

19. Szerzej zob. A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we wspólnotowym i polskim prawie ochrony konkurencji* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe...*, ss. 51-55.

20. Zob. art. 10 rozporządzenia nr 358/2003.

21. I. Zużewicz, *Prawo antymonopolowe* [w:] Z. Brodecki (red.), *Konkurencja*, Warszawa 2004, s. 221.

22. Obecnie art. 101 ust. 3 TUE.

nr 3932/92 odwzorowywało niemalże idealnie treść wytycznych zamieszczonych w rozporządzeniu kompetencyjnym Rady<sup>23</sup>. Natomiast rozporządzenie nr 358/2003 odznaczało się odmienną konstrukcją treści. Wspomniany akt prawny stanowił mianowicie próbę wprowadzenia odrębnej definicji działań przedsiębiorstw ubezpieczeniowych podlegających wyłączeniom. W literaturze podkreślono przy tym, że nastąpiło to „w sposób odpowiedni do aktualnego sposobu konstrukcji norm prawa konkurencji”<sup>24</sup>.

Z powyższego wynika, że treść kolejnych rozporządzeń o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń dostosowywana jest do okoliczności oraz do tendencji występujących w prawie konkurencji, jak i do aktualnego stanu rozwoju działalności ubezpieczeniowej. Zjawisko to jest również widoczne na gruncie najnowszego rozporządzenia, o czym będzie mowa niżej.

## 2. Czasowy charakter rozporządzeń o wyłączeniach grupowych spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję w sektorze ubezpieczeń gospodarczych

Sektorowe rozporządzenia o wyłączeniach grupowych mają z założenia charakter czasowy<sup>25</sup>. Ich czasowe obowiązywanie ma służyć okresowej weryfikacji zasadności utrzymywania dalszych wyłączeń grupowych w określonych sektorach gospodarki Unii Europejskiej. Skutkiem czasowego obowiązywania rozporządzeń może być zatem przedłużenie funkcjonowania grupowego wyłączenia od zakazu porozumień ograniczających konkurencję po dokonaniu wspomnianej weryfikacji albo też zaniechanie wydawania kolejnego rozporządzenia wyłączającego w danym sektorze. To ostatnie będzie się wiązało z rezygnacją z grupowego wyłączenia antykonkurencyjnej współpracy przedsiębiorstw na podstawie rozporządzenia. Oznacza to jednocześnie, że przedsiębiorstwa prowadzące działalność w danym sektorze będą musiały samodzielnie dokonywać oceny zawieranych porozumień ograniczających konkurencję z punktu widzenia spełnienia przez nie przesłanek wyłączenia spod zakazu.

23. Ścisłej rzecz ujmując, rozporządzenie nr 3932/92 odwzorowywało w omawianym zakresie treść punktu 1 preambuły rozporządzenia kompetencyjnego Rady – por. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 475.

24. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 475.

25. Taki charakter mają zarówno rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze motoryzacyjnym – zob. P. Dębowski, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe dla porozumień wertykalnych w sektorze motoryzacyjnym* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe...*, s. 313 i n., D. Gerard, „Regulated Competition” in the Automobile Sector: A Comparative Analysis of Car Distribution System in the US and the EU, *European Competition Law Review* 9/2003, s. 527, rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze transportu morskiego – zob. M. A. Nestorowicz, I. Zużewicz-Wiewiórowska, *Wyłączenia grupowe dla porozumień w transporcie morskim* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe...*, s. 520 i n., M. Monti, *A time for change? – Maritime competition policy at the crossroads*, Antwerp 2003, J. Milligan, *Revision of Block Exemption Regulation 870/95 on Consortia Agreements*, *European Competition Law Review* 4/2000, s. 232 i n., jak i rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze transportu lotniczego – zob. T. Skoczny, *Wygaśnięcie wyłączeń grupowych dla porozumień w transporcie lotniczym* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe...*, s. 547 i n.

W związku z czasowym charakterem rozporządzeń o wyłączeniach grupowych od kilku lat następuje proces tzw. „wygaszania” wyłączeń o charakterze sektorowym<sup>26</sup>. Zjawisko to dotknęło wyłączeń w sektorach transportu lotniczego oraz transportu morskiego. W pierwszym z wymienionych sektorów proces ten dokonał się już ostatecznie – rozporządzenie wyłączające wygasło z dniem 31 października 2007 r.<sup>27</sup> – w drugim natomiast z nich ostatnie rozporządzenie wyłączające zostało wydane z mocą obowiązującą do 25 kwietnia 2015 r.<sup>28</sup>

Rozporządzenie ustanawiające wyłączenia grupowe dla porozumień ubezpieczeniowych nadal pozostaje w mocy. Jednakże, w odniesieniu do współpracy przedsiębiorstw sektora ubezpieczeń, również zastosowano czasowy charakter obowiązywania rozporządzeń wyłączających.

Takim charakterem obowiązywania odznaczało się pierwsze rozporządzenie wyłączające w przedmiotowym sektorze,<sup>29</sup> jak i kolejne, do niedawna obowiązujące, rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 358/2003, które wygasło w dniu 31 marca 2010 r.<sup>30</sup> W celu ustalenia zasadności przedłużenia obowiązywania wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń, Komisja Europejska dokonała jego przeglądu, na który składał się między innymi proces publicznych konsultacji, który został zamknięty z końcem listopada 2009 r. Przebieg przeglądu i zajmowane w jego toku stanowisko Komisji wskazywały, że nawet pomimo pozytywnego wyniku konsultacji, w których przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe opowiadały się za utrzymaniem wyłączenia, nie będzie ona zainteresowana dalszym utrzymywaniem wyłączeń grupowych w sektorze ubezpieczeń<sup>31</sup>. Ostatecznie jednak, po zakończeniu przeglądu, Komisja Europejska opracowała projekt nowego rozporządzenia<sup>32</sup>. Następnie zaś przyjęto kolejne, nowe rozporządzenie nr 267/2010 w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 TfUE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym.

---

26. Zob. A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe i ich stosowanie w państwach członkowskich UE – stan obecny i perspektywy* [w:] A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia grupowe...*, s. 561.

27. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1459/2006 z dnia 28 września 2006 r. w sprawie zastosowania art. 81 ust. 3 Traktatu wobec pewnych kategorii porozumień i praktyk uzgodnionych w zakresie konsultacji w sprawie taryf pasażerskich stosowanych w ramach rejsowych połączeń lotniczych oraz przydziału czasu na start lub lądowanie w portach lotniczych, Dz. Urz. L 272 z 03.10.2006 r.

28. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 906/2009 z dnia 28 września 2009 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do określonych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych pomiędzy przedsiębiorstwami żeglugi liniowej (konsorcja), Dz. Urz. L 256 z 29.09.2009 r.

29. Rozporządzenie nr 3932/92 obowiązywało do 31 marca 2003 r. – zob. art. 21 rozporządzenia.

30. Zob. art. 12 rozporządzenia nr 358/2003.

31. A. Jurkowska, T. Skoczny, *Wyłączenia grupowe i ich stosowanie...*, ss. 563-564.

32. Tekst projektu rozporządzenia dostępny jest na stronie internetowej [http://ec.europa.eu/competition/consultations/2009\\_insurance/draft\\_regulation\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/competition/consultations/2009_insurance/draft_regulation_pl.pdf).

### 3. Ocena funkcjonowania grupowego wyłączenia spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję w sektorze ubezpieczeń gospodarczych

Okres obowiązywania rozporządzenia nr 358/2003 został zakreślony stosunkowo krótkim terminem. Jego zakończenie stało się okazją do dokonania oceny funkcjonowania grupowego wyłączenia spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję w sektorze ubezpieczeń gospodarczych. Ze względu bowiem na fakt, że zakaz porozumień ograniczających konkurencję jest jedną z podstawowych zasad prawa konkurencji Unii Europejskiej, wyłączenia spod zakazu mają natomiast charakter wyjątku od tej zasady, wyłączenia określonych rodzajów porozumień sektorowych powinny być przedmiotem okresowej oceny. Jej celem jest ustalenie, czy nadal istnieją przesłanki, które stały się podstawą wprowadzenia odrębnego wyłączenia o charakterze grupowym<sup>33</sup>.

Proces przeprowadzania oceny zasadności dalszego utrzymywania grupowych wyłączeń odnoszących się do porozumień między podmiotami działającymi w sektorze ubezpieczeniowym rozpoczął się już na kilka lat przed końcowym terminem obowiązywania rozporządzenia nr 358/2003. W 2007 r. Komisja Europejska przyjęła tymczasowy raport dotyczący rozwoju sektora ubezpieczeń gospodarczych,<sup>34</sup> którego jeden z rozdziałów odnosi się do kwestii współpracy (kooperacji) przedsiębiorstw prowadzących działalność ubezpieczeniową na poziomie transgranicznym i krajowym. Podstawę sformułowanych wniosków stanowią dane zebrane od przedsiębiorstw prowadzących działalność ubezpieczeniową oraz związków takich przedsiębiorstw. Ustalenia raportu dowodzą, że poziom kooperacji przedsiębiorstw ubezpieczeniowych wykazuje zdecydowane różnice, zarówno w poszczególnych państwach członkowskich, jak i w poszczególnych segmentach ubezpieczeń gospodarczych<sup>35</sup>.

Przeprowadzone badania wykazały, że prawie dwie trzecie związków przedsiębiorstw prowadzących działalność ubezpieczeniową zadeklarowało wzięcie udziału we wspólnym opracowywaniu i rozpowszechnianiu kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia od określonych ryzyk albo przynajmniej wykorzystywanie przygotowanych w ten sposób opracowań. Najpopularniejszym zaś obszarem kooperacji przedsiębiorstw ubezpieczeniowych jest współpraca w zakresie opracowywania i rozpowszechniania ogólnych warunków ubezpieczenia dla ubezpieczeń bezpośrednich<sup>36</sup>.

Opracowany przez Komisję raport odniósł się również do współpracy w zakresie tworzenia grup koasekuracyjnych (tzw. *pooli*, od angielskiego określenia co – *insurance pool*). Jednakże dokument dowiódł, że tego rodzaju forma współpracy ubezpieczeniowej nie jest zbyt popularna wśród komercyjnych ubezpieczycieli<sup>37</sup>.

33. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 499.

34. Inquiry into the European business insurance sector pursuant to Article 17 of Regulation 1/2003. Interim Report – raport dostępny jest na stronie internetowej [http://ec.europa.eu/comm/competition/antitrust/others/sector\\_inquiries/financial\\_services/interim\\_report\\_24012007.pdf](http://ec.europa.eu/comm/competition/antitrust/others/sector_inquiries/financial_services/interim_report_24012007.pdf).

35. Zob. s. 144 raportu, por. też R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, ss. 477-478.

36. Zob. s. 137 raportu.

37. Szerzej R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 479.

Ogólne wyniki raportu wskazały na poważne wątpliwości dotyczące zasadności dalszego utrzymywania sektorowego wyłączenia grupowego w dziedzinie ubezpieczeń gospodarczych. Ze względu jednak na problemy w zakresie wertrykalnej współpracy w sektorze, już na tym etapie Komisja Europejska uznała, że należy skłonić się do utrzymania i dalszego rozwoju przepisów normujących wyłączenia grupowe w przedmiotowym sektorze. Ostatecznie takie stanowisko zajęła w raporcie<sup>38</sup>.

Jako kolejny etap oceny funkcjonowania wyłączenia grupowego odnoszącego się do ubezpieczeń przeprowadzono publiczne konsultacje. Miały one na celu ustalenie, czy rozporządzenie wyłączające w sektorze ubezpieczeń gospodarczych jest stosowane w praktyce, jaki ma wpływ na rynki ubezpieczeniowe na obszarze Unii Europejskiej, a w związku z tym – czy istnieją wystarczające powody do przedłużania jego obowiązywania<sup>39</sup>. Konsultacje zamknięto po otrzymaniu sześćdziesięciu odpowiedzi pochodzących od przedstawicieli sektora ubezpieczeniowego, władz publicznych oraz organizacji konsumenckich.

W marcu 2009 r. Komisja przyjęła zaś sprawozdanie dotyczące funkcjonowania rozporządzenia nr 358/2003<sup>40</sup>. Stanowiło ono kolejny z cząstkowych etapów oceny funkcjonowania przedmiotowego wyłączenia, gdyż Komisja zastrzegła, że ogranicza się w nim do przedstawienia wstępnych opinii dotyczących funkcjonowania rozporządzenia i nie przesądza jeszcze o ostatecznej decyzji dotyczącej jego odnowienia lub zaniechania odnowienia. W dokumencie Komisja wyraziła pogląd, zgodnie z którym rozporządzenie w sprawie wyłączeń grupowych powinno nadal ułatwiać dwa rodzaje współpracy, które wydają się szczególne dla sektora ubezpieczeniowego – porozumienia związane ze wspólnymi kalkulacjami, tabelami i badaniami oraz z grupami reasekuracyjnymi<sup>41</sup>. Inaczej natomiast Komisja odniosła się do współpracy w zakresie ogólnych warunków ubezpieczenia, stając na stanowisku, że nie wymaga ona objęcia wyłączeniem grupowym<sup>42</sup>.

W czerwcu 2009 r. Komisja przeprowadziła posiedzenie konsultacyjne, na którym poszczególne kategorie porozumień między przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi, wyłączone na podstawie rozporządzenia nr 358/2003, zostały przedyskutowane w ramach oddzielnych czterech paneli. Następnie ponownie rozpoczęto konsultacje społeczne, których proces został zakończony w ostatnim dniu listopada 2009 r.

Na podstawie dokonanego przeglądu rozporządzenia wyłączającego z 2003 r., Komisja Europejska doszła do wniosku, że w ostatnich kilku latach zmieniła się rola polityki konkurencji w sektorze ubezpieczeń gospodarczych. Polityka ta, zdaniem Komisji, powinna być wykorzystywana do przeciwdziałania barierom na kształującym

---

38. Zob. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 480.

39. Zob. Komunikat Komisji opublikowany na stronie internetowej <http://europa.eu/rapid/pres-ReleasesAction.do?reference=IP/08/596&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>.

40. Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji nr 358/2003/WE w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 TWE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, COM 2009, 0138 final.

41. Zob. pkt 34 sprawozdania Komisji.

42. Zob. pkt 30 sprawozdania Komisji.

się wewnętrznym rynku ubezpieczeniowym Unii Europejskiej, co ma przynieść korzyści zarówno dla przedsiębiorstw, jak i dla konsumentów usług świadczonych na tym rynku<sup>43</sup>.

Ponadto ustalono, że informacje zebrane przez Komisję w toku przeglądu rozporządzenia mają stanowić początek nowego podejścia. Koncentruje się ono na usprawnieniu dostarczania produktów oraz usług ubezpieczeniowych dla przedsiębiorstw. Skupia się także na współpracy w zakresie reasekuracji oraz pośrednictwa asekuracyjnego i reasekuracyjnego. Uzyskane w toku konsultacji informacje pomogły również Komisji ocenić bariery w rozwoju konkurencji na rynku ubezpieczeń gospodarczych, w tym bariery spowodowane współpracą przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, warunkami konkurencji oraz przeszkodami w wejściu na rynek<sup>44</sup>.

Pomimo poważnych wątpliwości w zakresie zasadności dalszego utrzymywania opartego na rozporządzeniu wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń, po przeprowadzeniu przeglądu, Komisja Europejska przyjęła projekt rozporządzenia w sprawie wyłączeń grupowych w sektorze ubezpieczeń gospodarczych. Pod koniec marca 2010 r. Komisja wydała natomiast kolejne rozporządzenie w tym zakresie. Weszło ono w życie z dniem 1 kwietnia 2010 r.<sup>45</sup>

Analiza działań Komisji zmierzających do ustalenia zasadności wydania kolejnego rozporządzenia wyłączającego grupowo współpracę przedsiębiorstw ubezpieczeniowych dowiodła, że pomimo poważnych kontrargumentów, unijne organy konkurencji nadal pozostają w przekonaniu, że grupowe wyłączenie współpracy przedsiębiorstw sektora ubezpieczeń gospodarczych jest uzasadnione. W związku z przyjętym nowym podejściem, jego zakres został znacznie zmodyfikowany. Wylimitowano z niego te rodzaje współpracy, które odznaczały się największą częstotliwością występowania wśród przedsiębiorstw ubezpieczeniowych.

#### **4. Nowe Wyłączenia Blokowe dla Ubezpieczycieli (IBER) – rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 267/2010**

Treść przepisów kolejnego, trzeciego już, rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń gospodarczych jest wynikiem zmienionego podejścia do tego wyłączenia, jakie wypracowano w toku przeglądu rozporządzenia 358/2003. Spowodowało ono, że Komisja Europejska wydając nowe rozporządzenie wprowadziła znaczne ograniczenia możliwych rodzajów współpracy w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia. Zaostrzyła także warunki dopuszczalnych wyłączeń.

Już w preambule nowego rozporządzenia zastrzeżono, że w odróżnieniu od rozporządzenia 358/2003, nie przewiduje ono wyłączenia porozumień dotyczących ustalania standardów ogólnych warunków ubezpieczenia oraz badania i zatwierdzania urzędów zabezpieczających. Uzasadnieniem dla zaniechania dalszego wyłączenia wskazanych dwóch kategorii współpracy jest fakt, iż porozumienia takie nie są właściwe dla sektora ubezpieczeniowego, a także, że mogą one budzić obawy o naruszenie zasad konku-

43. [http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial\\_services/insurance.html#review](http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial_services/insurance.html#review).

44. [http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial\\_services/insurance.html#review](http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial_services/insurance.html#review).

45. Art. 9 rozporządzenia nr 267/2010.

rencji<sup>46</sup>. Objęcie tych porozumień zakresem wyjątkowego aktu prawnego, jakim jest rozporządzenie, mogłoby prowadzić do nieuzasadnionej dyskryminacji w stosunku do innych sektorów, które nie zostały objęte rozporządzeniami o wyłączeniach grupowych<sup>47</sup>. W nowym rozporządzeniu wyłączającym zastosowano zatem dalsze ograniczenie zakresu możliwej do wyłączenia współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w stosunku do upoważnienia zawartego w rozporządzeniu kompetencyjnym wydanym przez Radę<sup>48</sup>.

W preambule nowego rozporządzenia wyraźnie podkreślono jego cele, które zostały wypracowane w toku przeglądu regulacji. Zgodnie z jej treścią, rozporządzenie powinno spełniać wymogi dotyczące zapewnienia skutecznej ochrony konkurencji oraz zagwarantowania korzyści dla konsumentów i bezpieczeństwa prawnego dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych<sup>49</sup>. Za rozporządzeniem 358/2003 preambuła powtarza także, że wyłączeniom grupowym mogą podlegać tylko takie porozumienia zawierane między przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi, o których można z wystarczającym stopniem pewności powiedzieć, że spełniają ogólne przesłanki wyłączeń sformułowane w pierwotnym prawie konkurencji<sup>50</sup>.

Systematyka nowego rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeniowym została skonstruowana odmiennie niż w przypadku rozporządzenia 358/2003. I tak, rozdział pierwszy, który obejmuje artykuł 1 rozporządzenia, zawiera definicje przyjęte dla potrzeb przedmiotowego aktu prawnego. Znajduje się tu również, powtórzona za artykułem 2 poprzedniego rozporządzenia definicja porozumienia, która odzwierciedla ogólne, szerokie pojęcie porozumienia przedsiębiorstw przyjęte w unijnym prawie konkurencji. Przez porozumienie należy bowiem rozumieć zarówno porozumienie w ścisłym tego słowa znaczeniu, decyzję związku przedsiębiorstw, jak i praktykę uzgodnioną<sup>51</sup>. Ponadto na potrzeby przedmiotowego aktu prawnego sformułowano definicje przedsiębiorstw uczestniczących, przedsiębiorstw powiązanych, grup koasekuracyjnych, grup koreasekuracyjnych, nowych rodzajów ryzyka oraz składki komercyjnej<sup>52</sup>. Zakres definicji został ograniczony w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia, które zawierało dodatkowo definicję standardowych warunków ubezpieczenia<sup>53</sup>. Wiąże się to z rezygnacją z wyłączenia w zakresie ustalania standardów ogólnych warunków ubezpieczenia.

Jeżeli chodzi o praktyki przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, które podlegają wyłączeniu spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję, to poszczególnym z nich poświęcono kolejne rozdziały rozporządzenia w ten sposób, że każdy dotyczy jednego konkretnego rodzaju współpracy podlegającej wyłączeniu. W pierwszej kolejności wskazuje się przy tym na czym może polegać porozumienie podlegające wyłączeniu.

---

46. Pkt 3 *in media i in fine* preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

47. Komunikat Komisji w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 TfUE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. C 82 z 30.03.2010 r., pkt 19, 22 i 26.

48. Zob. art. 1 ust. 1 rozporządzenia Rady nr 1534/91.

49. Zob. pkt 5 *ab initio* preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

50. Pkt 8 preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

51. Zob. art. 1 pkt 1 rozporządzenia nr 267/2010.

52. Art. 1 pkt 2 – 7 rozporządzenia nr 267/2010.

53. Zob. art. 2 pkt 4 rozporządzenia nr 358/2003.



Następnie określa się warunki wyłączenia tego konkretnego porozumienia, wreszcie zaś precyzuje się przypadki, w których takie porozumienie nie będzie podlegało wyłączeniu, a więc formułuje się tzw. klauzule czarne dla danego wyłączenia.

Rozdział drugi rozporządzenia dopuszcza zatem oraz w sposób kompleksowy reguluje wyłączenie porozumienia polegającego na tworzeniu przez przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe wspólnych zestawień kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia od określonych rodzajów ryzyka w przeszłości, tabel śmiertelności oraz tabel pokazujących częstotliwość chorób, wypadków i kalectwa, na wspólnym przeprowadzaniu badań dotyczących prawdopodobnego wpływu ogólnych okoliczności, zewnętrznych w stosunku do zainteresowanych przedsiębiorstw, na częstotliwość lub skalę przyszłych roszczeń dla danego ryzyka lub jego kategorii albo na rentowność różnych rodzajów inwestycji, a także na rozpowszechnianiu wyników takich badań. Objęty rozdziałem drugim artykuł 2 rozporządzenia stanowi, że zgodnie z art. 101 ust. 3 TfUE, art. 101 ust. 1 TfUE nie ma zastosowania do tego rodzaju porozumień zawartych przez dwa lub więcej przedsiębiorstw sektora ubezpieczeniowego<sup>54</sup>. Wyłączenie to zostało odnowione, ponieważ Komisja uznała, że tego rodzaju współpraca jest dla sektora ubezpieczeniowego zarówno szczególna, jak i konieczna w celu dokonania wyceny poszczególnych rodzajów ryzyka. Powinna ona zatem być chroniona i ułatwana, gdyż sprzyja konkurencji<sup>55</sup>.

Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe mogą wobec powyższego kontynuować rozpoczętą pod rządami poprzednich regulacji współpracę w zakresie wspólnego tworzenia zestawień, tabel oraz badań. Działania takie ułatwiają ich uczestnikom oszacowanie ryzyka, są więc pośrednio korzystne dla konsumentów usług ubezpieczeniowych. Mogą również ułatwić wejście na rynek, a jak wiadomo większa liczba podmiotów działających na rynku zwiększa konkurencyjność.

Pewnym zmianom uległy jednak warunki stosowania wyłączenia. Przede wszystkim rozszerzono krąg podmiotów nie uczestniczących w porozumieniu, które mogą uzyskać dostęp do opracowanych na jego podstawie zestawień kalkulacji, tabel lub wyników badań.

Zgodnie z artykułem 3 rozporządzenia wyłączenie stosuje się, jeżeli zestawienia lub tabele, po pierwsze, oparte są na zbiorze danych gromadzonych przez okres obserwacji obejmujący kilka lat występowania ryzyka, odnoszących się do identycznych lub porównywalnych czynników ryzyka jeżeli są one wystarczająco liczne do stworzenia bazy. Ta ostatnia zaś musi się nadawać do prowadzenia obliczeń statystycznych oraz do dostarczania danych liczbowych dotyczących, między innymi, ilości roszczeń zgłaszanych w ciągu okresu obserwacji, ilości poszczególnych rodzajów ryzyka w każdym roku występowania ryzyka w wybranym okresie obserwacji, całości kwot zapłaconych lub należnych w odniesieniu do roszczeń powstałych w tym okresie, całkowitej kwoty ubezpieczonego kapitału dla każdego roku występowania ryzyka<sup>56</sup>. Po drugie, zestawienia lub tabele podlegające wyłączeniu powinny zawierać na tyle szczegółowe roz-

54. Zob. art. 2 lit. a i b rozporządzenia nr 267/2010.

55. Por. Komunikat Komisji..., pkt 8 i 9.

56. Art. 3 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 267/2010.

bicie dostępnych statystyk, na ile jest to potrzebne pod względem aktuarialnym<sup>57</sup>. Po trzecie, nie mogą one uwzględniać pod żadną postacią kosztów nadzwyczajnych, dochodu wynikającego z rezerw, kosztów administracyjnych lub handlowych, opłat o charakterze fiskalnym lub parafiskalnym, jak również dochodów z inwestycji i przewidzianych rezerw<sup>58</sup>.

Rozporządzenie przewiduje ponadto dalsze warunki wyłączenia, wspólne dla współpracy w zakresie zestawień kalkulacji, tabel, a także badań. Zostały one rozbudowane w stosunku do tych, jakie były wymagane na podstawie rozporządzenia 358/2003. Odnoszące się do przedmiotowej współpracy wyłączenie znajdzie zastosowanie jeżeli zestawienia, tabele lub badania nie identyfikują opracowujących je zakładów ubezpieczeń, jak i żadnej z ubezpieczonych osób<sup>59</sup> po ich opracowaniu, w trakcie rozpowszechniania zawierają oświadczenie, że nie są wiążące<sup>60</sup> oraz nie zawierają jakichkolwiek wskazań dotyczących składek komercyjnych<sup>61</sup>. Oprócz tego zestawienia, tabele lub wyniki badań powinny być dostępne na rozsądnych, przystępnych finansowo i niedyskryminujących warunkach dla każdego zakładu ubezpieczeń, który o nie wnioskuje. Dotyczy to również zakładów ubezpieczeń nie działających na rynku geograficznym lub produktowym, do których te zestawienia, tabele lub wyniki badań się odnoszą<sup>62</sup>. Na takich samych warunkach zestawienia, tabele lub badania powinny być dostępne dla organizacji konsumenckich lub stowarzyszeń klientów, które w odpowiedni i precyzyjny sposób zwrócą się o umożliwienie dostępu do nich z należycie uzasadnionego powodu. Wyjątkiem jest jedynie sytuacja, gdy niepublikowanie przedmiotowych danych jest obiektywnie uzasadnione względami bezpieczeństwa publicznego<sup>63</sup>.

Szczególnie istotnym z punktu widzenia konsumentów usług ubezpieczeniowych zastrzeżeniem warunków stosowania wyłączenia porozumień polegających na wspólnym tworzeniu zestawień, tabel i badań wydaje się wymóg dostępności opracowywanych w ramach porozumienia zestawień, tabel oraz badań dla organizacji konsumenckich i stowarzyszeń klientów. Z kolei dla zapobieżenia możliwości wyeliminowania konkurencji duże znaczenie ma wymóg udostępniania wspólnie wypracowanych zestawień, tabel i wyników badań nieuczestniczącym w porozumieniu zakładom ubezpieczeń, i to zarówno tym, które działają na danym rynku produktowym lub geograficznym, jak i tym, które rozważają dopiero wejście na ten rynek.

Artykuł 4 rozporządzenia w odniesieniu do powyższych wyłączeń wprowadza klauzulę czarną, w świetle której nie będą one miały zastosowania, jeżeli uczestniczące przedsiębiorstwa zobowiązują się wzajemnie lub zobowiązują inne przedsiębiorstwa do nieużywania innego rodzaju zestawień lub tabel albo do nieodchodzenia od wyników sporządzonych badań<sup>64</sup>. Klauzula ta nie uległa zmianie w stosunku do występują-

---

57. Art. 3 ust. 1 lit. b rozporządzenia nr 267/2010.

58. Art. 3 ust. 1 lit. c rozporządzenia nr 267/2010.

59. Art. 3 ust. 2 lit. a rozporządzenia nr 267/2010.

60. Art. 3 ust. 2 lit. b rozporządzenia nr 267/2010.

61. Art. 3 ust. 2 lit. c rozporządzenia nr 267/2010.

62. Art. 3 ust. 2 lit. d rozporządzenia nr 267/2010.

63. Art. 3 ust. 2 lit. e rozporządzenia nr 267/2010.

64. Art. 4 rozporządzenia nr 267/2010.

cej w poprzednim rozporządzeniu. Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe będące uczestnikami porozumienia nie muszą zatem weryfikować jego treści pod względem zawartych w nim niedozwolonych klauzul.

W rozdziale trzecim rozporządzenia zawarto całokształt przepisów dotyczących możliwości wyłączenia porozumień polegających na tworzeniu lub działaniu grup zakładów ubezpieczeń lub grup zakładów ubezpieczeń i reasekuracji przez dwa lub większą liczbę przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w celu wspólnego ubezpieczenia od niektórych rodzajów ryzyka w formie koasekuracji i koreasekuracji. Ten rodzaj współpracy jest wyłączony z zakresu zastosowania art. 101 ust. 1 TfUE na warunkach wynikających z rozporządzenia<sup>65</sup>.

W ramach artykułu 6 sformułowano ramy czasowe dla stosowania powyższego wyłączenia oraz progi udziału w rynku. W odniesieniu mianowicie do grup koasekuracyjnych lub koreasekuracyjnych utworzonych wyłącznie w celu ubezpieczenia od nowych rodzajów ryzyka, wyłączenie może być stosowane przez okres trzech lat od daty pierwszego utworzenia grupy, niezależnie od jej udziału w rynku<sup>66</sup>. W stosunku natomiast do pozostałych grup koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych wyłączenie może mieć zastosowanie przez cały okres obowiązywania rozporządzenia, pod warunkiem jednak, że łączny udział w rynku przedsiębiorstw uczestniczących nie przekracza określonego poziomu. Dla grup koasekuracyjnych poziom ten ustalono na 20 proc. dowolnego rynku właściwego,<sup>67</sup> natomiast dla grup koreasekuracyjnych – na 25 proc. takiego rynku<sup>68</sup>. Rozróżnienie wielkości progów udziału w rynku dla grup koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych zostało utrzymane, ponieważ działanie grup koasekuracyjnych może pociągać za sobą ujednocianie ogólnych warunków ubezpieczeń i składek komercyjnych<sup>69</sup>. Dlatego też dla tych ostatnich stosuje się próg niższy.

Drugi możliwy rodzaj współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, polegający na tworzeniu grup, może być zatem ograniczony w czasie, jeżeli dotyczy ubezpieczenia od nowych rodzajów ryzyka. Okres trzyletni jako maksymalny czas stosowania wyłączenia w tym przypadku wydaje się przy tym krótki dla nawiązania współpracy, która miałaby nieść korzyści dla konsumentów, a nie tylko dla przedsiębiorstw uczestniczących w porozumieniu.

Definicja nowych rodzajów ryzyka została sformułowana w art. 1 ust. 6 rozporządzenia 267/2010. Za nowe rodzaje ryzyka uznaje się mianowicie takie, które nie istniały w przeszłości i od których ubezpieczenia wymagają zupełnie nowych produktów ubezpieczeniowych<sup>70</sup>. Ponadto w wyjątkowych okolicznościach za nowe rodzaje ryzyka można uznać takie, co do których obiektywna analiza wykazała na tyle znaczącą zmianę ich charakteru, że określenie zdolności ubezpieczeniowej koniecznej dla ubezpieczenia od danego rodzaju ryzyka nie jest możliwe<sup>71</sup>. Pojęcie nowych rodzajów ryzyka zostało rozszerzone w stosunku do jego odpowiednika zawartego w rozporządzeniu

65. Art. 5 rozporządzenia nr 267/2010.

66. Art. 6 ust. 1 rozporządzenia nr 267/2010.

67. Art. 6 ust. 2 lit. a rozporządzenia nr 267/2010.

68. Art. 6 ust. 2 lit. b rozporządzenia nr 267/2010.

69. Zob. R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 496.

70. Zob. art. 1 ust. 6 lit. a rozporządzenia nr 267/2010.

71. Por. art. 1 ust. 6 lit. b rozporządzenia nr 267/2010.

358/2003<sup>72</sup>. Do nowych rodzajów ryzyka zalicza się na przykład, ryzyka katastroficzne, nuklearne, terrorystyczne, czy ryzyko związane ze środowiskiem naturalnym<sup>73</sup>.

Ograniczenie czasowe nie dotyczy natomiast współpracy w formie koasekuracji i koreasekuracji w celu wspólnego ubezpieczenia od tych rodzajów ryzyka, które nie są nowe. W tym jednak przypadku zastosowano ograniczenie w postaci określonego poziomu łącznego udziału w rynku przedsiębiorstw uczestniczących. Poziom ten jest stosunkowo niski i wydaje się, że przedsiębiorstwa mogą łatwo go przekroczyć.

Uzasadnieniem utrzymania wyłączenia jest okoliczność, że tworzenie grup, nawet jeżeli ich działalność mogłaby być zastąpiona działalnością kilku konkurujących ze sobą ubezpieczycieli, może przynosić pewne optymalne korzyści. Uczestniczące w grupie przedsiębiorstwa mogą bowiem zdobywać niezbędne dla swej działalności doświadczenie lub osiągać oszczędności kosztów jej prowadzenia, a także mają możliwość obniżania składek komercyjnych. Redukcja kosztów działalności może zaś wpływać na obniżanie cen usług ubezpieczeniowych, co niewątpliwie jest korzystne dla ubezpieczających się, czyli konsumentów usług świadczonych w sektorze. Ponadto tworzenie grup może przyczyniać się do poprawy jakości usług ubezpieczeniowych, jak i wpływać na postęp techniczny i ekonomiczny w zakresie rozwoju tych usług, co podkreśliła Komisja Europejska już w 1984 r. w decyzji w sprawie *Nuovo CEGAM*<sup>74</sup>.

Niemniej jednak, tworząc grupy koasekuracyjne lub koreasekuracyjne, przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe nie mają swobody w wyborze partnera do współpracy ze względu na ryzyko wystąpienia zbyt wysokiego łącznego udziału w rynku. Wyłączone porozumienia nie mogą bowiem powodować sytuacji, w której podmioty w nich uczestniczące mają możliwość usuwania konkurencji w stosunku do istotnej części produktów. Określony poziom korzyści z funkcjonowania grup powinni także czerpać konsumenci. Jest to natomiast możliwe jedynie w przypadku istnienia dostatecznego poziomu konkurencji na rynkach właściwych, na których działają grupy<sup>75</sup>. Ponadto przedsiębiorstwa tworzące przedmiotowe grupy powinny pamiętać, że oprócz zachowania określonego poziomu udziału w rynku muszą także spełnić pozostałe warunki wyłączenia ustanowione w rozporządzeniu.

Warunki te sformułowano w artykule 7 rozporządzenia. Pierwszy z nich polega na tym, że każde przedsiębiorstwo uczestniczące w grupie ma możliwość wycofania się z niej bez jakichkolwiek sankcji po złożeniu wypowiedzenia z odpowiednim wyprzedzeniem<sup>76</sup>. Zasady grupy nie mogą zobowiązywać żadnego z przedsiębiorstw uczestniczących w grupie do ubezpieczenia lub reasekuracji poprzez grupę, ani też nie mogą ograniczać żadnemu z nich możliwości ubezpieczenia lub reasekuracji w całości lub w części poza grupą od wszelkiego rodzaju ryzyka ubezpieczanego przez grupę<sup>77</sup>. Kolejny warunek zaś zakłada, że zasady grupy nie mogą ograniczać działalności grupy lub uczestniczących w niej przedsiębiorstw do ubezpieczenia lub reasekuracji od ryzyka

---

72. Por. art. 2 ust. 7 rozporządzenia nr 358/2003.

73. Bell & Bellis, *Competition Law of the European Community*, CCH Europe 2006, s. 1409 – podają za R. Stankiewicz, *Wyłączenia...*, s. 494.

74. *Op. cit.*

75. Por. pkt 17 *in media i in fine* preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

76. Art. 7 lit. a rozporządzenia nr 267/2010.

77. Art. 7 lit. b rozporządzenia nr 267/2010.

umiejscowionego w określonej części Unii Europejskiej<sup>78</sup>. Ponadto przedsiębiorstwa uczestniczące w grupie koreasekuracyjnej nie mogą porozumiewać się w sprawie składek komercyjnych naliczanych w ubezpieczeniach bezpośrednich<sup>79</sup>. Przedmiotowe porozumienia nie mogą także ograniczać produkcji lub sprzedaży, jak również dokonywać podziału rynków lub klientów<sup>80</sup>. Warunki wyłączenia nawiązują tu zatem do podstawowych naruszeń zakazu porozumień ograniczających konkurencję wskazanych w Traktacie. W odniesieniu do tego rodzaju wyłączenia nie przewiduje się natomiast klauzul czarnych.

Warunki wyłączenia porozumień polegających na tworzeniu grup koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych uległy pewnej redukcji w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia. To ostatnie przewidywało bowiem, że dla możliwości wyłączenia żaden z członków grupy lub przedsiębiorstw wywierających decydujący wpływ na politykę handlową grupy nie może być jednocześnie członkiem lub wywierać decydującego wpływu na politykę handlową innej grupy, która działa na tym samym rynku właściwym<sup>81</sup>. Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe zainteresowane współpracą w formie tworzenia grup nie muszą już, na podstawie nowego rozporządzenia, wystrzegać się uczestnictwa w innej, niebiorącej udziału w danym porozumieniu, grupie podmiotów ubezpieczeniowych.

Niezależnie od powyższego, warunki przedmiotowego wyłączenia zostały skonstruowane w sposób dość restrykcyjny. Funkcjonowanie grup może bowiem powodować ograniczenie konkurencji w wyniku, na przykład, standaryzacji warunków ubezpieczeń lub standaryzacji kwot ubezpieczenia i składek<sup>82</sup>.

Komisja Europejska przypominała ponadto o konieczności właściwego korzystania przez przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe tworzące grupy z wyłączenia grupowego poprzez przeprowadzanie starannej oceny prawnej zgodności grupy z warunkami wskazanymi w rozporządzeniu. Ma to zapobiegać traktowaniu wyłączenia jako blankietowego, co przed wydaniem nowego rozporządzenia niejednokrotnie miało miejsce<sup>83</sup>.

Zmianie w stosunku do poprzedniego stanu prawnego uległa również instytucja cofnięcia wyłączenia, które spełnia warunki określone w rozporządzeniu. Nowe rozporządzenie o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeniowym nie przewiduje już takiej możliwości, ponieważ cofnięcie wyłączenia wspólnie dla wszystkich rozporządzeń o wyłączeniach grupowych zostało obecnie uregulowane w art. 29 rozporządzenia Rady nr 1/2003<sup>84</sup>. Warunki cofnięcia wyłączenia zostały tam jednak ukształtowane w nieco inny sposób aniżeli na gruncie rozporządzenia nr 358/2003, które regulowało tę kwestię tylko w odniesieniu do wyłączeń grupowych w sektorze ubezpieczeń gospodarczych. W świetle art. 29 rozporządzenia 1/2003, wycofania przywileju wyłączenia

78. Art. 7 lit. c rozporządzenia nr 267/2010.

79. Art. 7 lit. f rozporządzenia nr 267/2010.

80. Art. 7 lit. d i e rozporządzenia nr 267/2010.

81. Art. 8 lit. g rozporządzenia nr 358/2003.

82. Por. pkt 14 preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

83. Komunikat Komisji..., pkt 16.

84. Rozporządzenie Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie reguł konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 Traktatu, Dz. Urz. L 1 z 04.01.2003 r.

może dokonać, po pierwsze, Komisja w przypadku gdy ustali, że porozumienie, które pomimo spełnienia wymogów wyłączenia, wywołuje jednak skutki niezgodne z ogólnymi warunkami wyłączeń grupowych wskazanymi w art. 101 ust. 3 TfUE. Po drugie, wyłączenie może być również wycofane przez organ ochrony konkurencji państwa członkowskiego, jeżeli wyłączone porozumienie wywiera na terytorium tego państwa członkowskiego lub jego części skutki niezgodne z art. 101 ust. 3 TfUE, a terytorium takie wykazuje cechy odrębnego rynku geograficznego.

Rozporządzenie Komisji nr 267/2010, podobnie jak poprzednio obowiązujące rozporządzenia o sektorowych wyłączeniach grupowych odnoszących się do ubezpieczeń, także ma obowiązywać przez oznaczony czas. Ramy czasowe jego obowiązywania określono w ostatnim rozdziale, wskazując że rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2010 r. i wygasa z dniem 31 marca 2017 r.<sup>85</sup>. Przez kolejne siedem lat przedsięwzięcia ubezpieczeniowe będą więc miały możliwość zawierania porozumień odpowiadających warunkom wskazanym w rozporządzeniu, wyłączonych na tej podstawie *ex lege* spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję.

## Podsumowanie

System ochrony konkurencji Unii Europejskiej ma z jednej strony utrzymywać konkurencję na rynku wewnętrznym na odpowiednim poziomie poprzez zapobieganie monopolizacji produkcji, zbytu czy źródeł zaopatrzenia. Z drugiej jednak strony, dla zabezpieczenia efektywności gospodarki unijnej, nie może dopuszczać do konkurencji niekontrolowanej<sup>86</sup>. Z tych też względów określone kategorie porozumień zawieranych między przedsiębiorstwami, decyzji związków przedsiębiorstw oraz dokonywanych przez nie praktyk uzgodnionych, przy spełnieniu odpowiednich przesłanek, uzyskują wyłączenia spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję *ex lege*, na podstawie przepisów odpowiednich rozporządzeń.

Zawierane przez przedsiębiorstwa porozumienia mogą w odpowiednich okolicznościach w sposób pośredni wspierać rozwój gospodarczy, przyczyniając się do pobudzenia współdziałania podmiotów gospodarczych w różnych aspektach procesu gospodarowania lub rozwoju określonych sektorów, tak jak to ma miejsce w sektorze ubezpieczeń<sup>87</sup>. Wyłączenia spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję mogą więc stanowić skuteczny instrument kreowania pożądanej w określonym zakresie współpracy między przedsiębiorstwami<sup>88</sup>. Funkcję pobudzenia tego rodzaju współpracy spełnia również rozporządzenie o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń gospodarczych.

Traktowanie zakazu monopolistycznych porozumień w sposób względny, czyli ustanawianie od niego wyjątków oraz wyłączanie spod niego całych grup porozumień w oparciu

---

85. Art. 9 rozporządzenia nr 267/2010.

86. C. Prieto, *Wpływ prawa wspólnotowego a specyfika francuskiego prawa konkurencji* [w:] M. Buy, H. Lewandowski (red.), *Wpływ prawa wspólnotowego (Unii Europejskiej) na prawo wewnętrzne. Przykład Francji i Polski*, Warszawa 2003, s. 158, D. Lasok, *Zarys prawa Unii Europejskiej. Tom II. Prawo materialne*, Toruń 1998, s. 213.

87. A. Jurkowska, T. Skoczny (red.), *Wyłączenia...*, s. 45.

88. Odnośnie do korzyści, jakie mogą wynikać z określonych typów współpracy przedsiębiorstw sektora ubezpieczeń por. pkt 9 oraz pkt 12, 13 i 14 preambuły rozporządzenia nr 267/2010.

o przepisy odpowiednich rozporządzeń, ma na uwadze kreowanie takich stosunków między przedsiębiorstwami, które mogą nieść za sobą optymalne korzyści gospodarcze. Poprzez współpracę transgraniczną mogą się przyczynić do umacniania i dalszego rozwoju rynku wewnętrznego. Jest zatem, moim zdaniem, rozwiązaniem uzasadnionym.

Działalność ubezpieczeniowa jest działalnością o charakterze gospodarczym, nie ulega więc wątpliwości, że reguły konkurencji stanowiące podstawę gospodarczego funkcjonowania Unii Europejskiej powinny znajdować do niej zastosowanie. Jednocześnie jednak, działalność prowadzoną w sektorze ubezpieczeń gospodarczych uznać należy za działalność o szczególnym charakterze. Stosowanie grupowych wyłączeń od zakazu porozumień ograniczających konkurencję w takich sektorach gospodarki jest, w moim przekonaniu, szczególnie uzasadnione. Działanie reguł konkurencji, a zwłaszcza funkcjonowanie zakazu porozumień ograniczających konkurencję, powinno być na ich gruncie łagodzone. Odpowiednim zaś do tego środkiem wydaje się wprowadzanie rozporządzeń o wyłączeniach grupowych. Dzięki nim przedsiębiorstwa podejmujące niejednokrotnie pożądaną dla rozwoju przedmiotowego sektora, a w konsekwencji całego rynku ubezpieczeniowego Unii Europejskiej, współpracę zyskują pewność, że dostosowując zawierane porozumienia do wymogów wyłączenia i nie zawierając w nich postanowień uznanych za niedozwolone, nie narażą się na zastosowanie wobec nich sankcji z tytułu naruszenia zasad konkurencji. Utrzymanie rozporządzenia o wyłączeniu grupowym stanowi zatem istotne ułatwienie dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych i może się przyczynić do współpracy o pozytywnym znaczeniu dla rozwoju gospodarki unijnej. Zwiększa bowiem pewność prawną podmiotów prowadzących działalność na tym rynku, jak i przyczynia się do ujednoczenia rozwiązań w zakresie dopuszczalnej współpracy na obszarze całej Unii Europejskiej.

Okres obowiązywania drugiego z kolei rozporządzenia Komisji Europejskiej dotyczącego grupowych wyłączeń w zakresie działalności ubezpieczeniowej upłynął z końcem pierwszego kwartału 2010 r. Kwestia jego odnowienia była żywo dyskutowana. Przyjęcie projektu rozporządzenia, a następnie nowego rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń przez Komisję Europejską, świadczy o tym, że unijne organy konkurencji nadal uważają utrzymanie przedmiotowego wyłączenia za potrzebne. Pomimo poważnych wątpliwości dotyczących zasadności dalszego utrzymywania opartego na rozporządzeniu grupowego wyłączenia w sektorze ubezpieczeniowym, które były podnoszone zarówno w doktrynie, jak i wskazywane przez Komisję na etapie przeglądu przedmiotowego wyłączenia, wydanie kolejnego rozporządzenia należy, w świetle wskazanych wyżej korzyści, jakie może przynosić grupowe wyłączenie dla rozwoju sektora ubezpieczeniowego, ocenić pozytywnie. Zaakcentowania wymagają jednak ograniczenia, jakie zostały zastosowane przez Komisję w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia. Zarówno bowiem przedmiot wyłączenia objęty rozporządzeniem, jak i sama konstrukcja rozporządzenia zostały w sposób zasadniczy zmodyfikowane.

Zakres przedmiotowy wyłączeń grupowych w sektorze ubezpieczeniowym został ograniczony, wykluczono z niego bowiem pewne rodzaje współpracy, które objęte były wyłączeniem w świetle rozporządzenia z 2003 r. Wyłączenie zostało obecnie ograniczone do współpracy przedsiębiorstw w zakresie tworzenia zestawień kalkulacji przeciętne-

go kosztu ubezpieczenia oraz tabel śmiertelności, wspólnego przeprowadzania badań dotyczących wpływu okoliczności zewnętrznych na zakres przyszłych roszczeń i do tworzenia grup koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych mających na celu wspólne ubezpieczenia od niektórych rodzajów ryzyka. W świetle rozporządzenia nr 267/2010, nie jest już natomiast objęta wyłączeniem, jak to miało miejsce na gruncie poprzednio obowiązującego rozporządzenia, kooperacja mająca na celu wspólne ustalanie i rozpowszechnianie standardów ogólnych warunków ubezpieczeń oraz wspólne opracowywanie i rozpowszechnianie niewiążących wzorów ilustrujących zyski, jakie miałyby być osiągnięte z umowy ubezpieczenia. Z zakresu dopuszczalnej współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych wyeliminowano także badanie i zatwierdzanie urzędów zabezpieczających, jak i opracowywanie dla nich specyfikacji technicznych, zasad i kodeksów praktyki.

Pewnym zmianom uległy także warunki korzystania z wyłączeń przez przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe podejmujące dopuszczalne rodzaje współpracy. Obowiązek spełnienia tych warunków ma na celu przede wszystkim niedopuszczanie do nadmiernego zakłócania konkurencji, a także niesienie odpowiednich korzyści dla konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Wprowadzone na podstawie nowego rozporządzenia zmiany wpłyną na zakres dozwolonej współpracy przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Po pierwsze, ubezpieczyciele nie będą mogli już korzystać z działającego z mocy prawa wyłączenia porozumień w zakresie tworzenia standardów ogólnych warunków ubezpieczeń oraz badania i zatwierdzania urzędów zabezpieczających. W ten sposób nowe rozporządzenie przyczyni się do zawężenia zakresu możliwej współpracy ubezpieczycieli.

Po drugie, w odniesieniu do funkcjonujących na podstawie rozporządzenia form współdziałania przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, zaostrenie warunków korzystania z dopuszczalnych wyłączeń wpłynie na utrudnienie dozwolonej współpracy ubezpieczycieli. Sformułowany w stosunku do porozumień polegających na wspólnym tworzeniu zestawień, tabel i badań wymóg zagwarantowania organizacjom konsumenckim i stowarzyszeniom klientów dostępu do gromadzonych w ten sposób przez strony porozumienia danych spowoduje, że wskazane podmioty uzyskają kontrolę nad gromadzonymi danymi. Będą w związku z tym miały możliwość skuteczniejszej ochrony praw konsumentów lub innych odbiorców usług ubezpieczeniowych. Zmniejszona w ten sposób możliwość współpracy ma służyć ochronie uprawnień konsumentów korzystających z usług sektora ubezpieczeniowego. Odpowiada to założeniu, zgodnie z którym zapewnienie skutecznej konkurencji na rynku, w tym wypadku ubezpieczeniowym, ma nieść korzyści dla konsumentów. Współpracujące przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe muszą zatem zwrócić uwagę na zapewnienie respektowania nowego warunku współpracy. Ponadto w zakresie współdziałania polegającego na tworzeniu grup koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych ich uczestnicy będą musieli zapewnić przestrzeganie odpowiednich zmienionych progów udziału w rynku.

Zaostrenie warunków możliwej współpracy oznacza nacisk na poprawę warunków konkurencji między współpracującymi podmiotami ubezpieczeniowymi, a w konsekwencji na zwiększenie konkurencji na rynku ubezpieczeniowym. Zwiększenie zaś konkurencji niesie za sobą korzyści dla konsumentów usług ubezpieczeniowych. Z tego też względu nowe rozwiązania zasługują na aprobatę.



W związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeniowym przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe powinny zweryfikować zgodność praktykowanych porozumień z warunkami wskazanymi w rozporządzeniu, zapewnić odpowiednie progi udziału w rynku, a także zagwarantować udostępnianie gromadzonych danych odpowiednim podmiotom. Tym bardziej, że dokonując przeglądu wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń gospodarczych, Komisja położyła nacisk na przeciwdziałanie stosowaniu dozwolonych przepisami porozumień w sposób blankietowy, a więc z wyłączeniem dbałości o zachowanie wymaganych warunków dozwolonej współpracy.

W moim przekonaniu, za zasadną uznać należy, po pierwsze, decyzję Komisji Europejskiej w zakresie wypracowania kolejnego rozporządzenia o wyłączeniach grupowych w sektorze ubezpieczeń gospodarczych. Wydaje się bowiem, że współpraca w zakresie zestawień, tabel, badań, a także tworzenia towarzystw koasekuracyjnych i koreasekuracyjnych, może się przyczynić do usprawnienia działalności przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, a co za tym idzie do oferowania lepszej jakości usług dla konsumentów i innych odbiorców. Zwłaszcza zaś współpraca o charakterze transgranicznym może przyczynić się do rozwoju tego rodzaju działalności gospodarczej na rynku wewnętrznym Unii Europejskiej. Według mojej opinii, wyłączenie o charakterze grupowym powinno nadal ułatwiać współpracę w tym zakresie. Po drugie, uważam za słuszne ograniczenie zakresu dopuszczalnej współpracy wyłączonej spod zakazu i pominięcie w zakresie przedmiotowym wyłączenia współdziałania dotyczącego ustalania standardów ogólnych warunków ubezpieczenia oraz badania i zatwierdzania urządzeń zabezpieczających, które do tej pory objęte były wyłączeniem. Działalność taka nie jest bowiem szczególną cechą sektora ubezpieczeniowego. Współpraca w tym zakresie nie jest już zatem w stanie przyczynić się do rozwoju działalności gospodarczej w sektorze oraz niesienia przeważających nad antykonkurencyjnymi skutkami korzyści dla odbiorców usług, w tym konsumentów. Wobec powyższego nie wymaga ona w sposób konieczny objęcia rozporządzeniem w sprawie wyłączeń grupowych.

Jeżeli chodzi o samą wewnętrzną konstrukcję nowego rozporządzenia, to należy również w sposób pozytywny ocenić fakt, że Komisja zdecydowała się na jej zmianę. Postanowienia przedmiotowego aktu rozpoczynają się bowiem od wskazania legalnych definicji podstawowych pojęć dotyczących wyłączenia w sektorze ubezpieczeń. Stworzono zatem swoisty słowniczek, który ma zastosowanie w odniesieniu do dalszych przepisów rozporządzenia. Ponadto poszczególne rodzaje współpracy przedsiębiorstw objęte wyłączeniem zostały kompleksowo uregulowane w kolejnych rozdziałach rozporządzenia. Układ aktu jest zatem bardziej przejrzysty – obok podanego rodzaju wyłączenia wskazuje się warunki, jakie muszą spełnić przedsiębiorstwa, aby móc z niego skorzystać oraz klauzule czarne, których nie mogą w danym porozumieniu zastosować lub progi udziału w rynku, których nie mogą przekroczyć. Stanowi to również znaczne uproszczenie w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia, które na początku wymieniało poszczególne wyłączenia, w dalszych zaś przepisach wskazywało warunki, jakie w konkretnym stanie faktycznym musiała spełnić współpraca przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, aby mogła zostać objęta wyłączeniem.

## Wykaz źródeł:

- Bell & Bellis, *Competition Law of the European Community*, CCH Europe 2006.
- Brodecki Z., Majkowska S., *Kilka uwag o europejskim prawie ubezpieczeń* [w:] Mik C. (red.), *Prawo gospodarcze Wspólnoty Europejskiej na progu XXI wieku*, Toruń 2002.
- Decyzja Komisji w sprawie *Nuovo Consorzio Centrale Guasi Alle Macchine (Nuovo CEGAM)*, Dz. Urz. L 99/29 z 1984 r.
- Decyzja Komisji w sprawie *P&J Clubs (Protection and Indemnity Clubs)*, Dz. Urz. L 37/62 z 1985 r.
- Decyzja Komisji w sprawie *Feuer Versicherung (Fire Insurance)*, Dz. Urz. L 35/20 z 1985 r.
- Dębowski P., Skoczny T., *Wyłączenia grupowe dla porozumień wertykalnych w sektorze motoryzacyjnym* [w:] Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.
- Fuchs D., *Europejskie prawo ubezpieczeń gospodarczych* [w:] Kowalewski E. (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń 2006.
- Gerard D., „Regulated Competition” in the Automobile Sector, *A Comparative Analysis of Car Distribution System in the US and the EU*, „European Competition Law Review” 9/2003.
- Holmes H., Lennon P., European Authorities Focus on Insurance, *European Competition Law Review* 1/2005.
- [http://ec.europa.eu/competition/consultations/2009\\_insurance/draft\\_regulation\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/competition/consultations/2009_insurance/draft_regulation_pl.pdf).
- [http://ec.europa.eu/comm/competition/antitrust/others/sector\\_inquiries/financial\\_services/interim\\_report\\_24012007.pdf](http://ec.europa.eu/comm/competition/antitrust/others/sector_inquiries/financial_services/interim_report_24012007.pdf).
- <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/596&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>.
- [http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial\\_services/insurance.html#review](http://ec.europa.eu/competition/sectors/financial_services/insurance.html#review).
- Jurkowska A., Skoczny T., *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we wspólnotowym i polskim prawie ochrony konkurencji* [w:] Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.
- Jurkowska A., Skoczny T., *Wyłączenia grupowe i ich stosowanie w państwach członkowskich UE – stan obecny i perspektywy* [w:] Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.
- Komunikat Komisji w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 TfUE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. C 82 z 30.03.2010 r.
- Lasok D., *Zarys prawa Unii Europejskiej. Tom II. Prawo materialne*, Toruń 1998.
- Milligan J., *Revision of Block Exemption Regulation 870/95 on Consortia Agreements*, „European Competition Law Review” 4/2000.
- Monti M., *A time for change? – Maritime competition policy at the crossroads*, Antwerp 2003.
- Nestorowicz M.A., Zużewicz-Wiewiórowska I., *Wyłączenia grupowe dla porozumień w transporcie morskim* [w:] Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.

Prieto C., *Wpływ prawa wspólnotowego a specyfika francuskiego prawa konkurencji* [w:] Buy M., Lewandowski H. (red.), *Wpływ prawa wspólnotowego (Unii Europejskiej) na prawo wewnętrzne. Przykład Francji i Polski*, Warszawa 2003.

Roth W. H., *European Competition Policy for the Insurance Market*, „European Competition Law Review” 2/2000.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 267/2010 z dnia 24 marca 2010 r. w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 83/1 z 30.03.2010 r.

Rozporządzenie Komisji (WE) nr 906/2009 z dnia 28 września 2009 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do określonych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych pomiędzy przedsiębiorstwami żeglugi liniowej (konsorcja), Dz. Urz. L 256 z 29.09.2009 r.

Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1459/2006 z dnia 28 września 2006 r. w sprawie zastosowania art. 81 ust. 3 Traktatu wobec pewnych kategorii porozumień i praktyk uzgodnionych w zakresie konsultacji w sprawie taryf pasażerskich stosowanych w ramach rejsowych połączeń lotniczych oraz przydziału czasu na start lub lądowanie w portach lotniczych, Dz. Urz. L 272 z 03.10.2006 r.

Rozporządzenie Komisji (WE) nr 358/2003 z dnia 27 lutego 2003 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 53/8 z 28.02.2003 r.

Rozporządzenie Komisji nr 3932/92/EWG z dnia 21 grudnia 1992 r. w sprawie stosowania art. 85 ust. 3 Traktatu do niektórych grup porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 398/7 z 31.12.1992 r.

Rozporządzenie Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie reguł konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 Traktatu, Dz. Urz. L 1 z 04.01.2003 r.

Rozporządzenie Rady nr 1534/91/EWG z dnia 31 maja 1991 r. w sprawie stosowania art. 85 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. L 134 z 07.06.1991 r.

Skoczny T., *Sektorowe reguły konkurencji w prawie wspólnotowym* [w:] *Prawo konkurencji Wspólnoty Europejskiej. Źródła, T. II, Reguły sektorowe*, Warszawa 2002.

Skoczny T., *Reguły konkurencji* [w:] Barcz J. (red.), *Prawo Unii Europejskiej. Prawo materialne i polityki*, Warszawa 2005.

Skoczny T., *Wygaśnięcie wyłączeń grupowych dla porozumień w transporcie lotniczym* [w:]

Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.

Stankiewicz R., *Wyłączenia porozumień kooperacji ubezpieczeniowej* [w:] Jurkowska A., Skoczny T. (red.), *Wyłączenia grupowe spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję we Wspólnocie Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2008.

Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji nr 358/2003/WE w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 TWE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, COM 2009, 0138 final.

Wyrok ETS z dnia 27.01.1987 r. w sprawie 45/85 *Verband der Sachversicherer Cv (Vds) v. Komisji WE*, Zb. Orz. [1987] s. 405.

1. Decyzje Komisji Europejskiej

Zużewicz I., *Prawo antymonopolowe* [w:] Brodecki Z. (red.), *Konkurencja*, Warszawa 2004.

## **Insurance Block Exemption in view of European Commission Regulation No. 267/2010 of 24 March 2010 – Summary**

*In the EU law, exceptions from the ban on agreements restricting competition are set by means of block exemption regulations. Since 1992, such regulations have been also issued for the economic insurance sector. However, they are temporary. The regulation on block exemptions from the ban on agreements restricting competition in the economic insurance sector issued in 2003 expired as of the end of the first quarter of 2010. Consequently, the European Commission revised it and assessed operation of the block exemption in this sector, as a result of which it decided to maintain this exemption and then issued another, already the third, exemption regulation. In comparison with the previous exemption, the scope of cooperation of insurance companies exempted from its scope has, however, been narrowed down. What has been excluded was those types of cooperation which are not specific to the insurance sector. Certain changes have also been introduced with respect to terms and conditions of exemptions of allowed types of cooperation between insurers.*

**WIOLETA BARANOWSKA-ZAJĄC** jest doktorantką w Katedrze Europejskiego Prawa Gospodarczego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

Recenzenci: Marek Kurowski, Justyna Orlicka.

**ROBERT KUREK**

## Informacja jako dobro publiczne a nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń

*Rozpatrywanie informacji generowanych w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń dokonywanej przez organy nadzoru, jako dobra publicznego, służy uzasadnieniu tworzenia mechanizmów umożliwiających interesariuszom powszechny i równy dostęp do informacji. W opracowaniu wyodrębnione zostały elementy, które informacjom generowanym w tej ocenie nadają charakter dobra publicznego. Najistotniejsze z nich to te, które ułatwiają dostęp do informacji i zwiększają jej zakres (działania na rzecz wzmocnienia dostępu do informacji na forum UE, jak i w obrębie funkcjonowania zakładów ubezpieczeń, upublicznianie informacji przez organy nadzoru lub wykorzystywanie informacji do sterowania procesami zachodzącymi na rynku ubezpieczeniowym). W procesie oceny dokonywanej przez organy nadzoru status dobra publicznego zyskują nawet te informacje, które „wyjściowo” są dobrem o charakterze rynkowym i mają komercyjny charakter, o ile wybory klientów wykorzystywane są przez organy nadzoru.*

### Wprowadzenie

Ogólny cel interwencji państwa to zapobieganie określonym zagrożeniom dla normalnego toku życia zbiorowego, przeciwdziałanie ich wystąpieniu oraz usuwanie ich skutków poprzez dokonywaną na podstawie – i w granicach prawa – ingerencji w działalność podmiotów sfery zewnętrznej, aby w sposób prewencyjny dokonywać prawnej ochrony pewnego zespołu dóbr<sup>1</sup>. Na rynku ubezpieczeniowym, w ogólnym ujęciu, dobrem chronionym przez państwo jest interes klientów zakładów ubezpieczeń (ochrona przed możliwością utraty pieniędzy). Istniejące regulacje prawne i kompetencje organów nadzoru związane z działalnością zakładów ubezpieczeń rozciągają się także na ochronę innych dóbr. Jednym z nich jest zapewnienie wszystkim zainteresowanym podmiotom (interesariuszom) równego dostępu do informacji na temat nadzorowa-

---

1. R. Stankiewicz, *Nadzór administracyjnoprawny jako forma relacji określająca oddziaływanie państwa na procesy koncentracji przedsiębiorców*, STUDIA IURIDICA XLV/2006, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006, s. 203.

nych podmiotów, stawiając dobro to na równi z innymi o nieograniczonym charakterze.

Celem tego opracowania jest wykazanie, że dzięki nowym regulacjom dotyczącym nadzorowania rynku ubezpieczeniowego – Solvency II i zawartej w jej III filarze dyscyplinie rynkowej o informacji w ramach oceny dokonywanej przez nadzór ubezpieczeniowy można mówić, jako o dobru publicznym, co przekłada się na korzyści dla organów nadzoru, jak i całego rynku ubezpieczeniowego.

## 1. Informacja jako dobro w kategorii ekonomicznej

W ekonomii dobrami określa się wszelkie środki zaspokojenia potrzeb, a więc różnego rodzaju produkty i usługi, zasoby, nierynkowe wyroby, świadczenia niematerialne itd. **Dobra** charakteryzują się dwiema podstawowymi cechami: konsumpcja dobra może być przedmiotem rywalizacji oraz może istnieć możliwość wykluczenia z konsumpcji danego dobra<sup>2</sup>. W oparciu o kryterium publiczności można wyróżnić dobra publiczne i dobra prywatne<sup>3</sup>. **Dobra publiczne** to dobra i usługi służące całemu społeczeństwu. Są one dostarczane poprzez państwo (i inne podmioty publiczne) na zasadach powszechnej dostępności, tzn. dla wszystkich osób. Ich cechy charakterystyczne to brak rywalizacji w konsumpcji i brak mechanizmu wyłączenia z rynku<sup>4</sup>, natomiast **dobra prywatne** cechują się tym, że konsumpcja danego dobra ogranicza lub unieemożliwia jego konsumpcję przez inne osoby (rywalizacja w zakresie konsumpcji) oraz istnieje możliwość wyłączenia z konsumpcji danego dobra, co może być uzależnione od pewnych czynników (np. od zapłaty).

**Informacja jako dobro prywatne** jest „towarem”, „produktem”, „dobrem konsumpcyjnym”, „usługą informacyjną” i może stanowić przedmiot wymiany. We współczesnej gospodarce oraz dla podmiotów rynkowych – obok klasycznych czynników produkcji: pracy, ziemi i kapitału – bywa traktowana, jako czynnik czwarty<sup>5</sup>. Informacja jako towar, będąc przedmiotem transakcji na rynku, polega na przeniesieniu prawa własności (prawa użytkowania czasowego) z jednego podmiotu na inny. Przekazywanie informacji polega na wydzieleniu jej z własnego zasobu wiedzy, który niezależnie od tego jak został ukształtowany może mieć charakter dobra prywatnego<sup>6</sup>. Przekazaniu takiej informacji towarzyszy koszt ponoszony przez jej posiadacza i jest to istotna przesłanka, by informację traktować, jako dobro prywatne. Odbiorca oczekuje wzrostu korzyści wskutek uzyskania informacji i korzyść ta jest decydującym bodźcem do określenia wartości, a więc i ceny informacji.

Z **informacją, jako dobrem publicznym**, można się spotkać na wielu płaszczyznach. Zakres informacji, który powinien być dostępny każdemu użytkownikowi w sposób nieograniczony, można zidentyfikować dla każdego rodzaju działalności społecznej i gospodarczej (np. w odniesieniu do administracji publicznej – informacje na temat

---

2. J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004, s. 150.

3. W.D. Nordhaus, P. A. Samuelson, *Ekonomia – tom II*, PWN, Warszawa 2002, s. 238.

4. D. Begg, S. Fisher, R. Dornbusch, *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2003, s. 468.

5. A. Pomykański, *Zarządzanie innowacjami*, PWN, Warszawa-Łódź 2001, s. 169.

6. S. Forlicz, *Mikroekonomiczne aspekty przepływu informacji między podmiotami rynkowymi*, Wydawnictwo WSB w Poznaniu, Poznań 1996.

obowiązującego systemu podatkowego, zasad stosowania ulg i odliczeń, sposobów prowadzenia ewidencji przychodów i kosztów itp.). Elementarny zakres informacji traktowanej jako dobro publiczne to przede wszystkim szkolnictwo (poziom podstawowy) oraz informacja kulturalna i naukowa, techniczna, ekologiczna i komunalna. Wśród podstawowych informacji niezbędnych obywatelom i podmiotom gospodarczym do realizacji ich praw i obowiązków obywatelskich oraz prowadzenia działalności społecznej i gospodarczej należy zaliczyć także informację polityczną, społeczną i ekonomiczną. Natomiast realizacja przez obywateli i podmioty gospodarcze praw i obowiązków, jako podmiotów prawa, jest możliwa dzięki podstawowej informacji prawnej i organizacyjnej<sup>7</sup>. Przepisami prawa nawet określone jest, że publicznym dostępem do informacji objęte są wszelkie „sprawy publiczne (w tym dokumenty urzędowe), a nie są jej przedmiotem sprawy prywatne lub dokumenty prywatne”<sup>8</sup>. Rozpatrywanie informacji przez pryzmat spełnianych przez nią funkcji: społecznych lub ekonomicznych, pozwala w tych drugich na postrzeganie informacji jako zasób ekonomiczny, którego funkcje ujmują informację m.in. jako dobro wolne i jako dobro publiczne<sup>9</sup>.

Wśród wielu kryteriów podziału na dobra publiczne i prywatne, w kontekście powyższych rozważań, na szczególną uwagę zasługuje cecha braku rywalizacji. Konsumpcja informacji nie ogranicza konsumpcji innym (informacja nie zużywa się) i cecha ta jest jedną z zasadniczych z punktu widzenia dobra publicznego, a możliwość wyłączenia (uzależnienie od zapłaty) jest istotną z punktu widzenia dobra prywatnego. W tym drugim przypadku informacja ma komercyjny charakter i jest obiektem transakcji rynkowych. Można ją dostarczyć odbiorcom tak, jak inne dobra materialne, a możliwość zastosowania systemu cen i fakt reglamentacji informacji implikuje możliwość wykluczenia z konsumpcji tych osób, których nie stać na poniesienie kosztów związanych z pozyskaniem informacji lub jej przetworzeniem. Pomocnym – w odróżnieniu informacji, jako dobra publicznego od prywatnego – jest także kryterium użyteczności (kryterium społeczne), gdzie informacja, jako dobro prywatne ogranicza się najczęściej do jednego lub czasem kilku interesariuszy, natomiast z informacji, jako dobra publicznego, korzyści może osiągać ogół.

## 2. Informacja w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń dokonywanej przez organy nadzoru

Informacja ma swoje odniesienie do określonego stanu rzeczy, tj. przedmiotów, faktów, zdarzeń, zjawisk, związków pomiędzy nimi, a także stanów umysłu i odwzorowuje wszystko to, co jest przedmiotem komunikacji. Informacja jest przeznaczona dla „kogoś” – ma swego odbiorcę, rzeczywistego lub potencjalnego, indywidualnego lub zbiorowego. Możliwość dostępu do różnego rodzaju danych (analiz statystycznych, finansowych, środków przetwarzania danych, odpowiednich narzędzi analitycznych), jak i posiadanie

7. J. Oleński, *Ekonomika informacji*, PWE, Warszawa 2001, ss. 267-268.

8. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198.

9. J. Oleński, *Infrastruktura informacyjna państwa w globalnej gospodarce*, Uniwersytet Warszawski WNE, Warszawa 2006, s. 121.

odpowiedniego poziomu wiedzy pozwala podzielić interesariuszy informacji na temat działalności prowadzonej przez zakłady ubezpieczeń na trzy podstawowe grupy<sup>10</sup>:

- podmioty instytucjonalne posiadające własne zdolności do prowadzenia analiz i formułowania ocen (wyspecjalizowani),
- podmioty instytucjonalne nieposiadające zdolności w zakresie prowadzenia analiz i formułowania ocen,
- osoby fizyczne.

Każdy z interesariuszy, aby mógł podjąć właściwą decyzję o ulokowaniu zasobów – prywatnych czy publicznych, czy też zdecydować o właściwości postępowania (zdecydować, czy nabyć usługę lub też zweryfikować zgodność postępowania z obowiązującym prawem – w przypadku organu nadzoru) – w pierwszej kolejności dokonuje oceny działalności danego podmiotu. Ocena obejmuje szereg czynności i procesów, a wśród ramowych zadań zmierzających do jej przeprowadzenia podkreślany jest element konieczności zgromadzenia informacji pochodzących z wewnątrz ocenianego podmiotu, zebranie informacji ze wszystkich dostępnych źródeł zewnętrznych oraz poznanie jego otoczenia konkurencyjnego oraz makrootoczenia<sup>11</sup>. Ocena działalności jest niezbędnym warunkiem podejmowania decyzji, które by były efektywne – muszą być oparte na informacji, która jest dokładna, a więc dostarczająca wiarygodnego odzwierciedlenia rzeczywistości; aktualna, czyli dostępna w czasie umożliwiającym właściwe działanie; pełna, co oznacza dostarczenie wszelkich potrzebnych faktów i szczegółów oraz odpowiednia – przydatna w szczególnych warunkach i w odniesieniu do szczególnych potrzeb<sup>12</sup>. Innymi słowy funkcja decyzyjna informacji jest realizowana wtedy, gdy informacja jest wystarczająca do podjęcia optymalnych decyzji – w danych warunkach – przez osobę lub jednostkę organizacyjną. Przekłada się to także na decyzje podejmowane w sferze regulacji i nadzoru nad podmiotami rynku finansowego – by były właściwe i zasadne decydent musi dysponować określonym zbiorem informacji o właściwej jakości – z dziedziny, w której ma zostać podjęta decyzja. Aby to było możliwe informacja i procesy informacyjne na rynku ubezpieczeniowym stały się istotnym elementem składowym sfery regulacji.

Źródła informacji umożliwiające ocenę działalności zakładów ubezpieczeń – ze względu na kryterium dostępności – można podzielić na dwie podstawowe kategorie: informacje ujawniane publicznie (dobrowolnie lub obowiązkowo) i sprawozdawczość nadzorczą. **Publiczne ujawnianie informacji** (*public disclosure*) poprawia zdolność uczestników rynku, czyli interesariuszy i ich reprezentantów, do oceny wypłacalności i kondycji finansowej jednostki, a także oceny zdolności zarządu do kontrolowania i zarządzania ryzykiem. Tak definiowana publikacja danych wzmacnia mechanizmy rynkowe i dyscyplinę rynkową, a informacja, która jest częścią publicznego ujawnienia, może być również wykorzystana dla celów nadzorczych<sup>13</sup>. **Sprawozdawczość nadzor-**

---

10. W. Bijak, *Zewnętrzna ocena działalności zakładu ubezpieczeń*, w: *Podstawy ubezpieczeń – przedsiębiorstwo (tom III)* pod red. J. Monkiewiczza, Poltext, Warszawa 2003, s. 290.

11. L. Kowalczyk, *Praktyczne i teoretyczne aspekty badania wiarygodności firmy*, Difin, Warszawa 2006, s. 12.

12. R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 1997, s. 676.

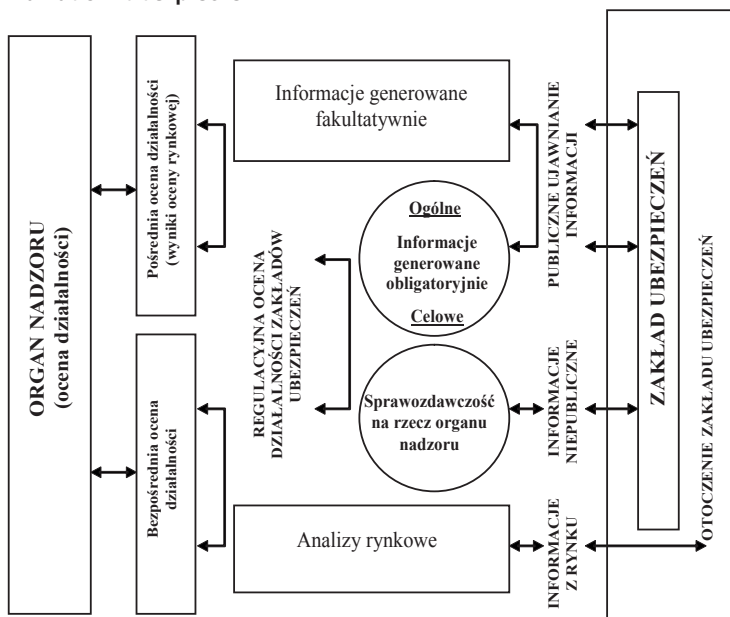
13. *Draft Advice to the European Commission on Supervisory Reporting and Public Disclosure in the Framework of the Solvency II Project. Consultation Paper No. 15*, z dnia 6 listopada



cza (*supervisory reporting*) natomiast składa się ze wszystkich informacji wymaganych do przedłożenia regularnie do celów nadzorczych. W tym kontekście „regularnie” oznacza nie tylko okresowe sprawozdania, ale także informowanie w razie wystąpienia określonych zdarzeń. Zakres informacji został „zestandardyzowany” na forum UE, jednak w szczególnych przypadkach zakres ten może się różnić w zależności od kraju, działu ubezpieczeń lub nawet indywidualnej sytuacji pojedynczego zakładu ubezpieczeń. Zgodnie z założeniami Solvency II sprawozdawczość nadzorcza może także zawierać informacje przygotowane z zewnętrznych źródeł, takich jak audytorzy i aktuariusz<sup>14</sup>.

Wykorzystywane przez organy nadzoru państwowego – do oceny w fazie monitorowania i kontroli stanu istniejącego – zakres informacji przewidziany przez regulacje prawne: raportowanie na rzecz nadzoru (ocena bezpośrednia) oraz wyniki oceny dokonanej przez rynek w ramach informacji publicznie ujawnianych (ocena pośrednia) łącznie umożliwiają nadzorcą ocenę działalności zakładów ubezpieczeń<sup>15</sup>. Graficznie – wraz z innymi źródłami informacji wykorzystywanymi przez organy nadzoru – przedstawione na Schemacie 1.

**Schemat 1. Źródła informacji wykorzystywane przez organy nadzoru w procesie oceny działalności zakładów ubezpieczeń**



Źródło: R. Kurek, „Źródła informacji a regulacyjna ocena działalności zakładów ubezpieczeń”, w: „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 121 – Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka”, red. nauk J. Adamek, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 80.

2006, Komitet Europejskich Organów Nadzoru Ubezpieczeniowego i Funduszy Emerytalnych (CEIOPS), CP-08/06, ss. 5-6.

14. *Ibidem*, s. 6.

15. Ocena działalności, co do przestrzegania procedur i zgodności z istniejącymi regulacjami prawnymi ma miejsce w pierwszej fazie procesu nadzorczego (ocena legalności działania). Dopiero po dokonaniu tej oceny następuje druga faza, czyli możliwość władczego oddziaływania.

W przypadku **informacji z rynku** (analizy rynkowe) przykładem informacji wykorzystywanych przez organy nadzoru mogą być opracowania statystyczne urzędów krajowych lub ponadnarodowych (unijnych), lub inne dane dotyczące poszczególnych rodzajów działalności ubezpieczeniowej, opinie i raporty instytucji rynkowych, raporty agencji ratingowych, itp. Organy nadzoru są także zobowiązane same przeprowadzać analizy rynkowe. **Sprawozdawczość nadzorcza** (*supervisory reporting*) obejmuje regularne informacje celowe, wyłącznie dla nadzoru (*Report to Supervisor*) i może obejmować także informacje szczególne (sprawozdawczość specjalna), będące uzupełnieniem lub uaktualnieniem sprawozdawczości podstawowej<sup>16</sup>. **Fakultatywne publiczne ujawnianie informacji** to m.in. materiały dotyczące oferty zakładu ubezpieczeń, opisy produktów, taryfy. Mogą zostać uzupełnione o dane wewnętrzne zakładu ubezpieczeń oraz dane jakościowe takie, jak strategia zakładu ubezpieczeń, plany marketingowe, czy przebieg procesów biznesowych<sup>17</sup>. Ujawnianie informacji we własnym zakresie jest wskazane i leży w interesie samych zakładów ubezpieczeń, gdyż ustanowione minimalne normy mogą nie zapewnić dostatecznego poziomu przejrzystości na rynku ze względu na ciągłe zmiany. **Obligatoryjne publiczne ujawnianie informacji** obejmuje m.in. prospekty emisyjne, raporty pokontrolne organów nadzoru (publikowane w przypadku spółek publicznych), okresowe sprawozdania finansowe zakładów ubezpieczeń, ogólne warunki ubezpieczeń<sup>18</sup>. Istotnym elementem jest przewidziane przez Solwency II nowe sprawozdanie w ramach publicznego ujawniania<sup>19</sup> pod nazwą „Sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej” (*SFCR – Solvency and Financial Condition Report*). Organ nadzoru ma obowiązek jedynie zweryfikować prawdziwość zawartych

---

16. Uprawnieniem organu nadzoru jest swoboda w określaniu charakteru, zakresu i formatu niezbędnych informacji pozyskiwanych od zakładów ubezpieczeń, a także prawo uzyskania wszelkich informacji dotyczących umów zawartych przez pośredników lub umów zawartych z osobami trzecimi, a także żądania informacji od ekspertów zewnętrznych (biegli rewidenci i aktuariusze).

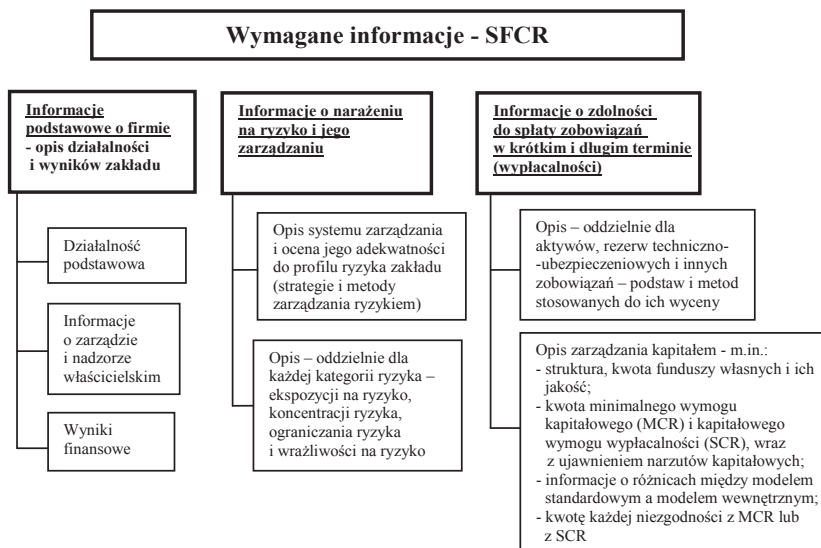
17. W. Jaworski: Rating ubezpieczeniowy, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2002, ss. 64-65.

18. W zależności od rozwiązań krajowych ogólne warunki ubezpieczeń mogą, ale nie muszą być przedmiotem obowiązkowej sprawozdawczości na rzecz nadzoru. W pierwszym przypadku stanowić będą specyficzną kategorię źródeł informacji, bowiem znajdą się w grupie „sprawozdawczość na rzecz nadzoru” i równocześnie będą przedmiotem informacji ujawnianych publicznie obligatoryjnie. Ocena działalności dokonana przez organ nadzoru nastąpi zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni. Jeśli zakłady ubezpieczeń nie mają obowiązku przekazywania ogólnych warunków ubezpieczenia, jako elementu sprawozdawczości nadzorczej – wówczas znajdą się tylko w grupie informacji ujawnianych publicznie obligatoryjnie i ocena dokonana przez nadzór nastąpi w sposób pośredni.

19. W pierwszej dekadzie XXI w. na forum Unii Europejskiej podjęto szereg działań na rzecz wzmocnienia dostępu do informacji, które z założenia mają umożliwić lepszą ocenę działalności podmiotów sektora finansowego. Wiążą się głównie z określeniem nowych obowiązków informacyjnych, ale także i doprecyzowaniem już istniejących. Wśród najważniejszych i jednocześnie pośrednio powiązanych z działalnością zakładów ubezpieczeń można wyróżnić: nałożenie nowych obowiązków informacyjnych na banki w ramach III filaru (Dyrektywy CRD); standaryzacja wymogów informacyjnych stawianych emitentom papierów wartościowych (Dyrektywa: 2003/71/EC oraz 2004/109/EC); poprawa porównywalności sprawozdań finansowych poprzez wdrożenie Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej, poprawa rzetelności publikowanych danych dzięki zwiększeniu odpowiedzialności menedżerów (Dyrektywa 2006/46/EC) i inne.

w nim danych, natomiast sprawozdanie adresowane jest głównie do podmiotów zewnętrznych (ogół interesariuszy). Aby sprostać wymaganiom stawianym przez nowy system oceny wypłacalności (Solvency II), zakłady ubezpieczeń muszą udostępnić interesariuszom w ramach tego sprawozdania trzy grupy informacji, które zostały przedstawione na Schemacie 2.

**Schemat 2. Zakres informacji o działalności zakładów ubezpieczeń podlegających publicznemu ujawnieniu w Solvency II – Sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej (SFCR)**



*Źródło: opracowanie własne.*

Podstawowe informacje o firmie – działalność zasadnicza, informacje o zarządzających i wyniki finansowe są koniecznym minimum, które interesariusze powinni otrzymać, by informację móc traktować jako dobro publiczne. Strategie i metody zarządzania ryzykiem oraz informacje na temat pozycji finansowej umożliwiają ocenę działalności zakładu ubezpieczeń i ryzyk tkwiących w tej działalności w pełniejszym wymiarze. Publiczne ujawnianie informacji konieczne jest do wsparcia przejrzystości rynku i dyscypliny rynkowej. Filar trzeci Solvency II<sup>20</sup> opiera się na założeniu, iż rynki dysponują mechanizmem dyscyplinującym, który powinien wspierać działania nadzoru (uczestnicy rynku ubezpieczeniowego mogą uzupełniać wysiłki nadzorców w procesie oceny działalności). Jak już wcześniej wspomniano dyscyplina rynkowa może funkcjonować tylko wtedy, gdy uczestnicy mają dostęp do aktualnej i wiarygodnej informacji, która umożliwi im ocenę działalności danego podmiotu. W ten sposób definiowana przejrzystość jest

20. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Solvency II.

kluczem do traktowania informacji w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń dokonywanej przez organy nadzoru, jako dobro publiczne (o czym szerzej w punkcie 3.), a także nakłada się na zapewnienie organom nadzoru, jak i innym uczestnikom rynku ubezpieczeniowego pełnej informacji o funkcjonowaniu zakładów ubezpieczeń, co zapewnia bezpieczny i stabilny rozwój tego rynku (o czym w punkcie 4.).

### **3. Informacja w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń jako dobro publiczne**

Jak zostało zaznaczone na wstępie informacje umożliwiające ocenę działalności zakładów ubezpieczeń są dobrami, które nie mają generalnych stałych cech dobra prywatnego lub dobra publicznego. Kilka cech przemawia za tym, by traktować ją jednak jako dobro publiczne albo przynajmniej – jako „specyficzne” dobro publiczne. Wynika to już chociażby z faktu, że jest ona przedmiotem szczególnego zainteresowania państwa<sup>21</sup> i nawet w krajach, w których struktury społeczne i gospodarcze są wysoce zliberalizowane, podlega jego ścisłej kontroli wraz z określeniem jej zakresu, języka, miejsca, czasu i formy udostępniania<sup>22</sup>.

W ujęciu kryterium ekonomicznego (odpłatność) informacja wykorzystywana przez organy nadzoru w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń nie jest wprawdzie finansowana z funduszy publicznych (czyste dobro publiczne), ale państwo przyjmuje regulacje zobowiązujące zakłady ubezpieczeń do ponoszenia wydatków w celu generowania informacji na potrzeby organów nadzoru, jako zapewnienia równego dostępu do informacji na temat ich funkcjonowania wszystkim interesariuszom („specyficzne” dobro publiczne)<sup>23</sup>.

Kryterium alokacji również dowodzi, że informację dostępną organom nadzoru w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń można traktować, jako dobro publiczne. Dobro jest dobrem rynkowym, gdy jego dystrybucja dokonuje się na zdecentralizowanych rynkach. Gdy o jego alokacji decyduje decyzja polityczna lub decyzja publiczna podjęta na drodze publicznego wyboru jest dobrem kolektywnym (publicznym)<sup>24</sup>. W regulacjach unijnych można zaobserwować tendencję do rozszerzania się zakresu udostępnianych informacji w wielu dziedzinach życia – zarówno w sferze administracji publicznej, jak i w obszarach stanowiących wcześniej domenę prawa prywatnego. Do drugiej grupy zaliczyć należy informacje dostępne organom nadzoru ubezpieczeniowego w ramach nowych reguł oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń (Solvency II).

---

21. J. Oleński, *Ekonomika...*, *op.cit.*, s. 242.

22. Demokratyczne i wysoko rozwinięte państwa zamieszczają w odpowiednich przepisach prawnych informacje, które powinny być dobrami publicznymi. Podstawowe elementy związane z informacją (zakres, język, miejsce, czas, forma udostępniania) są dostosowane do potrzeb i możliwości jej odbiorców oraz interpretacji przez użytkownika finalnego. J. Oleński, *Ekonomika...*, *op.cit.*, s. 265.

23. Znaczącym przykładem takiego postępowania mogą być rozwiązania przyjęte w Nowej Zelandii, gdzie firmy ubezpieczeniowe zobowiązane są poddawać się ocenie ratingowej na własny koszt i mają obowiązek upubliczniać informację na temat uzyskanej noty.

24. W.D. Nordhaus, P.A. Samuelson, *Ekonomia...*, *op.cit.*, s. 238.

Spełnienie społecznego kryterium traktowania informacji jako dobra publicznego ma miejsce w przypadku tej części informacji, która wynika z nałożonego na zakłady ubezpieczeń obowiązku publicznego ujawniania informacji o ich sytuacji finansowej. Ustalony szeroki zakres, praktycznie niczym nieskrępowana dostępność i przypisanie informacjom określonych cech nadaje jej charakteru publicznej użyteczności. Jest ona wprawdzie adresowana do ogółu interesariuszy, jednak do oceny działalności zakładów ubezpieczeń może być także wykorzystywana przez organy nadzoru.

Jako że organ nadzoru wykorzystuje wyniki oceny rynkowej, nawet ta część informacji, która ma prywatny charakter (finansowana jest z funduszy prywatnych), może nabrać publicznego charakteru i być wykorzystana przez organy nadzoru – wymaga to jednak szerszego wyjaśnienia. Konsekwencją publicznej części natury informacji w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń jest to, że interesariusze mogą uzyskać do niej dostęp bez konieczności płacenia za nią. Jest to możliwe tak długo, dopóki ktoś posiadający daną informację będzie chciał (lub musiał, jeśli podlega to uregulowaniom prawnym) udostępnić ją bezpłatnie innym. Z racji tego, że interesariusze nie mają bodźców do zapłaty za informację (skoro mogą otrzymać ją za darmo), informacja jako dobro publiczne pozostaje w sprzeczności z informacją, jako dobro prywatne. Sprzeczność polegająca na tym, że konsumpcja dóbr publicznych automatycznie ogranicza konsumpcję dóbr prywatnych nie oznacza jednak, iż na rynku nie istnieje potrzeba występowania pośredników (maklerów) informacji oferujących komercyjną usługę informacyjną. Ich obecność jest nawet wskazana, bowiem informacja jako dobro publiczne powszechnie utożsamiana jest z pełną informacją. Jest to jednak tylko pewien skrót myślowy – nie każda informacja daje zawsze efekt pełnej wiedzy o danym podmiocie. Występuje tylko prawdopodobieństwo uzyskania tego efektu, ponieważ ostateczny rezultat wynika z wielu czynników, a jednym z nich jest zdolność do przetworzenia informacji. W pewnych przypadkach konsumpcja informacji nie zmienia stanu wiedzy, a niekiedy nawet może okazać się szkodliwa, pogłębiając lub tworząc problemy natury interpretacyjnej. Wielorakie uwarunkowania związane z zakresem informacji powodują, że wystąpienie indywidualnych potrzeb informacyjnych i popyt na zbiory informacji na temat działalności zakładów ubezpieczeń nie jest jednorodny, a system zapewnia dostęp do informacji standardowych. Stąd też na rynku pojawia się wręcz konieczność zaistnienia specjalistów i ekspertów, którzy za opłatą udzielają rad i przekazują przetworzone informacje zainteresowanym podmiotom (cennym jest również ograniczenie zakresu informacji zbędnej i niepotrzebnej). Tym samym specjaliści ci biorą udział w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń wspierając decyzje swoich klientów ekspercką wiedzą i przenosząc ją na dokonywane przez klientów wybory<sup>25</sup>. Oczywiście mechanizm taki istniał i istnieje na rynku ubezpieczeniowym cały czas, jednak skala zjawiska nie była i nie jest duża, a dopiero poszerzenie zakresu upublicznionej informacji przełoży się na ułatwienia dla organów nadzoru. Informacje o zakładach ubezpieczeń, które „wyjściowo” miały charakter prywatny, przekształcają się tym samym w dobro publiczne, wykorzystywane przez organy nadzoru w dokonywanej ocenie działalności zakładów ubezpieczeń.

---

25. Ekspercką oceną informacji mogą zajmować się agencje ratingowe, podmioty zajmujące się zawodowo doradztwem finansowym i ubezpieczeniowym, wyspecjalizowane komórki analityczne przedsiębiorstwa, organizacje konsumenckie itd.

Także informacja przeznaczona wyłącznie dla organu nadzoru (sprawozdawczość nadzorczą) w pewnych sytuacjach może nabrać publicznego charakteru. Nadzór – posiadacz prywatnej informacji (tylko do niego adresowanej) – może informacje celowo upubliczniać w celu odniesienia „publicznych” korzyści (jego „prywatne” korzyści tu nie występują). Ma to miejsce w odniesieniu do prawa nadzoru do upublicznienia informacji o tych spółkach, których sytuacja finansowa jest „wątpliwa” (a spółka wcześniej takiej informacji nie upubliczniła – mimo że była do tego zobowiązana). Informacja taka z założenia ma być dostępna wszystkim interesariuszom, co pozwala na potraktowanie jej jako dobra publicznego.

#### **4. Znaczenie informacji w ocenie nadzorczej traktowanej jako dobro publiczne**

Traktowanie informacji jako dobra publicznego wiąże się ze zwiększaniem zakresu dostępnej informacji, nieograniczaniem jej ewentualnej konsumpcji, a także przyczynia się do ułatwień w swobodnym dostępie do niej wszystkim interesariuszom, co mogą i wykorzystują organy nadzoru, a korzyści z takiego stanu rzeczy rozciągają się na wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego.

Tworząc przepisy dotyczące zakresu upubliczniania informacji państwo występuje w roli fachowca, który jako decydent określa, jakie informacje są niezbędne do właściwej oceny działalności i określa niezbędne ku temu źródło. W ujęciu rynkowym podmioty gospodarcze, organizacje, jako wyspecjalizowani odbiorcy informacji, z założenia dobrze znają swoje potrzeby informacyjne i mają wiedzę na temat zakresu niezbędnych do wykonywania podstawowych funkcji i działań informacji. Sytuacja wygląda inaczej w przypadku niewyspecjalizowanych odbiorców. Dla nich – w sferze regulacji – określono dokładnie, jaka informacja może być im niezbędna do podejmowania decyzji i gdzie ją znaleźć. Poszerza się tym samym grono podmiotów, które mając właściwe źródło informacji są w stanie podejmować właściwe decyzje, a „właściwe wybory” przekładają się na wyniki oceny rynkowej wykorzystywanej przez organy nadzoru.

By zapobiec sytuacjom, w których interesariusze nie będą mieli możliwości weryfikacji jakości informacji albo sytuacjom, w których na rynek dostarczana jest informacja nieprawdziwa – powołane zostały specjalne instytucje nadzorcze i ustanowione regulacje uwierzytelniające informacje, które są generowane i przekazywane organom nadzoru i opinii publicznej (standardy informacyjne). Prawem uregulowany zakres informacji uniemożliwia manipulowanie i sterowanie odbiorcą w związku z czym oddala się zagrożenie, że odbiorca niejednoznacznie zidentyfikuje informację. Publiczny charakter informacji „zobowiązuje” do jej wiarygodności, rzetelności i upublicznienia w odpowiednim czasie, w czym czynny udział biorą organy nadzoru i na czym korzystają wszyscy interesariusze dokonujący oceny działalności zakładów ubezpieczeń.

Organ nadzoru mają prawo żądać informacji dodatkowych i szczegółowych, także sporządzanych w specjalnej formie, bądź układach. Umożliwia to wykorzystanie informacji do sterowania procesami na rynku ubezpieczeniowym, a także do wymuszania określonych i pożądaných zachowań na nadzorowanych podmiotach (np. prawo żądania planu naprawczego). Mogą także nakazać upublicznienie pewnych informacji –

wprawdzie niekorzystnych z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń, ale istotnych z punktu widzenia oceny działalności dokonywanej przez interesariuszy.

Traktowanie informacji na temat sytuacji finansowej firm ubezpieczeniowych jako dobra publicznego chroni również słabiej przygotowanych interesariuszy (niewyspecjalizowanych odbiorców informacji, gorzej wykształconych, uboższych) przed brakiem dostępu do podstawowych informacji umożliwiających realizację informacyjnych praw obywatelskich<sup>26</sup>. Wprawdzie faktyczna równość dostępu do informacji jest trudna do osiągnięcia, to dzięki publicznym regulacjom zapewniona jest przynajmniej równość formalna. Gdy państwo nakłada wymóg wytworzenia i udostępnienia informacji, to zwiększa tym samym zakres dostarczanej informacji<sup>27</sup>. To z kolei poprawia warunki do podejmowania właściwych decyzji, ułatwia zdolność dostosowania się do nowych sytuacji i prognozowania przyszłości, a także umożliwia dokonywanie efektywnej alokacji rynkowej, co w konsekwencji przyczynia się do niezakłóconego asymetrią informacyjną rozwoju rynku ubezpieczeniowego.

Nałożony na zakłady ubezpieczeń obowiązek podawania do wiadomości publicznej pełniejszych i rzetelniejszych informacji (opisane w pkt. 2) z założenia ma umożliwić zainteresowanym uczestnikom rynku dokonanie właściwej oceny działalności i ryzyk tkwiących w tej działalności, a dzięki udostępnianiu informacji możliwe jest efektywne, komplementarne współdziałanie oceny nadzorczej i oceny rynkowej. Wprawdzie element ten już był w opracowaniu omawiany, jednak wymaga szczególnego podkreślenia, bowiem ma istotne znaczenie dla długoterminowej stabilności całego sektora ubezpieczeniowego, a świadomość oceniania także przez uczestników rynku (nie tylko przez nadzór) stanowi silny bodziec dla zarządzających zakładem ubezpieczeń (efekt „patrzenia na ręce”), motywującym do skutecznej identyfikacji, oceny i monitorowania ryzyk, poprawy metodologii zarządzania i wewnętrznych mechanizmów kontrolnych, co przekłada się na prowadzenie działalności w sposób bezpieczny, sprawny i skuteczny.

Gdyby oceny działalności podmiotów gospodarczych miał dokonywać tylko rynek, to ten mógłby okazać się zawodny. Zawodne okazać się mogą również organy nadzoru państwowego, co podkreśla się w przyczynach ostatniego kryzysu gospodarczego na świecie. Koncepcja zakładająca, że ocena działalności zakładu ubezpieczeń dokonywana jest zarówno przez organy nadzoru, jak i przez otoczenie rynkowe („dyscyplina rynkowa”), wymusza na regulatorach rynku traktowanie informacji jako dobra publicznego. Sprzyja to wzrostowi publicznego zaufania do firm ubezpieczeniowych, a celem wzmocnienia tego elementu – prawdziwość i rzetelność przekazywanych interesariuszom informacji – jest sprawdzana i weryfikowana przez organy nadzoru ubezpieczeniowego. W takiej sytuacji następuje efekt sprzężenia zwrotnego, co jest korzystne zarówno dla podmiotów nadzorowanych i nadzorujących, jak i dla całego rynku ubezpieczeniowego.

- 
26. „Każdy obywatel ma prawo do rzetelnej, weryfikowalnej i aktualnej informacji, jaka jest mu potrzebna do życia i funkcjonowania w społeczeństwie i państwie, a ograniczanie, utrudnianie dostępu, przekazywanie informacji nieprawdziwej, nierzetelnej i dezinformowanie jest naruszeniem lub wręcz łamaniem fundamentalnych praw człowieka, a państwo i jego instytucje zobowiązane są do zapewnienia wszystkich informacji, jakie wynikają z jego praw i jakie są potrzebne do pełnego korzystania z nich”. J. Oleński, *Infrastruktura...*, *op.cit.*, ss. 50-51.
27. A. Surdej, *Władza informacji – polityki publiczne w świetle nowoczesnych funkcji państwa*, „Dialog” 2008/4 (21), ss. 70-71.

## Podsumowanie

Fakt, że informacja stanowi „dobro”, nie ulega wątpliwości. Informacja – w rozumieniu ekonomicznym – jest towarem. Można bezpośrednio uczynić ją przedmiotem wytwarzania lub wymiany. Jest także wypadkową wielu różnych czynników społecznych i gospodarczych, zarówno tych poddających się, jak i nie poddających się kontroli i skutecznemu sterowaniu, stając się dobrem publicznym.

Informacja generowana w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń i wykorzystywana przez organy nadzoru jest specyficznym przykładem dobra publicznego. Nie jest przedmiotem rywalizacji, ale i nie jest możliwe wykluczenie z jej konsumpcji. Z informacji takiej jednocześnie może korzystać wielu interesariuszy a jej konsumpcja przez kolejną osobę nie wiąże się z żadnym dodatkowym kosztem<sup>28</sup>. Informacja ta jest powszechnie dostępna (nie jest reglamentowana), bowiem w celu uporania się z niepewnością i brakiem informacji dla interesariuszy Państwo zniósł ewentualne finansowe bariery z możliwości korzystania z niej. O alokacji informacji decyduje wola polityczna i wprawdzie jej generowanie nie jest finansowane z funduszy publicznych, to jednak państwo przyjmuje regulacje zobowiązujące indywidualne podmioty (zakłady ubezpieczeń) do ponoszenia wydatków w celu zapewnienia równego dostępu do informacji. I Państwa także angażują się w tworzenie i utrzymywanie informacyjnych systemów infrastrukturalnych, których podstawową funkcją jest gromadzenie i udostępnianie informacji, a proces ten jest potęgowany i ułatwiany dzięki rozwojowi technologii informacyjnych. Dla niewyspecjalizowanych odbiorców informacji państwo występuje w roli fachowca, który jako decydent precyzuje zakres niezbędnej informacji i określa niezbędne ku temu źródło, a w celu weryfikacji prawdziwości informacji powołuje specjalne instytucje nadzorcze i ustanawia regulacje uwierzytelniające informacje (standardy informacyjne) celem ograniczenia możliwości manipulowania i sterowania odbiorcą. Organy nadzoru dokonując oceny działalności zakładów ubezpieczeń mogą również wykorzystać informację do sterowania procesami na rynku ubezpieczeniowym lub wymuszać określone zachowania na zakładach ubezpieczeń.

Specyficzny charakter informacji generowanych w ocenie działalności zakładów ubezpieczeń pozwala nawet te informacje, które są dobrem o charakterze rynkowym (pochodzą od profesjonalnych usługodawców) i mają komercyjny charakter – pośrednio także potraktować jako dobro publiczne, bowiem wybory klientów dla organu nadzoru są jednymi z istotniejszych w procesie dokonywanej oceny działalności. O informacji w wymiarze dobra publicznego można również mówić, gdy organ nadzoru upublicznia informacje tylko do niego adresowane (np. o kłopotach finansowych zakładu ubezpieczeń) uzyskując tym samym efekt „publicznych” korzyści. W obu przypadkach występują istotne efekty zewnętrzne – pojawiają się korzyści dla wszystkich zaangażowanych stron i w ujęciu informacji traktowanej jako dobro publiczne stanowią wartość dodaną istniejących regulacji.

Zasada publicznego charakteru informacji na temat działalności zakładów ubezpieczeń w mniejszym lub większym stopniu funkcjonowała od czasów zaistnienia instytu-

---

28. Oczywiście mogą się pojawić opłaty za wykorzystanie nośników informacji, ale nie wiąże się to z opłatą za jej treść.



cji nadzoru i zasadność obywatelskiego prawa do informacji nie była kwestionowana ani ograniczana. Informacja rozpatrywana w obszarze oceny działalności zakładów ubezpieczeń – dzięki nowym regulacjom na forum całej UE, a także w obszarze rynku ubezpieczeniowego (Solvency II) – „pełniej” realizuje prawo do traktowania jej jako dobra publicznego, a dostęp do właściwej i stosownej informacji działa na rzecz zniewelowania rynkowej asymetrii informacji i jest jednym z podstawowych warunków właściwego funkcjonowania rynków.

## Wykaz źródeł:

- Begg D., Fisher S., Dornbusch R., *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2003.
- Bijak W., *Zewnętrzna ocena działalności zakładu ubezpieczeń*, w: *Podstawy ubezpieczeń – przedsiębiorstwo (tom III)* pod red. J. Monkiewicza, Poltext, Warszawa 2003.
- Draft Advice to the European Commission on Supervisory Reporting and Public Disclosure in the Framework of the Solvency II Project. Consultation Paper No. 15*, z dnia 6 listopada 2006, Komitet Europejskich Organów Nadzoru Ubezpieczeniowego i Funduszy Emerytalnych (CEIOPS), CP-08/06.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Solvency II.
- Forlicz S., *Mikroekonomiczne aspekty przepływu informacji między podmiotami rynkowymi*, Wydawnictwo WSB w Poznaniu, Poznań 1996.
- Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 1997.
- Jaworski W.: *Rating ubezpieczeniowy*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2002.
- Kowalczyk L., *Praktyczne i teoretyczne aspekty badania wiarygodności firmy*, Difin, Warszawa 2006, s. 12.
- Kurek R., *Źródła informacji a regulacyjna ocena działalności zakładów ubezpieczeń*, w: *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 121 – Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, red. J. Adamek, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010.
- Nordhaus W.D., Samuelson P.A., *Ekonomia – tom II*, PWN, Warszawa 2002.
- Oleński J., *Ekonomika informacji*, PWE, Warszawa 2001.
- Oleński J., *Infrastruktura informacyjna państwa w globalnej gospodarce*, Uniwersytet Warszawski WNE, Warszawa 2006.
- Pomykalski A., *Zarządzanie innowacjami*, PWN, Warszawa-Łódź 2001.
- Stankiewicz R., *Nadzór administracyjnoprawny jako forma relacji określająca oddziaływanie państwa na procesy koncentracji przedsiębiorców*, STUDIA IURIDICA XLV/2006, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004.
- Surdej A., *Władza informacji – polityki publiczne w świetle nowoczesnych funkcji państwa*, „Dialog” 2008/4 (21).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198.

## **Information as public domain vs supervision of the activity of insurance companies – Summary**

*The aim of considering the information generated in the assessment process of the activity of insurance companies by supervisory authorities as public domain is to justify development of mechanisms which enable stakeholders universal and equal access to information. The paper lists elements which give the information generated in this assessment the public domain status. The most important ones are those which facilitate access to information and increase its scope (actions aimed at improving access to information on the EU-level, as well as within insurance companies, publication of information by supervisory authorities or using information to control processes taking place on the insurance market). What acquires the public domain status during the assessment process carried out by supervisory authorities is even this information which "initially" has market and commercial nature, provided that clients' choices are used by supervisory authorities.*

**ROBERT KUREK** jest pracownikiem naukowym w Katedrze Finansów i Rachunkowości Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, na Wydziale Gospodarki Regionalnej i Turystyki w Jeleniej Górze.

Recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Handschke, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

TERESA H. BEDNARCZYK

## Powiązania sektora ubezpieczeń z systemem finansowym i sferą realną gospodarki

*Artykuł prezentuje rozważania dotyczące relacji, jakie zachodzą pomiędzy sektorem ubezpieczeń, który staje się coraz bardziej zintegrowany z pozostałymi elementami systemu finansowego, a sferą realną gospodarki. Dostępność usług ubezpieczeniowych jest nieodzowna dla stabilizacji gospodarczej i społecznej. Ubezpieczyciele, podobnie jak banki i rynek finansowy, zaspokajają potrzeby gospodarstw domowych i przedsiębiorstw z zakresu pośrednictwa finansowego. Instytucje ubezpieczeniowe gromadzą składki i różne formy funduszy rezerwowych, które następnie inwestują na rynku finansowym. Odgrywają zatem ważną rolę we wzroście gospodarczym poprzez zwiększanie wewnętrznego przepływu środków pieniężnych i obrotów na rynku kapitałowym.*

*W opracowaniu starano się wykazać, że towarzystwa ubezpieczeniowe stanowią odrębną kategorię instytucji finansowych, o specyficznych właściwościach wynikających głównie z natury ubezpieczeń. Pełnią w gospodarce funkcje uznane za pierwotne, takie jak: transfer i finansowanie ryzyka, promowanie stabilności finansowej, pomoc w redukcji i łagodzeniu strat losowych, dywersyfikacja i zarządzanie ryzykiem, kolektywne pokrywanie ryzyka. Redukują wpływ skutków finansowych różnych zdarzeń losowych, zarówno na poziomie mikro-, jak i makroekonomicznym.*

*Pomimo swej odrębności instytucje ubezpieczeniowe są mocno osadzone w systemie finansowym gospodarki i współuczestniczą w funkcjach pełnionych przez cały system finansowy, którego główną rolą jest kierowanie zasobów od oszczędzających do inwestorów. Sektor finansowy usprawnia alokację zasobów w gospodarce, mobilizuje oszczędności, obniża koszty transakcyjne, dostarcza płynności. Instytucje ubezpieczeniowe odgrywają ważną rolę w pełnieniu tych funkcji i w ten sposób oddziałują na wzrost i rozwój społeczno-gospodarczy.*

### Wprowadzenie

System finansowy jest jednym z obszarów, który w wyniku globalnego rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnej przeszedł wyraźną transformację. Deregulacja instytucji finansowych oraz innowacje finansowe wprowadzone w ostatnich dwóch dekadach XX w. przyczyniły się do rozwijania nowych procesów (np. sekurytyzacji) i nowych instrumentów finansowych. Postęp technologiczny pozwolił na obniżenie kosztów przetwarzania informacji, usprawnił przeprowadzenie nowoczesnych transakcji finan-

sowych dzięki czemu wycena i wymiana instrumentów finansowych stały się możliwe na skalę globalną.

Instytucjonalne podejście w teorii finansów znajduje coraz mniejsze uzasadnienie. Szybko postępująca integracja różnych funkcji finansowych w różnych podmiotach implikuje konieczność funkcjonalnego podejścia do współczesnych instytucji finansowych i ich usług, niezależnie od tego, jaki jest status formalnoprawny tych instytucji<sup>1</sup>. Struktury instytucjonalne wraz a upływem czasu diametralnie się zmieniają, szybciej niż funkcje które pełnią. Deregulacja nakierowana na znoszenie sztucznych barier między różnymi rodzajami pośrednictwa finansowego i usług finansowych sprawiła, że w sektorze finansowym zachodzą coraz to większe współzależności na bazie produktów i rynków. Postępujące procesy integracji pomiędzy sektorem ubezpieczeniowym, bankowym i rynkiem kapitałowym świadczą o tym, że tradycyjna rola pośredników finansowych wyraźnie się zmienia, a granice pomiędzy standardową działalnością banków, ubezpieczycieli czy funduszy zbiorowego inwestowania, stają się coraz mniej ostre. Taka działalność jak: zarządzanie ryzykiem czy gromadzenie oszczędności, jest domeną zarówno wielu rodzajów pośredników finansowych, jak i rynków finansowych.

Przykładem powyższego może być stopniowa ewolucja funkcji instytucji ubezpieczeniowych w świecie, które konkurują z innymi pośrednikami finansowymi, zwłaszcza na dwóch obszarach: zarządzania portfelem inwestycji na zlecenie (polisy z funduszami kapitałowymi) oraz finansowania przedsięwzięć gospodarczych przez nabywanie instrumentów finansowych, udzielanie pożyczek oraz gwarancji finansowych. W ostatnich dekadach sektor ubezpieczeń przejmuje wiele zachowań typowych dla pozostałych pośredników finansowych. Instytucje ubezpieczeniowe emitują innowacyjne instrumenty finansowe, oparte na zobowiązaniach ubezpieczeniowych. W ten sposób transferują ryzyko ubezpieczeniowe na rynek kapitałowy. Transformacji ulegają także rynki kapitałowe, na których oprócz transferu kapitału, dokonuje się również transfer ryzyka, będący wcześniej domeną rynku ubezpieczeniowego. Umowy terminowe typu *forward* pełnią funkcje podobne jak umowy ubezpieczeniowe, gdyż redukują potencjalne straty z powodu różnego rodzaju ryzyka, na jakie narażeni są zarówno sprzedawcy, jak i nabywcy towarów i usług.

Głównym celem opracowania jest omówienie powiązań jakie zachodzą pomiędzy sektorem ubezpieczeń, pozostałymi elementami systemu finansowego oraz sferą realną gospodarki. Instytucje ubezpieczeniowe, podobnie jak banki i rynek finansowy, współuczestniczą w funkcjach pełnionych na rzecz sfery realnej gospodarki. Poprzez mobilizowanie oszczędności i kierowanie strumieni finansowych na rynek kapitałowy i finansowanie znacznej części przedsięwzięć inwestycyjnych, stymulują wzrost gospodarczy. Z drugiej zaś strony ubezpieczyciele nie generują ryzyka systemowego. Poprzez swoją konserwatywną (ostrożną) politykę inwestycyjną mogą przyczyniać się do stabilizacji rynków finansowych<sup>2</sup>. Model biznesowy ubezpieczycieli i banków jest odmienny,

- 
1. K. Jajuga, *Czy ukształtuje się nowy paradygmat finansów?*, [w:] *Ku nowemu paradygmatowi nauk o finansach*, „Zeszyty Naukowe” nr 144, red. W. Frąckowiak, J. Szambelańczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 96.
  2. A. Sopoćko, *Innowacje sektora ubezpieczeń na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2, s. 17.

inny jest też profil ryzyka działalności operacyjnej obu instytucji, a także ich podstawowa oferta produktowa<sup>3</sup>.

Główna teza opracowania brzmi: zakłady ubezpieczeń stanowią szczególną kategorię instytucji finansowych, o właściwościach wynikających głównie z natury ubezpieczeń, jako specyficznej dziedziny działalności gospodarczej; są one dość mocno osadzone w systemie finansowym gospodarki, pełnią tam ważną rolę i współuczestniczą w funkcjach pełnionych przez ten system; w ten sposób przyczyniają się do bardziej efektywnego procesu alokacji zasobów w gospodarce i oddziałują na wzrost i rozwój gospodarczy.

## 1. System finansowy – zagadnienia terminologiczne

Problematyka systemu finansowego zajmuje ważne miejsce w teorii pieniądza i finansów. W literaturze przedmiotu znaleźć można kilka odmiennych ujęć analitycznych tego zagadnienia<sup>4</sup>. W świetle podejścia instytucjonalnego, które dominuje, system finansowy określany jest jako „zespół powiązanych reguł i instytucji, umożliwiający dokonywanie przepływów pieniężnych między podmiotami posługującymi się pieniądzem”<sup>5</sup>. Instytucje rozumiane są tutaj zgodnie z metodologią badawczą typową dla kierunku myśli ekonomicznej zwanego instytucjonalizmem<sup>6</sup>. Wedle podejścia systemowego – system finansowy to uporządkowany zespół komplementarnych (wzajemnie wzmacniających się) i możliwie spójnych elementów lub podsystemów, analizowanych z punktu widzenia zależności zachodzących pomiędzy nimi oraz pod kątem wpływu tych zależności na funkcjonowanie całego systemu.

Podejście funkcjonalne, które jest stosunkowo nowe, eksponuje funkcje, jakie spełnia system finansowy w gospodarce, pomijając przy tym różnice instytucjonalne oraz strukturalne. Jego koncepcja opiera się na dwóch podstawowych przesłankach:<sup>7</sup>

- funkcje finansowe są bardziej trwałe niż instytucje, ponieważ w mniejszym stopniu zmieniają się wraz z upływem czasu i w mniejszym stopniu różnią się w zależności od państwa, w którym są pełnione;

3. Na temat zasadniczych odmienności ubezpieczycieli i banków zob. m.in.: J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia na rynku finansowym*, [w:] *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, red. J. Handschke i J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010, s. 346-348; Raport CEA, *Insurance: a Unique Sector. Why Insurers Differ from Banks, June 2010*, [www.cea.eu/uploads/DocumentsLibrary/documents/1277383780\\_cea-report-insurance-a-unique-sector.pdf](http://www.cea.eu/uploads/DocumentsLibrary/documents/1277383780_cea-report-insurance-a-unique-sector.pdf) (10.08.2010).
4. Interesujący przegląd różnego rozumienia pojęcia systemu finansowego w literaturze zob.: A. Matysek-Jędrych, *System finansowy – definicja i funkcje*, „Bank i Kredyt” 2007, nr 10, s. 39-40. Na temat różnych definicji systemu finansowego zob. także: S. Flejterski, *Metodologia finansów. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, ss. 81-82.
5. K. Jajuga, *Elementy nauki o finansach*, PWE, Warszawa 2007, s. 14.
6. Przez instytucje rozumie się występujące w społeczeństwie zasady postępowania społeczne (reguły gry). Inaczej instytucje – to struktury społeczne (organizacyjne), które przez tradycję, zwyczaje lub normy prawne mają tendencję do tworzenia trwałych, zrutyinizowanych wzorców zachowań, podaje za: Z. Polański, *Pieniądz i system finansowy w Polsce. Lata 1982-1993*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1995, ss. 13-14.
7. Jednym z głównych twórców i propagatorów podejścia funkcjonalnego jest Robert Merton – laureat nagrody Nobla z 1997 r., zob.: R.C. Merton, *A Functional Perspective of Financial Intermediation*, „Financial Management” 1995, nr 24. [www.allbusiness.com/finance/526475-1.html](http://www.allbusiness.com/finance/526475-1.html) (6.09.2010).

- formy instytucjonalne są następstwem funkcji. Innowacje i konkurencja między instytucjami dają w rezultacie większą efektywność funkcji całego systemu finansowego.

W świetle podejścia funkcjonalnego system finansowy obejmuje sieć rynków finansowych, pośredników finansowych oraz innych instytucji finansowych, dzięki którym realizowane są wszystkie plany finansowe gospodarstw domowych, przedsiębiorstw i rządu<sup>8</sup>.

W literaturze krajowej najbardziej rozpowszechnioną definicją systemu finansowego jest definicja Z. Polańskiego, która łączy w sobie podejście instytucjonalne z elementami podejścia funkcjonalnego: „System finansowy w gospodarce rynkowej jest to mechanizm współtworzenia siły nabywczej przez niefinansowe podmioty gospodarcze oraz przepływu strumieni pieniężnych między nimi, składający się z instrumentów, rynków oraz instytucji (organizacji) finansowych, a także zasad na jakich one działają”<sup>9</sup>.

Z uwagi na to, że w systemie finansowym zachodzą różnorodne zjawiska i procesy, w literaturze wyodrębnia się poszczególne jego części zwane segmentami lub systemami szczegółowymi. Najczęściej wyróżnia się dwa segmenty systemu finansowego: rynkowy (komercyjny) oraz publiczny (niekomercyjny)<sup>10</sup>. Usługi ubezpieczeniowe są dostarczane przez obydwa segmenty. Ubezpieczenia społeczne oferowane w trybie nierynkowym, są domeną zarówno ubezpieczeń, jak i finansów publicznych. Usługi ubezpieczeń gospodarczych, w przeciwieństwie do społecznych, są świadczone za pośrednictwem mechanizmu rynkowego. W dalszej części opracowania analizowany będzie jedynie sektor ubezpieczeń rynkowych.

## 2. Sektor ubezpieczeń jako element systemu finansowego

Finanse i ubezpieczenia, jako dziedziny gospodarcze, przez wiele lat funkcjonowały w pewnym sensie niezależnie. Proces integracji tych dwóch dziedzin można było zaobserwować dopiero w ostatnich latach. Ta niezależność dotyczy także teorii finansów i teorii ubezpieczeń<sup>11</sup>. W literaturze finansów, działalność ubezpieczeniowa zaliczana jest do katalogu usług finansowych, zaś zakłady ubezpieczeń do kategorii instytucji finansowych (w szerokim tego słowa znaczeniu). Z punktu widzenia nauki finansów, najbardziej zauważalna i niejako zewnętrzna funkcja ubezpieczeń polega na gromadzeniu przychodów pieniężnych pochodzących ze składek, wypłacaniu odszkodowań i świadczeń oraz lokowaniu wolnych kapitałów na rynku pieniężnym i kapitałowym. Ubezpieczenia zaliczane są do zjawisk czysto finansowych, a sektor ubezpieczeń, rozumiany jako zespół rynków i instytucji ubezpieczeniowych, jest elementem systemu finansowego, który stanowi integralną część systemu ekonomicznego kraju. Według J. Czekaja i S. Owsiaka działalność ubezpieczycieli rozciąga się także na sferę czysto

---

8. Z. Bodie, R. Merton, *Finanse*, PWE, Warszawa 2003, s. 50.

9. *System finansowy w Polsce, cz.1*, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, PWN, Warszawa 2008, ss. 17-18.

10. Funkcjonowanie publicznego systemu finansowego jest regulowane za pomocą decyzji państwa i wiąże się w dużym stopniu z dostarczaniem dóbr i usług o charakterze publicznym, por. *System finansowy ...*, s. 17.

11. K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec, *Problemy ryzyka instytucji finansowych*, [w:] *Wyzwania współczesnych finansów*, red. K. Jajuga, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 48.

pieniężną, gdyż uczestniczą oni w alokacji zasobów w gospodarce i z tego względu działają w ramach sektora finansowego<sup>12</sup>.

Z punktu widzenia teorii ubezpieczeń, ubezpieczenia to kategoria społeczno-ekonomiczna, pojęcie szersze niż kategoria finansowa i bardziej złożone. Współczesny kształt ubezpieczeń jest wytworem wiekowych doświadczeń oraz efektem długiego i złożonego procesu. Opiera się na dwóch zasadniczych mechanizmach: przenoszeniu (transferze) skutków ryzyka oraz dzieleniu się skutkami zdarzeń losowych. Podmioty przystępujące do ubezpieczenia wspólnie ponoszą koszty szkód, które powstają u niektórych z nich<sup>13</sup>. Podstawowym zadaniem ubezpieczeń jest bowiem dostarczanie ochrony ubezpieczeniowej i wypłata odszkodowań. Funkcja ochronna traktowana jest jako funkcja nadrzędna ubezpieczeń, która najpełniej i najdobitniej określa cel istnienia ubezpieczeń i ich charakter. Inne funkcje finansowe pełnione przez ubezpieczenia są wtórne w stosunku do funkcji ochronnej<sup>14</sup>. W literaturze ubezpieczeniowej podkreśla się również, że ubezpieczenia jako instrumenty z jednej strony złożone i skomplikowane, z drugiej zaś strony elastyczne i pojemne mogą być skutecznie wykorzystywane w strategii gospodarczej<sup>15</sup>.

W teorii ubezpieczeń podkreśla się, że w modelu biznesowym bankowości i ubezpieczeń występują poważne różnice. J. Szpunar uwypukla jakościowe różnice między funduszami ubezpieczeniowymi a wkładami oszczędnościowymi gromadzonymi w bankach<sup>16</sup>. J. Monkiewicz zwraca uwagę na liczne właściwości ubezpieczeń, które odróżniają je od bankowości, a głównie na odrębny charakter wykonywanego pośrednictwa finansowego oraz na odmienny charakter ryzyka w działalności bankowej i ubezpieczeniowej<sup>17</sup>.

W świetle teorii finansów, instytucje ubezpieczeniowe zaliczane są do grona instytucji finansowych,<sup>18</sup> które ułatwiają transferowanie funduszy od jednych podmiotów

12. J. Czekaj, S. Owsiak, *Finansowy mechanizm alokacji zasobów w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1992, s. 13.

13. B. Hadyniak, T. Szumlicz, *Ubezpieczenie jako urządzenie finansowe*, [w:] *Ubezpieczenia...*, op. cit., s. 48.

14. J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, s. 55 i dalsze.

15. J. Handschke, *Pojęcie, treść i zasady polityki ubezpieczeniowej – rozważania nie tylko metodologiczne*, [w:] *Studia Ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998, s. 58.

16. J. Szpunar podkreśla, że środki pieniężne zgromadzone w długookresowych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych Działu I są pewniejsze i bardziej ustabilizowane, aniżeli bankowe wkłady oszczędnościowe, por.: J. Szpunar, *Ubezpieczenia gospodarcze*, „Skrypty Uczelniane” Zeszyt Nr 138, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1972, s. 41.

17. J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia...*, op. cit. ss. 347-348.

18. Biorąc pod uwagę dorobek teorii finansów przyjmuje się, że instytucja finansowa jest to podmiot ekonomiczny (organizacja finansowa), którego głównym przedmiotem działalności jest aktywność finansowa, czyli utrzymywanie instrumentów finansowych oraz dokonywanie nimi transakcji w rezultacie, czego dominującym składnikiem majątku tych instytucji są aktywa finansowe. Z. Fedorowicz, *Instytucje finansowe*, PWE, Warszawa 1965; R. W. Goldsmith, *Financial Structure and Development*, Yale University Press, New Haven-London 1969, s. 14.; Z. Polański dodaje, że wymogów definicji instytucji finansowej nie spełniają, tym samym nie wchodzi w skład systemu finansowego, ani giełda papierów wartościowych, ani państwo (budżet), chociaż ich rola w przepływie siły nabywczej jest znacząca, a nawet kluczowa, por. Z. Polański, *Pieniądz...*, op. cit., s. 19.

do drugich. Instytucje finansowe oferują takie usługi jak: dywersyfikacja ryzyka oraz zmiana struktury i transformacja ryzyka. Uczestniczą przy tym w ważnym procesie ekonomicznym, jakim jest tworzenie strumieni oszczędności i przekształcanie ich w kapitał inwestycyjny<sup>19</sup>. U podstaw funkcjonowania instytucji finansowych znajdują się koszty transakcyjne. Instytucje finansowe mogą znacznie je obniżyć, korzystając z korzyści skali oraz pokonywać problem asymetrii informacji, niwelując przy tym selekcję negatywną oraz ryzyko nadużycia.

Pośrednicy finansowi nie stanowią jednolitej grupy pojęciowej. Rozróżnia się pośredników bankowych, którzy przyjmują depozyty i udzielają bezpośrednio kredytów pożyczkobiorcom oraz pośredników pozabankowych, którzy udzielają pożyczek pośrednio poprzez nabywanie papierów wartościowych<sup>20</sup>. S. Owsiak wskazuje na przynajmniej pięć czynników różniących pośredników bankowych od pozabankowych pośredników finansowych. Są to: stopień ryzyka; stopień dochodowości lokat; rodzaje zabezpieczeń; zróżnicowanie instrumentów, za pomocą których oszczędzający podmiot lokuje swoje oszczędności; stopień płynności instrumentów, za pomocą których są lokowane oszczędności. Generalnie w przypadku oszczędzania w pozabankowych instytucjach finansowych ryzyko ponoszone przez oszczędzających jest większe niż w przypadku oszczędzania w bankach. Zgodnie z teorią inwestowania większemu ryzyku towarzyszą większe oczekiwane zyski z lokat. Z reguły pozabankowi pośrednicy finansowi tworzą warunki lokowania oszczędności dla podmiotów, które preferują wyższy dochód i są skłonne ponieść większe ryzyko<sup>21</sup>.

Instytucje ubezpieczeniowe powiększają grono pozabankowych (niedepozytowych) instytucji pośrednictwa finansowego<sup>22</sup>. Z jednej strony ubezpieczyciele konkurują z innymi pośrednikami finansowymi w obszarze mobilizowania oszczędności. Ubezpieczyciele oferują instrumenty finansowe o różnym stopniu ryzyka i różnej rentowności. Zakłady ubezpieczeń na życie (Działu I) oferują produkty inwestycyjne substytucyjne wobec produktów innych instytucji finansowych, zwłaszcza banków. W latach 80. ubiegłego wieku, w wielu krajach, sektor ubezpieczeń na życie przesunął się z pozycji dominującego dostawcy ubezpieczeń, na pozycję dostawcy alternatywnych form oszczędzania dla gospodarstw domowych. Częściowo jest to wynikiem deregulacji rynku finansowego, a częściowo oddaje trendy demograficzne w większości krajów uprzemysłowionych<sup>23</sup>. Z drugiej zaś strony ubezpieczyciele wchodzą

---

19. Por. S. Owsiak, *Podstawy nauki finansów*, PWE, Warszawa 2002, s. 228 oraz M. Bitz, *Produkty bankowe. Rynek usług finansowych*, Poltext, Warszawa 1996, s.19.

20. K. Matthews, J. Thompson, *Ekonomika bankowości*, PWE, Warszawa 2007, s. 47.

21. S. Owsiak, *Podstawy...*, *op.cit.*, ss. 227-228.

22. Instytucje ubezpieczeniowe, podobnie jak fundusze emerytalne, zaliczane są do kategorii instytucji oszczędności umownych, ponieważ otrzymują środki finansowe w postaci okresowych wpłat dokonywanych przez klientów na podstawie zawartych umów. Towarzystwa ubezpieczeń na życie stanowią jedną z największych grup instytucji umownego oszczędzania, por. F.S. Mishkin, *Ekonomika pieniądza, bankowości i rynków finansowych*, PWN, Warszawa 2002, s. 75.

23. I. Kidacka, *Finanse zintegrowane, Sekurytyzacja, struktury finansowe*, Difin, Warszawa 2006, s. 45.



w związku kooperacyjne z bankami (realizując różne odmiany strategii *bancassurance*) oraz prowadzą rozległe inwestycje na rynku finansowym<sup>24</sup>.

Ekonomiści zaliczają ubezpieczycieli do aktywnych instytucji pośrednictwa finansowego z uwagi na możliwość kreowania przez nie własnych instrumentów finansowych, którymi są polisy ubezpieczeniowe<sup>25</sup>. Za ich pomocą ubezpieczyciele gromadzą środki finansowe, które umożliwiają im pokrywanie szkód losowych oraz prowadzenie działalności przynoszącej dochód, m.in. nabywanie bezpośrednich instrumentów finansowych<sup>26</sup>. Polisy ubezpieczeniowe są specyficznym rodzajem nierynkowych instrumentów finansowych (nie mają rynku wtórnego). Jeżeli przyjmiemy, że instrumenty finansowe są to nośniki siły nabywczej albo zobowiązania (roszczenia) finansowe przybierające postać pieniądza gotówkowego lub bezgotówkowego to stwierdzimy, że z punktu widzenia emitentów (ubezpieczycieli) – polisa jest zawsze zobowiązaniem, aczkolwiek nietypowym. Zobowiązania ubezpieczycieli uzależnione są od zajścia określonego w umowie zdarzenia losowego, wywołującego uszczerbek na dobrach majątkowych lub osobistych ubezpieczonego. Polisy ubezpieczeń na życie mają tę cechę, że z reguły pewna jest kwota przepływów finansowych (za wyjątkiem polis, gdzie ryzyko inwestycyjne spoczywa na ubezpieczającym), ale niepewny jest termin wypłaty zobowiązań. Ich okres żywotności jest z reguły długi (wieloletni). Polisy ubezpieczeń majątkowych, których okres żywotności jest krótszy (zwykle 1 rok) charakteryzują się tym, że dla ubezpieczycieli nie jest znana, ani wielkość zobowiązań (odszkodowań), które będą musieli wypłacić, ani terminy w których ryzyko to się zrealizuje<sup>27</sup>.

Polisy ubezpieczeniowe, jako rodzaj instrumentu finansowego, wykazują znaczne podobieństwo do innych instrumentów zarządzania ryzykiem, np. do opcji<sup>28</sup>. Z drugiej zaś strony wiele ich cech świadczy o tym, że są to osobliwe instrumenty<sup>29</sup>. Po pierwsze – polisy ubezpieczeniowe nie są wykorzystywane do rozliczeń między podmiotami gospodarującymi. Po drugie – zobowiązanie ubezpieczycieli w stosunku do swoich klientów (ubezpieczających się) uruchamiają płatności jedynie w trybie warunkowym.

24. J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia na rynku finansowym*, [w] *Ubezpieczenia...*, op. cit., ss. 345-357.

25. M.in. T.T. Czerwińska, *Polityka inwestycyjna instytucji ubezpieczeniowych. Istota – uwarunkowania – instrumenty*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009, s. 28.

26. Bezpośrednie instrumenty finansowe umożliwiają przepływ siły nabywczej do ostatecznych ich użytkowników (emitentów). Ich przykładem są akcje lub obligacje, emitowane przez niefinansowe podmioty gospodarcze, czyli przedsiębiorstwa, władze lokalne i centralne itp., por.: Z. Polański, *Pieniądz...*, op. cit., s. 18.

27. Polisy ubezpieczeniowe zaliczyć można do typu II i IV w klasyfikacji zobowiązań inwestorów instytucjonalnych, por. F. Fabozzi, G. Fong, *Zarządzanie portfelem inwestycji finansowych przynoszących stały dochód*, PWN, Warszawa 2000, s. 10.

28. Interesująca analiza porównawcza polis ubezpieczeń majątkowych i opcji call została przeprowadzona w: K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec, *Integracja teorii finansów i ubezpieczeń – wprowadzenie*, [w:] *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, red. K. Jajuga i W. Ronka-Chmielowiec, „Prace Naukowe” nr 952, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 2002, ss. 32-34.

29. Na specyfikę tę zwrócił uwagę m.in.: J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń – produkty, tom II*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001, ss. 27-28.

Po trzecie – świadczenia ubezpieczeniowe (poza świadczeniami z tytułu ubezpieczeń na życie o charakterze oszczędnościowo-inwestycyjnym) nie przysparzają ubezpieczonym zysków. Rekompensują jedynie poniesione wskutek zdarzeń losowych straty majątkowe lub zapewniają stabilne warunki egzystencji w przypadku nagłej utraty zdolności do pracy z powodu choroby, inwalidztwa lub starości (ubezpieczenia na życie i emerytalne). Po czwarte – od strony nabywców (ubezpieczających) polisy ubezpieczeniowe nie są traktowane jako składnik aktywów, bowiem polisa jest kosztem ochrony ubezpieczeniowej. Wyjątek stanowią polisy potwierdzające umowy ubezpieczeń na życie o charakterze oszczędnościowo-inwestycyjnym, w których znana jest kwota do wypłaty, ale są to instrumenty nabywane przez osoby fizyczne a nie przedsiębiorstwa. Po piąte – instrumenty emitowane przez ubezpieczycieli nie mogą być w łatwy sposób odsprzedawane (nie mają rynku wtórnego) w przeciwieństwie do papierów wartościowych (akcji, obligacji). W związku z powyższym niektórzy ekonomiści zaliczają polisy ubezpieczeniowe do papierów *quasi* wartościowych, a ubezpieczycieli do instytucji parafinansowych<sup>30</sup>.

Według T. Czerwińskiej, „instytucje ubezpieczeniowe stanowią odrębną kategorię instytucji finansowych, o specyficznych właściwościach, które wynikają po części z faktu ich przynależności do kategorii instytucji finansowych, po części zaś – ze specyficznej natury ubezpieczeń jako dziedziny działalności gospodarczej”<sup>31</sup>.

### 3. Rynek ubezpieczeniowy a rynek finansowy

Instytucje ubezpieczeniowe prowadzą działalność na dwóch rynkach: na rynku usług ubezpieczeniowych (ubezpieczeń i reasekuracji) oraz na rynku finansowym, chociaż pełnią tam odmienne funkcje. Przez pojęcie rynek ubezpieczeniowy rozumie się najczęściej określony proces, w ramach którego zarówno ubezpieczyciele, jak i ubezpieczający określają, jaki rodzaj ubezpieczeń mają zamiar kupować i sprzedawać przy precyzyjnym określeniu warunków ubezpieczenia<sup>32</sup>. Rynek ubezpieczeniowy jest to złożony mechanizm wzajemnych zależności między trzema ważnymi grupami jego uczestników: sprzedającymi (zakładami ubezpieczeń, agentami i brokerami), kupującymi oraz organami nadzorującymi, wyposażonymi w przepisy regulujące bezpośrednio lub pośrednio działalność ubezpieczeniową. Infrastruktura regulacyjno-ochronna jest szczególnie ważna dla funkcjonowania rynku ubezpieczeń, wpływa bowiem na zachowania rynkowe zarówno kupujących (np. obowiązek ubezpieczeń kreuje popyt wymuszony), jak i sprzedających (np. określona polityka inwestycyjna)<sup>33</sup>.

Przedmiotem wymiany na rynku ubezpieczeniowym jest szczególny towar, jakim jest ochrona ubezpieczeniowa. Zakłady ubezpieczeń, za cenę składki ubezpieczeniowej, przejmują na siebie ciężar ryzyka zdarzeń losowych. Roztaczają nad ubezpieczony-

---

30. *Finansowe rynki kapitałowe*, red. W. Milo, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000, s. 12.

31. T.T. Czerwieńska, *Polityka...*, *op.cit.*, ss. 27-28.

32. J. Łańcucki, *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne” 2003, nr 4(37), s. 3.

33. Zob. M.S. Dorfman, *Introduction to Risk Management and Insurance*, Prentice Hall 2002, s. 116.

mi ochronę w sensie finansowym, ale swoistym „surowcem” w „produkcji” usług ubezpieczeniowych jest ryzyko ubezpieczeniowe, które ubezpieczeni transferują na zakłady ubezpieczeń i nabywają ochronę ubezpieczeniową. Z punktu widzenia oferty rynkowej, usługa ubezpieczeniowa jednoznacznie plasuje się w kategorii klasycznych usług (czystych usług niematerialnych). Stanowi bowiem element infrastruktury rozumianej jako urządzenia, instytucje oraz ludzie, tworzącej zespół warunków, decydujących o sprawnym przebiegu działalności gospodarczej, której głównym zadaniem jest kompensowanie szkód losowych<sup>34</sup>. W literaturze przedmiotu potrzeby ubezpieczeniowe ujmowane są zarówno w aspekcie mikro-, jak i makroekonomicznym, gospodarczym i społecznym a nawet psychologicznym. W modelu zwanym piramidą potrzeb Abrahama Maslova potrzeby ubezpieczeniowe znalazły swoje odzwierciedlenie jako potrzeby szeroko rozumianego bezpieczeństwa i zostały włączone do potrzeb podstawowych (obok potrzeb biologicznych i fizjologicznych), których zaspokojenie rodzi potrzeby wyższego rzędu<sup>35</sup>.

Tradycyjny rynek finansowy różni się zasadniczo od rynku ubezpieczeniowego. Na rynku finansowym dokonuje się odpłatny transfer kapitałów, za pomocą różnych instrumentów finansowych, które wskazują na specyfikę tego rynku. W związku z tym mówi się o różnych segmentach rynku finansowego, albo o różnych rynkach finansowych. Rynki finansowe odgrywają coraz większą rolę we współczesnej gospodarce, ponieważ umożliwiają lepsze wykorzystanie funduszy pieniężnych, będących w dyspozycji gospodarstw domowych i przedsiębiorstw<sup>36</sup>.

Ostre niegdyś różnice między różnymi podmiotami sektora finansowego, w tym między rynkiem ubezpieczeniowym a rynkiem finansowym, powoli się zacierają, chociaż nadal pozostają. Współcześnie obserwuje się silne procesy integracji tradycyjnie rozumianego rynku finansowego z rynkiem ubezpieczeniowym, które przejawiają się na różne sposoby<sup>37</sup>:

- powstają tzw. konglomeraty finansowe, czyli instytucje skupiające banki, zakłady ubezpieczeń, fundusze inwestycyjne i domy maklerskie;
- tradycyjne instytucje finansowe, takie jak banki mają w swej ofercie również produkty zabezpieczające przed ryzykiem, w postaci instrumentów pochodnych, np. opcji;
- instytucje nieubezpieczeniowe zajmują się przejmowaniem ryzyka ubezpieczeniowego w ramach katastroficznych instrumentów pochodnych;
- instytucje ubezpieczeniowe zajmują się profesjonalnie działalnością inwestycyjną na rynkach finansowych ze względu na konieczność ochrony wartości środków stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych;
- w ramach rynku finansowego, oprócz rynku transferu kapitału, wykształcił się także rynek transferu ryzyka, komplementarny względem rynku ubezpieczeniowego.

34. Z. Obstawski, J. Perenc, *Usługi ubezpieczeniowe*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, PWN, Warszawa 2005, s. 385.

35. *Rynek usług ubezpieczeniowych*, red. J. Perenc, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004, s. 50.

36. W. Szczęsny, *Finanse. Zarys wykładu*, Difin, Warszawa 2009, s. 59.

37. K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec, *Problemy ryzyka...*, *op.cit.*, s. 47.

W związku z powyższymi procesami w literaturze nie ma całkowitej zgodności co do tego, czy rynek ubezpieczeniowy jest segmentem rynku finansowego, czy też jest odrębnym rynkiem. W klasycznym ujęciu rynek finansowy jest rynkiem odrębnym. Składa się z następujących segmentów: rynek pieniężny, kapitałowy, walutowy oraz rynek pochodnych instrumentów finansowych<sup>38</sup>. W ujęciu makroekonomicznym, względnie abstrakcyjnym, rynek usług ubezpieczeniowych może być traktowany jako jeden z elementów rynku finansowego<sup>39</sup>.

Ubezpieczyciele występują na rynku finansowym w podwójnej roli: inwestorów instytucjonalnych oraz emitentów własnych papierów wartościowych<sup>40</sup>. Jako inwestorzy dążą w pierwszej kolejności do maksymalizacji bezpieczeństwa lokowanych funduszy, a następnie do maksymalizacji stopy zwrotu. Celem inwestycji jest wzmocnienie kapitałowe, umożliwiające realizację zasady realności ochrony ubezpieczeniowej, a dopiero później wzrost ich rynkowej konkurencyjności<sup>41</sup>.

Warto podkreślić, że współczesne relacje ubezpieczycieli z rynkiem finansowym zmieniają się. W sposobie prowadzenia działalności ubezpieczeniowej pojawiają się coraz to nowe innowacje. Wśród ubezpieczycieli, podobnie jak wśród innych pośredników finansowych, coraz bardziej powszechny staje się proces sekurytyzacji aktywów. Polega on na tym, że ryzykowne aktywa finansowe łączone są w pakiety, a emitowane na ich bazie papiery wartościowe są sprzedawane na rynkach finansowych. W procesie sekurytyzacji pośrednicy finansowi starają się znaleźć wspólne podejście do ryzyka: „jak go podzielić, przepakować i sprzedać”<sup>42</sup>.

Jednak sekurytyzacja ubezpieczeniowa istotnie różni się od klasycznej sekurytyzacji, np. bankowej. Z punktu widzenia ubezpieczycieli, nie jest ona uznawana za transakcję sprzedaży papierów wartościowych lecz za transakcję transferu ryzyka w zamian za składkę. Jest ona uważana za jedną z form alternatywnego poszukiwania możliwości przesunięcia granic ubezpieczalności poza istniejące ograniczenia. Jest też próba odpowiedzi na potrzebę indywidualizacji stosowanych rozwiązań ochronnych dla różnych klientów korporacyjnych<sup>43</sup>. Sekurytyzacja ubezpieczeniowa stanowi alternatywną formę reasekuracji strat majątkowych, wynikających z katastroficznych zjawisk przyrodniczych i pogodowych. Obligacje katastroficzne są bowiem dla ubezpieczycieli nowoczesnym narzędziem przenoszenia ich ryzyka na rynek kapitałowy, czyli poza

---

38. Por. W. Dębski, *Rynek finansowy i jego mechanizmy. Podstawy teorii i praktyki*, PWN, Warszawa 2005, s. 15. Podobnie jest w klasyfikacji przedmiotowej obrotu na podstawie publikacji NBP (2002, 2004).

39. A. Szromnik, *Psychospołeczne uwarunkowania przemian polskiego rynku ubezpieczeniowego* (cz. 1), „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1998, nr 7-8, s.6. oraz Z. Obstawski, J. Perenc, s. 391; D. Korenik, S. Korenik, *Podstawy finansów*, PWN, Warszawa 2004, s. 109.

40. A. Parlińska, *Ubezpieczyciele na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2, ss. 27-45.

41. A. Szkarłat, *Ryzyko inwestycyjne jako czynnik determinujący działalność lokacyjną*, [w:] „Zeszyty Naukowe” nr 127, seria Studia Ubezpieczeniowe, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009, s. 717.

42. J. Stark, *Growth and Productivity of the Financial Sector – Challenges for Monetary Policy*, „BIS Review” 2008, nr 137, s. 1.

43. J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia, ..., op. cit.*, s. 358.

sektor ubezpieczeniowy<sup>44</sup>. Instrumenty te niosą korzyści także dla inwestorów rynku kapitałowego, gdyż nie kreując dodatkowego ryzyka kredytowego, dają im możliwość osiągnięcia ponadprzeciętnych zysków inwestycyjnych.

W ostatnich dwudziestu latach ubezpieczyciele zaczęli coraz szerzej wykorzystywać rynki kapitałowe do transferu ryzyka ubezpieczeniowego ze swoich portfeli, a jednocześnie sami zaczęli zwiększać swój udział w przejmowaniu ryzyka „produkowanego” przez rynek kapitałowy, a zwłaszcza ryzyka kredytowego. W efekcie relacje ubezpieczycieli z rynkiem kapitałowym nabrały nowego jakościowo wymiaru. Jednostronne relacje inwestycyjne zostały zastąpione powiązaniem dwustronnymi, obejmującymi zarówno aktywa, jak i pasywa ubezpieczycieli. Zjawisko to sprzyja coraz silniejszej konwergencji sektora ubezpieczeń i rynku kapitałowego oraz do wzajemnego upodabniania się produktów<sup>45</sup>.

## 4. Oddziaływanie sektora ubezpieczeń na sferę realną gospodarki w świetle literatury

### 4.1. ODDZIAŁYWANIE W RAMACH UDZIELANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Rynkowy sektor ubezpieczeń odgrywa fundamentalną rolę w gospodarce rynkowej. Korzyści płynące z jego funkcjonowania są wielorakie a wpływ sektora ubezpieczeń na gospodarkę jest niezwykle złożony<sup>46</sup>. W literaturze coraz częściej podkreśla się, że z uwagi na zwiększającą się swobodę przepływu kapitału, towarów i usług, ubezpieczenia stają się obecnie katalizatorem wzrostu gospodarczego na świecie. Stwierdza się nawet, że bez ubezpieczeń cała reszta gospodarki nie mogłaby tak sprawnie funkcjonować, ponieważ ubezpieczenia umożliwiają działanie mechanizmu transferu skutków ryzyka oraz wzajemnego wspierania się w ich ponoszeniu<sup>47</sup>.

W praktyce jednym z najczęściej stosowanych wskaźników do sumarycznej oceny roli, jaką odgrywają ubezpieczenia w gospodarce jest relacja między wartością zebranej składki a produktem krajowym brutto (PKB). Wzrost tego wskaźnika świadczy o rosnącej roli ubezpieczeń w gospodarce, o wyższej kulturze ubezpieczeniowej w danym kraju i coraz szerszym stosowaniu ubezpieczeniowej metody ochrony mienia, życia

44. Przenoszenie części ryzyka ubezpieczeniowego na rynek kapitałowy ma swoje głębokie uzasadnienie ekonomiczne. Światowy rynek kapitałowy jest o wiele bardziej pojemny niż rynek ubezpieczeniowy. W 2007 r. aktywa rynku bankowego i kapitałowego przewyższały 15 razy aktywa ubezpieczycieli. Niemniej jednak skala sekurytyzacji aktywów ubezpieczeniowych jest jeszcze stosunkowo niewielka. W świecie w latach 2005-2007 wartość sekurytyzacji aktywów ubezpieczeniowych stanowiła 50 mld \$, podczas gdy wartość sekurytyzacji aktywów bankowych wynosiła ponad 4 bln \$, por. Raport CEA, *Insurance: a unique sector...*, op.cit.

45. J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia, ..., op. cit.*, s. 360.

46. Na temat najważniejszych społeczno-ekonomicznych funkcji przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, a także oceny roli, jaką spełniają w gospodarce polskiej zob. także: T.H. Bednarczyk, *Rola przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w gospodarce*, Acta Universitatis Lodzensis 2007, Folia Economica 203, ss. 263-279.

47. J. Łańcucki, *Jakościowe aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 1(54), s. 4.

i zdrowia społeczeństwa, a tym samym lepszej kondycji finansowej podmiotów kupujących produkty ubezpieczeniowe<sup>48</sup>.

Coraz liczniejsze badania i opracowania wskazują na to, że sektor ubezpieczeń ma pozytywny wpływ na działalność gospodarczą i może pobudzać wzrost i rozwój gospodarczy poprzez wielorakie mechanizmy, m.in. takie jak: poprawa kondycji finansowej przedsiębiorstw, stymulowanie przedsiębiorczości, odciążanie finansów sektora publicznego, promowanie rozsądnego zarządzania ryzykiem, stymulowanie stabilnej konsumpcji w czasie, ułatwianie przedsiębiorstwom dostępu do kapitału<sup>49</sup>. Jak podkreśla wielu badaczy ubezpieczenia gospodarcze stymulują pozytywnie wzrost gospodarczy. Stabilizują sytuację finansową nie tylko gospodarstw domowych i przedsiębiorstw, ale także pozostałych ogniw systemu finansowego<sup>50</sup>. A. Banasiński zwraca uwagę na takie funkcje ubezpieczeń, jak: kompensacyjną, finansową, redystrybucyjną i prewencyjną. Podkreśla, że wymienione wyżej funkcje stanowią podstawowe atrybuty działalności ubezpieczeniowej. Przytacza również wypowiedzi wskazujące na pośrednie funkcje ubezpieczeń, wśród których wymienia się funkcję stymulowania postępu technicznego w procesach produkcyjnych, co prowadzi do szybszego tempa rozwoju gospodarczego<sup>51</sup>.

Liczne podmioty gospodarujące cechują się awersją do ryzyka. Sektor ubezpieczeń nie może tej postawy zmienić, ale może zmniejszać ryzyko poprzez jego przejmowanie i łączenie (*pooling*). Z istoty ubezpieczeń wynika zarówno zjawisko dzielenia strat na grupę narażonych, jak i przewidywania przyszłych strat z większą dokładnością<sup>52</sup>. W ramach ubezpieczenia następuje rozkładanie strat poniesionych przez niewielu na całą grupę narażonych, w związku z czym rzeczywista strata jest zastępowana przez stratę przeciętną. Z prawa wielkich liczb wynika, że im większa liczba narażonych tym rzeczywisty rezultat będzie bliższy oczekiwanemu. Dzięki instytucji ubezpieczenia i lepszej przewidywalności przyszłych strat obiektywne ryzyko straty spada. Stąd wniosek, że ubezpieczenie pozwala na zmniejszenie potrzeb kapitałowych przedsiębiorstw. Usługi ubezpieczeniowe eliminując konieczność zamrażania określonego kapitału na pokrycie potencjalnych strat pozwalają na szerszy zakres inwestowania, na śmielszą realizację nowatorskich przedsięwzięć inwestycyjnych, wdrożenia wynalazków, intensy-

---

48. R. Pajewska, *Finanse ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Finanse*, wyd. 5 rozszerzone, pod red. J. Ostaszewskiego, Difin, Warszawa 2010, s. 310.

49. Szerzej na ten temat zob.: Raport CEA, z 5 października 2006 roku, *The Contribution of the Insurance Sector to Economic Growth and Employment In the UE*, WWW.cea.assur.org oraz T.H. Bednarczyk, *Sektor ubezpieczeń jako stymulator wzrostu gospodarczego*, [w:] *Problemy rozwoju rynku finansowego w aspekcie wzrostu gospodarczego*, red. P. Karpuś, J. Węclawski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007, ss. 472-479.

50. Por. m.in.: K. Znaniecka, *Pozytywne aspekty ubezpieczenia gospodarczego w działalności przedsiębiorstwa*, [w:] *Szkice o ubezpieczeniach*, pod red. M. Kuchlewskiej, „Zeszyt Naukowe” nr 75, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2006, s. 248.

51. A. Banasiński, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1996, ss. 16-17.

52. Zgodnie z prawem wielkich liczb obiektywne ryzyko jest odwrotnie proporcjonalne do pierwiastka kwadratowego liczby obserwowanych przypadków, zatem wraz ze wzrostem ilości jednostek, wariacja odchylen rzeczywistych strat od oczekiwanych spada, umożliwiając w ten sposób ubezpieczycielowi przewidywanie przyszłych strat z większą dokładnością, szerzej na ten temat zob. G.E. Rejda: *Principles of Risk Management and Insurance*, Six ed., Boston 1998, s. 20.

fikację handlu międzynarodowego, czyli podejmowanie ryzyka w rozmiarze większym niż byłoby to możliwe przy braku usług ubezpieczeniowych. Poprzez redukcję ryzyka w gospodarce, działalność ubezpieczeniowa może wpływać korzystnie na obniżanie składek ubezpieczeniowych<sup>53</sup>.

A. Banasiński zwrócił uwagę na kolejną ważną funkcję ubezpieczeń, która polega na korzystnym dla gospodarki narodowej przesuwaniu bieżących wydatków konsumpcyjnych w czasie, a także do zmiany charakteru tych wydatków. Składki ubezpieczeniowe opłacane są z bieżących dochodów ludności, przez co wpływają na ograniczenie konsumpcji w wąskim tego słowa znaczeniu (wydatki na żywność, odzież itp.). Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są osobom, które poniosły straty materialne wskutek oddziaływania zdarzeń losowych i przeznaczane są najczęściej na zakup przedmiotów trwałego użytkowania. W ten sposób ubezpieczenia przyczyniają się niejako automatycznie, choć nie zawsze zauważalnie, do równoważenia rynku<sup>54</sup>.

Ubezpieczenie jako szczególna metoda zarządzania ryzykiem ma wymiar nie tylko ekonomiczny, ale i społeczny<sup>55</sup>. Według T. Szumlicza społeczne funkcje ubezpieczeń pozostają niedowartościowane, chociaż ubezpieczenie z natury swej ma charakter urządzenia społecznego<sup>56</sup>. Produkty ubezpieczeniowe adekwatne do wielu sytuacji życiowych zapewniają utrzymanie określonego standardu życia i podtrzymywania konsumpcji globalnej, co stanowi jeden z głównych czynników wzrostu gospodarczego.

#### 4.2. ODDZIAŁYWANIE SEKTORA UBEZPIECZEŃ NA GOSPODARKĘ W RAMACH POŚREDNICTWA FINANSOWEGO

Sektor ubezpieczeń jest elementem rynkowego systemu finansowego i współuczestniczy w funkcjach pełnionych przez ten system. Na początku lat 90. XX w., w dyskusji na temat znaczenia systemu finansowego oraz wyboru właściwego jego modelu, pojawił się wątek dotyczący wpływu systemu finansowego na dynamikę oraz kierunek rozwoju ekonomicznego krajów. Wielu badaczy próbowało dowieść, że pośrednictwo finansowe odgrywa ważną rolę w promowaniu długookresowego wzrostu gospodarczego. Rozważania teoretyczne w tej dziedzinie dały asumpt dla wielu badań empirycznych<sup>57</sup>, do rozwoju których przyczyniły się także narzędzia ekonometryczne oraz teorie endogenicznego wzrostu w makroekonomicznej literaturze<sup>58</sup>.

53. J. Łańcucki, *Podstawy finansów ubezpieczeń gospodarczych*, PWN, Warszawa 1996, s. 24.

54. A. Banasiński, *Ubezpieczenia...*, *op.cit.*, s. 16.

55. Wiele uwagi temu zagadnieniu poświęca m.in. J. Handschke, por. J. Handschke, *Funkcje...*, *op.cit.*, ss. 58-60.

56. T. Szumlicz, *Ubezpieczenia społeczne, teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005, s. 101.

57. Najbardziej znaczące badania empiryczne z tego okresu to m.in.: R. King, R. Levine, *Finance and Growth: Schumpeter Might Be Right*, „Quarterly Journal of Economics” 1993, Nr 108 (3): 717-737; R. King, R. Levine, *Finance, Entrepreneurship and Growth – Theory and Evidence*, „Journal of Monetary Economics” 1993, nr 32(3), ss. 513-542; R. Levine, S. Zervos, *Stock Markets, Banks and Economic Growth*, „The American Economic Review” 1998, nr 88 (3), ss. 537-558; R. Rajan, L. Zingales, *Financial Dependence and Growth*, „The American Economic Review” 1998, nr 88 (3).

58. Badacze znaleźli znaczące dowody empiryczne na to, że rozwój systemu finansowego jest przyczyną wzrostu gospodarczego. Pomocne okazały się nowoczesne narzędzia ekonometryczne, a zwłaszcza analiza kointegracji i przyczynowości, które pozwoliły badać kierunek

Najnowsza literatura akcentuje rolę pośredników finansowych w doskonaleniu alokacji zasobów. Za pierwszorzędną funkcję systemu finansowego uznano transfer zasobów ekonomicznych od podmiotów nadwyżkowych do podmiotów deficytowych, który warunkuje ich efektywną alokację w gospodarce. System finansowy spełnia w gospodarce sześć podstawowych funkcji, takich jak<sup>59</sup>:

- zapewnianie sposobów transferu zasobów ekonomicznych w czasie i przestrzeni,
- zapewnianie skutecznych metod i procedur zarządzania ryzykiem,
- ułatwianie rozliczania i dokonywania płatności,
- zapewnienie mechanizmów gromadzenia środków pieniężnych i ich podziału na udziały w różnych przedsięwzięciach,
- informowanie o cenach, co pozwala na koordynowanie zdecentralizowanego procesu podejmowania decyzji w różnych sektorach gospodarki,
- ograniczanie ujemnych skutków zjawiska asymetrii informacji, a zwłaszcza problemu niedostatku motywacji (*incentive problems*).

Każda z tych funkcji może wpływać na: marginalną produktywność czynników produkcji, poprawiać efektywność zamiany oszczędności w inwestycje, zwiększać stopę oszczędności i innowacji technicznych, a przez to wpływać na wzrost gospodarczy<sup>60</sup>. W znacznej części współczesnej literatury przedmiotu panuje przekonanie, że instytucje ubezpieczeniowe współuczestniczą (bezpośrednio lub pośrednio)<sup>61</sup> w realizowaniu wszystkich tych funkcji, w związku z czym rozwój sektora ubezpieczeń może być istotnym czynnikiem wzrostu gospodarczego. Działalność ubezpieczycieli, zarówno jako dostarczycieli ochrony ubezpieczeniowej i odszkodowań, jak i inwestorów instytucjonalnych może przyczyniać się do wzrostu gospodarczego na różne sposoby, m.in. takie jak:<sup>62</sup>

- promowanie finansowej stabilności,
- ułatwianie handlu i wymiany,
- mobilizowaniu oszczędności krajowych poprzez zapewnianie szerszego dostępu do zróżnicowanych form oszczędzania,

---

zależności. Por. m.in.: P. Arestis, P. Demetriades, *Financial Development and Economic Growth: Assessing the Evidence*, „Economic Journal” 1997, nr 107 (442), ss. 783-799; P. Demetriades, K. Hussein, *Does Financial Development Cause Economic Growth? Time-Series Evidence From 16 Countries*, „Journal of Development Economic” 1996, nr 51(2), ss. 387-411.

59. Z. Bodie, R. Merton, *Finanse*, *op. cit.*, ss. 53-54.

60. R. Levine, *Financial Development and Economic Growth: Views and Agenda*, „Journal of Economic Literature” 1997, nr 35 (2), s. 691.

61. Funkcję – ułatwianie rozliczeń i dokonywanie płatności sektor ubezpieczeń pełni pośrednio poprzez oferowanie niektórych rodzajów produktów ubezpieczeniowych, np. ubezpieczeń kredytów eksportowych i hipotecznych, które odgrywają ważną rolę zwłaszcza w rozwoju handlu zagranicznego, czy budownictwa mieszkaniowego. Oferowanie ubezpieczeń dla kredytów bankowych i przejmowanie części ryzyka kredytowego może też zwiększać popyt na usługi finansowe banków. Jednocześnie rozwój sektora bankowego może ułatwiać rozwój działalności ubezpieczeniowej poprzez bardziej efektywny system płatności pozwalający na doskonalenie usług pośrednictwa finansowego, por. I. Webb, M. Grace, H. Skipper, *The Effect of Banking and Insurance on the Growth of Capital and Output*, „Center for Risk Management and Insurance Working Paper” 2002, nr 02-1, Robinson College Business, Georgia State University, Atlanta.

62. H. Skipper Jr., *Foreign Insurers In Emerging Markets: Issues and Concerns*, Center for Risk Management and Insurance, Occasional Paper 1997, 97-2, ss. 2-7.



- przyczynianie się do bardziej efektywnego zarządzania ryzykiem i zachęcanie do akumulacji nowego kapitału,
- pomoc w redukcji i łagodzeniu strat losowych.

Siła wpływu sektora ubezpieczeń na wzrost gospodarczy jest oczywiście różna w różnych krajach, co wynika z wielu powodów, m.in.: odmiennych uwarunkowań gospodarczych, historycznych, politycznych, kulturowych, prawnych czy też dostępnej technologii i złożoności oferowanych produktów. Różny jest też efekt oddziaływania ubezpieczeń życiowych i majątkowych. Ubezpieczyciele Działu I pokrywają inne jakościowo ryzyka, niż ubezpieczyciele Działu II. W ubezpieczeniach życiowych dłuższy jest też horyzont inwestycyjny.

W rodzimej literaturze z dziedziny finansów ubezpieczycielom przypisuje się pełnienie funkcji typowych dla systemu finansowego (poza funkcją monetarną i płatniczą), czyli funkcji kapitałowo-redystrybucyjnej i kontrolnej<sup>63</sup>. W podobnym tonie wypowiada się J. Łańcucki, podkreślając, że działalność ubezpieczeniowa jest z istoty rzeczy działalnością finansową, a tym samym system ubezpieczeń musi pełnić ogólne funkcje właściwe wszystkim ogniwom finansów, tj. funkcję fiskalną, redystrybucyjną, stymulacyjną i ewidencyjno-kontrolną<sup>64</sup>.

Jednakże złożone relacje pomiędzy działalnością ubezpieczeniową, pośrednictwem finansowym i wzrostem gospodarczym, nie są w literaturze jednoznacznie pozytywnie oceniane. Z jednej strony zwraca się uwagę, że rozwój pośrednictwa finansowego zwiększa akumulację kapitału i efektywność alokacji zasobów, z drugiej zaś strony podkreśla się, że przyczynia się do obniżania poziomu oszczędności przezornościowych i może być źródłem niestabilności finansowej.

M. Pagano zauważył, że w określonych sytuacjach rozwój finansowy może redukować stopę oszczędności krajowych, a tym samym i wzrost gospodarczy<sup>65</sup>. Do zmniejszenia krajowej stopy oszczędzania pośrednio przyczyniać się mogą także ubezpieczyciele. W krótkim okresie czasu ubezpieczyciele zwiększają konkurencję na rynku pośrednictwa finansowego przez co zmniejsza się przeciętne ryzyko w gospodarce. W rezultacie zmniejsza się potrzeba oszczędzania i spada krajowa stopa oszczędzania<sup>66</sup>. Także odszkodowania wypłacane przez ubezpieczycieli przyczyniają się do redukcji oszczędności przezornościowych gospodarstw domowych oraz dobrowolnych rezerw przedsiębiorstw. Mogą sprzyjać zjawisku hazardu moralnego (pokusy nadużycia), czyli obniżonej przezorności w zachowaniach podmiotów ubezpieczonych wskutek zawarcia kontraktu ubezpieczeniowego. Generalnie działalność pośredników finansowych przyczynia się do zmniejszania i podziału ryzyka, zarówno ryzyka zdarzeń losowych, jak i ryzyka stóp zwrotu na rynku pieniężnym i kapitałowym. W modelu wzrostu endogenicznego malejąca stopa oszczędzania zmniejsza stopę wzrostu gospodarczego i jest to przykład na to, że rozwój systemu finansowego może ograniczać wzrost<sup>67</sup>.

63. *System finansowy...*, *op.cit.*, s. 36.

64. J. Łańcucki, *Podstawy ... op.cit.*, s. 31.

65. M. Pagano, *Financial Markets and Macroeconomy. Financial Markets and Growth. An Overview*, „European Economic Review” 1993, nr 37, s. 617.

66. Zjawisko to zauważyli: D. Ward, R. Zurbrugg, *Does Insurance promote economic growth – evidence from OECD Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 2000, Nr 67 (4), ss. 489-506.

67. *Ibidem*.

W literaturze zachodniej spotkać można badania, które pokazują, że w krajach w których ryzyko dzielone jest na międzynarodowych rynkach kapitałowych stopa oszczędności i stopa wzrostu gospodarczego może być mniejsza niż w krajach autarkicznych. Także redukcja ryzyka stóp zwrotu przeprowadzana poprzez dywersyfikację portfela inwestycyjnego na rynkach papierów wartościowych wpływa na poziom oszczędności w niejednoznacznym kierunku. W badaniach modelowych korelacja pomiędzy awersją do ryzyka a oszczędnościami okazała się ujemna. Inni badacze unikają niejednoznaczności ocen przyjmując założenia niedopuszczające negatywnych efektów wpływu podziału ryzyka na poziom i stopę oszczędności<sup>68</sup>.

Wreszcie warto też zwrócić uwagę na proces zwany wyobcowaniem rynków finansowych. Jest on „efektem dominacji wtórnego obrotu papierami wartościowymi, co powoduje, że sektor finansowy w mniejszym stopniu pełni funkcję pośrednictwa finansowego, a oszczędności tylko częściowo przekształcają się w inwestycje pierwotne, w wyniku czego strumień oszczędności staje się w sensie makroekonomicznym – zmarnowany”<sup>69</sup>. Nadmiernie rozwinięte operacje spekulacyjne (giełdowe operacje na rynku wtórnym, inwestycje w transakcje krótkiej sprzedaży i transakcje derywatami) powodują, że znaczny strumień środków finansowych, pochodzących z oszczędności, generuje operacje wyłącznie jałowe, z punktu widzenia kreowania kapitału rzeczowego. Obrót na rynkach wtórnych przyczynia się do rozrastania pętli wewnętrznych przebiegów systemu finansowego i doprowadza do powstawania baniek spekulacyjnych. Rozpoczęty w latach 80. XX w. proces deregulacji rynków finansowych oraz pewnej ich standaryzacji sprawił, że w rezultacie bardzo gwałtownie wzrosły obroty finansowe, którym nie towarzyszył proporcjonalny wzrost w sferze realnej gospodarek<sup>70</sup>. Wielu badaczy uważa, że podobne podłoże miał kryzys, który rozpoczął się w USA w połowie 2007 r. i zdeorganizował funkcjonowanie globalnych rynków finansowych. Ponieważ ubezpieczyciele w ostatnich latach byli nie tylko konserwatywnymi (ostrożnymi) inwestorami, ale zaczęli też szerzej uczestniczyć w przejmowaniu ryzyk finansowych, w szczególności ryzyka kredytowego, to pewne negatywne skutki tego kryzysu odczuł także światowy sektor ubezpieczeń<sup>71</sup>.

Reasumując należałoby zauważyć, że w ostatnich dekadach światowe rynki podlegają dynamicznym zmianom. Aby współczesne rynki finansowe i ubezpieczeniowe mogły prawidłowo funkcjonować niezbędne staje się doskonalenie infrastruktury instytucjonalnej: instytucji regulujących, nadzorujących, instytucji ochrony uczestników rynku oraz instytucji zwiększających przejrzystość informacji. Globalizacja rynków ubezpieczeniowych, rosnące znaczenie inwestorów instytucjonalnych, postępująca konwergencja różnych segmentów rynku finansowego, w tym integracja rynku finansowego i ubezpieczeniowego, rosnąca złożoność produktów ubezpieczeniowych oraz

---

68. M. Pagano, *Financjal...*, op. cit., s. 617.

69. J. Żyżyński, *System finansowy a gospodarka realna: między służebnością a wyobcowaniem*, „*Ekonomista*” 2006, nr 4, s. 528.

70. *Ibidem*.

71. Na ten temat istnieje już dość obszerna literatura, zob. min.: T. H. Bednarczyk, *Zagrożenia wynikające z kryzysu finansowego dla polskiego rynku ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Ronka-Chmielowiec, „*Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*” 2010, nr 105, ss. 11-17.

systemów dystrybucyjnych, rozwój wielkich złożonych instytucji finansowych, pojawienie się nowych ryzyk rynkowych oraz modeli biznesowych sprawia, że system działań regulacyjnych powinien odzwierciedlić aktualną rolę oraz charakterystykę „przemysłu” ubezpieczeniowego i zmian w nim zachodzących<sup>72</sup>.

## Podsumowanie

Oddziaływanie sektora ubezpieczeń na sferę realną gospodarki odbywa się za pośrednictwem różnego rodzaju mechanizmów transmisji. Operacje finansowe prowadzone przez ubezpieczycieli odgrywają rolę stabilizującą zarówno z punktu widzenia społeczeństwa, jak i gospodarki. Z jednej strony ubezpieczyciele dostarczają gospodarstwu domowemu i przedsiębiorstwom ochrony ubezpieczeniowej i kompensują finansowe skutki różnego rodzaju ryzyka, głównie ryzyka zdarzeń losowych. Z drugiej zaś strony jako instytucje finansowe mają silny związek z gromadzeniem i rozdysponowywaniem środków pieniężnych.

W opracowaniu podkreślono, że instytucje ubezpieczeniowe prowadząc działalność na dwóch różnych rynkach: ubezpieczeniowym i finansowym, wykorzystują dwa fundamentalne mechanizmy gospodarcze: ubezpieczanie i inwestowanie. Na rynku ubezpieczeń i reasekuracji, gdzie kreują podaż produktów ubezpieczeniowych pełnią pierwotne funkcje, takie jak: redukcja niepewności i ryzyka, transfer i finansowanie ryzyka, dywersyfikacja ryzyka, promowanie racjonalnego zarządzania ryzykiem (prewencja, redukcja wpływu sytuacji kryzysowych na poziomie mikro). Na rynku finansowym występują w roli aktywnych inwestorów instytucjonalnych oraz producentów i dostawców określonych instrumentów dla potrzeb tego rynku (ubezpieczeniowe instrumenty pochodne, ubezpieczeniowe instrumenty sekurytyzacyjne itp.) Współuczestniczą wówczas w takich funkcjach pełnionych przez cały system finansowy jak: akumulacja kapitału produkcyjnego w gospodarce, transformacja oszczędności w inwestycje, ograniczanie ryzyka (zwłaszcza ryzyka płynności), efektywna alokacja kapitału. Te dwa obszary ich działalności: ubezpieczanie i inwestowanie, wzajemnie się dopełniają i przenikają.

W ramach przyjętego pola rozważań i dokonanego przeglądu literatury krajowej i zagranicznej, starano się wykazać, że wielu współczesnych ekonomistów jest zdania, iż rozwój rynkowego systemu finansowego pełni w gospodarce aktywną, a nawet kluczową rolę i przyczynia się do wzrostu gospodarczego. Analiza działalności instytucji ubezpieczeniowych, zarówno jako pośredników finansowych, jak i dostawców transferu ryzyka i odszkodowań, pozwala twierdzić, że współuczestniczą one bezpośrednio lub pośrednio w realizowaniu funkcji, przypisywanych systemowi finansowemu jako całości. W końcowej części opracowania zwrócono uwagę także na teorie omawiające negatywny wpływ systemu finansowego na wzrost gospodarczy i wywoływanie niestabilności finansowej i gospodarczej.

Niestety w literaturze ekonomii i finansów rola sektora ubezpieczeń w alokacji zasobów nie była badana tak obszernie jak banków czy rynku kapitałowego. Zauważa się

---

72. J. Monkiewicz, *International regulatory agenda in insurance in a context of current financial crisis. Are we on the right track?*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2, ss. 3-16.

relatywnie mało rozważań teoretycznych i empirycznych poświęconych sektorowi ubezpieczeń jako czynnikowi wzrostu gospodarczego. Na zakończenie należałoby dodać, iż niniejsze opracowanie nie wyczerpało tematu, konieczna jest dalsza analiza tego zagadnienia, która wymaga pogłębionych badań i oddzielnych opracowań.

## Wykaz źródeł:

- Arestis P., Demetriades P., *Financial Development and Economic Growth: Assessing the Evidence*, „Economic Journal” 1997, nr 107(442).
- Banaśński A., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1996.
- Bednarczyk T.H., *Zagrożenia wynikające z kryzysu finansowego dla polskiego rynku ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Ronka-Chmielowiec, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 105.
- Bednarczyk T.H., *Rola przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w gospodarce*, ACTA UNIVERSITATIS LODZIENSIS 2007, FOLIA ECONOMICA 203.
- Bednarczyk T.H., *Sektor ubezpieczeń jako stymulator wzrostu gospodarczego*, [w:] *Problemy rozwoju rynku finansowego w aspekcie wzrostu gospodarczego*, red. P. Karpuś, J. Węćławski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Bitz M., *Produkty bankowe. Rynek usług finansowych*, Poltext, Warszawa 1996.
- Bodie Z., Merton R., *Finanse*, PWE, Warszawa 2003.
- Czekaj J., Owsiak S., *Finansowy mechanizm alokacji zasobów w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1992.
- Czerwieńska T.T., *Polityka inwestycyjna instytucji ubezpieczeniowych. Istota – uwarunkowania – instrumenty*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009.
- Dębski W., *Rynek finansowy i jego mechanizmy. Podstawy teorii i praktyki*, PWN, Warszawa 2005.
- Demetriades P., Hussein K., *Does Financial Development Cause Economic Growth? Time-Series Evidence From 16 Countries*, „Journal of Development Economic” 1996, nr 51(2).
- Dorfman M.S., *Introduction to Risk Management and Insurance*, Prentice Hall 2002.
- Fabozzi F., Fong G., *Zarządzanie portfelem inwestycji finansowych przynoszących stały dochód*, PWN, Warszawa 2000.
- Fedorowicz Z., *Instytucje finansowe*, PWE, Warszawa 1965.
- Finansowe rynki kapitałowe*, red. W. Milo, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000.
- Flejterski S., *Metodologia finansów. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
- Goldsmith R.W., *Financial Structure and Development*, Yale University Press, New Haven-London 1969.
- Handschke J., *Pojęcie, treść i zasady polityki ubezpieczeniowej – rozważania nie tylko metodologiczne*, [w:] *Studia Ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998.
- Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, pod red. T. Sangowskiego, Poltext, Warszawa 1998.
- Jajuga K., *Czy ukształtuje się nowy paradygmat finansów?*, [w:] *Ku nowemu paradygmatowi nauk o finansach*, „Zeszyty Naukowe” nr 144, red. W. Frąckowiak, J. Szambelańczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010.

- Jajuga K., *Elementy nauki o finansach*, PWE, Warszawa 2007.
- Jajuga K., Ronka-Chmielowiec W., *Integracja teorii finansów i ubezpieczeń – wprowadzenie*, [w:] *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, red. K. Jajuga i W. Ronka-Chmielowiec, „Prace Naukowe” nr 952, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 2002.
- Jajuga K., Ronka-Chmielowiec W., *Problemy ryzyka instytucji finansowych*, [w:] *Wyzwania współczesnych finansów*, red. K. Jajuga, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Kidacka I., *Finanse zintegrowane. Sekurytyzacja, struktury finansowe*, Difin, Warszawa 2006.
- King R., Levine R., *Finance and Growth: Schumpeter Might Be Right*, „Quarterly Journal of Economics” 1993, Nr 108 (3).
- King R., Levine R., *Finance, Entrepreneurship and Growth – Theory and Evidence*, „Journal of Monetary Economics” 1993, nr 32(3).
- Korenik D., Korenik S., *Podstawy finansów*, PWN, Warszawa 2004.
- Levine R., *Financial Development and Economic Growth: Views and Agenda*, „Journal of Economic Literature” 1997, nr 35 (2).
- Levine R., Zervos S., *Stock Markets, Banks and Economic Growth*, „The American Economic Review” 1998, nr 88 (3).
- Łańcucki J., *Jakościowe aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 1(54).
- Łańcucki J., *Podstawy finansów ubezpieczeń gospodarczych*, PWN, Warszawa 1996.
- Łańcucki J., *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne” 2003, nr 4(37).
- Matthews K., Thompson J., *Ekonomika bankowości*, PWE, Warszawa 2007.
- Matysek-Jędrych A., *System finansowy – definicja i funkcje*, „Bank i Kredyt” 2007, nr 10.
- Merton R.C., *A Functional Perspective of Financial Intermediation*, „Financial Management” 1995, nr 24. [www.allbusiness.com/finance/526475-1.html](http://www.allbusiness.com/finance/526475-1.html) (6.09.2010).
- Mishkin F.S., *Ekonomika pieniądza, bankowości i rynków finansowych*, PWN, Warszawa 2002.
- Monkiewicz J., *International regulatory agenda in insurance in a context of current financial crisis. Are we on the right track?*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2.
- Monkiewicz J., *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń – produkty, tom II*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001.
- Obstawski Z., Perenc J., *Usługi ubezpieczeniowe*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, PWN, Warszawa 2005.
- Owsiak S., *Podstawy nauki finansów*, PWE, Warszawa 2002.
- Pagano M., *Financial Markets and Macroeconomy. Financial Markets and Growth. An Overview*, „European Economic Review” 1993, nr 37.
- Pajewska R., *Finanse ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Finanse*, wyd. 5, pod red. J. Ostaszewskiego, Difin, Warszawa 2010.
- Parlińska A., *Ubezpieczyciele na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2.
- Polański Z., *Pieniądz i system finansowy w Polsce. Lata 1982-1993*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1995.
- Rajan R., Zingales L., *Financial Dependence and Growth*, „The American Economic Review” 1998, nr 88 (3).

Raport CEA, *Insurance: a Unique Sector. Why Insurers Differ from Banks, June 2010*, [www.cea.eu/uploads/DocumentsLibrary/documents/1277383780\\_cea-report-insurance-a-unique-sector.pdf](http://www.cea.eu/uploads/DocumentsLibrary/documents/1277383780_cea-report-insurance-a-unique-sector.pdf) (10.08.2010).

Raport CEA, z 5 października 2006 roku, *The Contribution of the Insurance Sector to Economic Growth and Employment In the UE*, [WWW.cea.assur.org](http://WWW.cea.assur.org)

Rejda G.E., *Principles of Risk Management and Insurance*, Six ed., Boston 1998.

*Rynek usług ubezpieczeniowych*, red. J. Perenc, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004.

Skipper H. Jr., *Foreign Insurers In Emerging Markets: Issues and Concerns*, Center for Risk Management and Insurance, Occasional Paper 1997, 97-2.

Sopoćko A., *Innowacje sektora ubezpieczeń na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2.

Stark J., *Growth and Productivity of the Financial Sector – Challenges for Monetary Policy*, „BIS Review” 2008, nr 137.

*System finansowy w Polsce, cz.1*, pod red. B. Pietrzaka, Z. Polańskiego, B. Woźniak, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.

Szczęsny W., *Finanse. Zarys wykładu*, Difin, Warszawa 2009.

Szkarłat A., *Ryzyko inwestycyjne jako czynnik determinujący działalność lokacyjną*, [w:] „Zeszyty Naukowe” nr 127, seria Studia ubezpieczeniowe, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009.

Szpunar J., *Ubezpieczenia gospodarcze*, „Skrypty Uczelniane” Zeszyt Nr 138, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1972.

Szromnik A., *Psychospołeczne uwarunkowania przemian polskiego rynku ubezpieczeniowego (cz. 1)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1998, nr 7-8.

Szumlicz T. *Ubezpieczenia społeczne, teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.

*Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, pod red. J. Handschke i J. Monkiewiczza, Poltext, Warszawa 2010.

Ward D., Zurbruegg R., *Does Insurance promote economic growth – evidence from OECD Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 2000, Nr 67 (4).

Webb I., M. Grace, H. Skipper, *The Effect of Banking and Insurance on the Growth of Capital and Output*, „Center for Risk Management and Insurance Working Paper” 2002, nr 02-1, Robinson College Business, Georgia State University, Atlanta.

Znanecka K., *Pozytywne aspekty ubezpieczenia gospodarczego w działalności przedsiębiorstwa*, [w:] *Szkice o ubezpieczeniach*, pod red. M. Kuchlewskiej, „Zeszyty Naukowe” nr 75, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2006.

Żyżyński J., *System finansowy a gospodarka realna: między służebnością a wyobcowaniem*, „Ekonomista” 2006, nr 4.

## **Insurance sector's connections with the financial system and the real economy – Summary**

*The article discusses relationships between the insurance sector, which is becoming increasingly integrated with the remaining elements of the financial system, and the real economy. Access to insurance services is essential for economic and social stability. Insurers, similarly to banks and financial markets, meet the needs of households and companies in the field of financial intermediation. Insurance institutions collect premiums and various forms of reserve funds, which they subsequently invest on the financial market. Therefore, they play an important role in the economic growth by increasing the internal cash flow and turnover on the capital market.*

*The study attempts to demonstrate that insurance companies are a separate category of financial institutions, with specific characteristics which result primarily from the nature of insurance. In economy, they play roles which are considered to be primary, such as risk transfer and financing, promotion of financial stability, assistance in reducing and alleviating casualty losses, risk diversification and management as well as collective risk coverage. They reduce the financial impact of various fortuitous events, both at the micro and macroeconomic level.*

*Despite their distinctive nature, insurance institutions are deeply set in the economy's financial system and take part in functions carried out by the whole financial system, whose main role is to move resources from savers to investors. The financial sector facilitates allocation of resources in the economy, boosts savings, reduces transaction costs and provides liquidity. Insurance institutions play an important role in carrying out these functions, and thus contribute to growth as well as social and economic development.*

**TERESA H. BEDNARCZYK** jest adiunktem w Katedrze Bankowości, w Instytucie Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Recenzenci: prof. dr. hab. Jerzy Handschke, prof. dr. hab. Jan Monkiewicz.





**BOŻENA KOŁOSOWSKA  
MICHAŁ BERNARD PIETRZAK  
DAMIAN WALCZAK**

## Ocena rozkładu przestrzennego osób ubezpieczonych oraz świadczeniobiorców w ubezpieczeniu społecznym rolników w Polsce

*Celem artykułu jest przedstawienie oceny koncentracji terytorialnej wybranych zmiennych charakteryzujących osoby ubezpieczone oraz świadczeniobiorców należących do systemu ubezpieczenia społecznego rolników. Przeprowadzona analiza koncentracji, na podstawie indeksu Giniego i lokacyjnego indeksu Giniego, pozwoliła na wykrycie istniejących nieprawidłowości w systemie. Ważną kwestią poruszoną w artykule jest także odpowiedź na pytanie, które ze zmiennych charakteryzujących system ubezpieczeń społecznych rolników KRUS charakteryzują się zwiększonym zróżnicowaniem przestrzennym?*

*Przeprowadzone badania pokazały, iż świadczeniobiorców można podzielić na trzy grupy charakteryzujące się różnym stopniem koncentracji terytorialnej.*

*Najmniejszym stopniem koncentracji charakteryzowały się osoby pobierające świadczenia, w przypadku których trudno o nieprawidłowości, są to: emerytury, zasiłek macierzyński i pogrzebowy. Drugą grupę tworzyły osoby, które pobierały świadczenia, dla których mogą zaistnieć pewne nieprawidłowości przy ich wypłacie, są to: renty, zasiłki chorobowe oraz odszkodowania powypadkowe. W ostatniej grupie najwyższą koncentracją charakteryzowały się osoby ubezpieczone na wniosek oraz domownicy.*

### **Wprowadzenie**

Celem artykułu jest przeprowadzenie oceny koncentracji terytorialnej wybranych zmiennych charakteryzujących osoby ubezpieczone oraz świadczeniobiorców należących do systemu ubezpieczenia społecznego rolników.

Przeprowadzona analiza koncentracji na podstawie indeksu Giniego i lokacyjnego indeksu Giniego ma na celu wykrycie istniejących nieprawidłowości w systemie i odpowiedź na pytanie, wypłaty jakich świadczeń charakteryzują się zwiększonym zróżnicowaniem przestrzennym.

Należy mocno zaakcentować fakt, iż przeprowadzona analiza koncentracji pozwoliła na wykrycie istniejących nieprawidłowości w tymże systemie. Można sądzić, iż część

wypłacanych świadczeń (renty, zasiłki chorobowe, odszkodowania powypadkowe) jest szczególnie narażona na nieprawidłowości. W badaniu oparto się na danych opublikowanych przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) dla poszczególnych województw na 31 grudnia 2009 roku.

## 1. Charakterystyka ubezpieczenia społecznego rolników

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) została stworzona dla ochrony praw rolników. „Jako, że system ubezpieczenia społecznego jest obowiązkowy, istotne jest to, by o rolników zadbać i ich wspomóc. Polska przyjęła powyższe rozwiązanie w stosunku do społeczności wiejskiej, a rolą KRUS jest ochrona i realizacja praw rolników”<sup>1</sup>.

W ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników z 20 grudnia 1990 r. nie ma jednoznacznej definicji KRUS-u w sensie formalnoprawnym<sup>2</sup>. Nie jest ona jednostką budżetową, jej wydatki bowiem nie są pokrywane bezpośrednio z budżetu państwa, nie ma również osobowości prawnej (osobowość prawną posiada Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który może np. samodzielnie zaciągać kredyty). KRUS jest państwową jednostką organizacyjną<sup>3</sup>.

KRUS prowadzi samodzielną gospodarkę finansową<sup>4</sup>, która opiera się na czterech funduszach<sup>5</sup>:

- mającym osobowość prawną Funduszu Składkowym Ubezpieczenia Społecznego Rolników (Fundusz Składkowy);
- trzech funduszach celowych: na Funduszu Emerytalno-Rentowym (FER), Funduszu Prewencji i Rehabilitacji (FPIR) oraz Funduszu Administracyjnym (FA)<sup>6</sup>.

Do podstawowych zadań KRUS-u zgodnie z u.s.r. należy<sup>7</sup>:

- bieżąca obsługa ubezpieczonych i świadczeniobiorców,
- przyznawanie i wypłata świadczeń z ubezpieczenia,
- pobór składek,
- realizacja własnego dwuinstancyjnego systemu orzecznictwa lekarskiego,
- działalność prewencyjna na rzecz zapobiegania wypadkom przy pracy i rolniczym chorobom zawodowym,
- prowadzenie nieodpłatnej, dobrowolnej rehabilitacji leczniczej dla osób uprawnionych do świadczeń w KRUS-ie,

- 
1. G. Fitzpatrick, *Ocena struktury organizacyjnej KRUS*, Bank Światowy 2005, s. 48.
  2. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. 2008, Nr 50, poz. 291 z późn. zm.); dalej u.s.r.
  3. R. Przygodzka, *Fiskalne instrumenty wspierania rozwoju rolnictwa: przyczyny stosowania, mechanizmy i skutki*, Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 269. Można również spotkać się z opinią, iż forma prawna jest niezidentyfikowana. Zob. *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*, red. I. Wóycicka, IBnGR, Warszawa 2000, s. 106.
  4. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 31 marca 2005 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej KRUS (Dz.U. 2005, Nr 68, poz. 599).
  5. Prezes KRUS-u, w porozumieniu z Radą Rolników, w ramach odpisu z Funduszu Składkowego na Fundusz Administracyjny może tworzyć Fundusz Motywacyjny. Art. 81a u.s.r.
  6. R. Przygodzka, *Fiskalne, op. cit.*, ss. 270-272.
  7. D. Walczak, *Źródła finansowania ubezpieczeń społecznych rolników w Polsce*, [w:] *Finanse i rachunkowość wobec wyzwań procesów globalizacyjnych*, red. J. Głuchowski, J. Patyk, S. Sojak, Wyższa Szkoła Bankowa, Toruń 2007, s. 490.

- wspieranie ubezpieczeń wzajemnych,
- obsługa ubezpieczenia zdrowotnego.

Organem służącym do koordynacji i merytorycznego nadzoru jest centrala KRUS-u, która składa się z 17 komórek organizacyjnych – 14 biur i 3 zespołów.

Obsługę ubezpieczeń społecznych rolników w terenie prowadzą oddziały regionalne oraz placówki terenowe. Oddziały regionalne znajdują się w każdym województwie (16) (dyrektorzy oddziałów podlegają bezpośrednio prezesowi). Dyrektorzy oddziałów sprawują bezpośrednią kontrolę nad placówkami terenowymi (256 w kraju)<sup>8</sup>.

KRUS dysponuje również sześcioma Centrami Rehabilitacji Rolników oraz jednym Ośrodkiem Wypoczynkowo-Rehabilitacyjnym<sup>9</sup>. Są to publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z których cztery stanowią majątek Funduszu Składowego, a trzy należą do Skarbu Państwa i pozostają pod zarządem KRUS-u<sup>10</sup>.

Kontrolę funkcjonowania Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w 2005 r. przeprowadził Bank Światowy, który stwierdził, że KRUS działa sprawnie i skutecznie.

Zasugerował jedynie wprowadzenie pewnych zmian organizacyjnych, głównie w zakresie zintegrowania systemu komputerowego<sup>11</sup>.

Bank Światowy stoi na stanowisku, iż połączenie ZUS-u i KRUS-u, jako dwóch instytucji ubezpieczeniowych, ale wykonujących zupełnie odmienne role, byłoby szkodliwe zarówno dla państwa, jak i dla ubezpieczonych<sup>12</sup>.

## 2. Rodzaje ubezpieczeń w systemie ubezpieczeń społecznych rolników

W ramach ubezpieczenia społecznego rolników osoby ubezpieczone podlegają dwóm rodzajom ubezpieczenia: ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu oraz ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.

Zgodnie z u.s.r., ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu podlega z mocy ustawy (art. 7 ust. 1 u.s.r.):

- rolnik, którego gospodarstwo obejmuje obszar użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego lub dział specjalny produkcji rolnej,
- domownik tego rolnika.

---

8. Reformę KRUS-u i dostosowanie liczby oddziałów regionalnych do liczby województw przeprowadzono dopiero jesienią 2007 r., po 8 latach od reformy administracyjnej (poprzednio oddziałów regionalnych było 49). Brak zmian po reformie administracyjnej skutkowało niedostosowaniem placówek terenowych do obowiązującego podziału administracyjnego.

9. Mogą z nich korzystać ubezpieczeni całkowicie niezdolni do pracy w gospodarstwie rolnym, ale którzy rokują odzyskanie zdolności do pracy po leczeniu lub/i rehabilitacji.

10. Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

11. Dzięki pożyczce z Banku Światowego na finansowanie Poakcesyjnego Programu Wsparcia Obszarów Wiejskich KRUS otrzymał środki na zintegrowanie swoich systemów informatycznych, unowocześnienie sprzętu oraz uzyskał narzędzia do usprawnienia swojej administracji (przy 10 proc. wkładzie własnym). Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich, <http://www.ppow.gov.pl> (20.07.2009).

12. G. Fitzpatrick, *op. cit.*, ss. 40-71.

Ubezpieczeniem wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim na wniosek może być objęty (art. 7 ust. 2 u.s.r.):

- rolnik lub domownik, jeżeli działalność rolnicza stanowi stałe źródło jego utrzymania<sup>13</sup>,
- osoba, która będąc rolnikiem, przeznaczyła grunty prowadzonego gospodarstwa rolnego do zalesienia na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Jednocześnie osoby wskazane powyżej, a podlegające innemu ubezpieczeniu społecznemu albo posiadające ustalone prawo do renty lub emerytury rolniczej (lub do świadczeń z ubezpieczeń społecznych), mogą zostać objęte tym ubezpieczeniem na wniosek – w ograniczonym zakresie. Ubezpieczenie to obejmuje wyłącznie prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej (art. 7 ust. 3 u.s.r.).

Ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu rolników obowiązkowo podlegają (art. 16 ust. 1 u.s.r.):

- rolnik (wraz ze współmałżonkiem), którego gospodarstwo obejmuje obszar użytków rolnych o powierzchni powyżej 1 hektara przeliczeniowego lub dział specjalny produkcji rolnej,
- domownik tego rolnika,
- osoby, które otrzymują rentę strukturalną oraz ich małżonkowie, jeżeli renta strukturalna wypłacana jest ze zwiększeniem na tego małżonka.

Należy zwrócić uwagę na pojęcie „domownika” używane w ubezpieczeniu społecznym rolników. Domownik jest to osoba, która ukończyła 16 lat i pozostaje z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkuje na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie, stale pracuje w gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy (art. 6 ust. 2 u.s.r.). Jest to więc bardzo „szeroka definicja”, umożliwia bowiem ubezpieczenie w charakterze domownika dowolnej osoby, gdyż określenie „w bliskim sąsiedztwie” może być (i jest) szeroko interpretowane. Ponadto nie jest wymagane, aby domownik poświęcał cały swój czas pracy w gospodarstwie rolnym osoby bliskiej, jak też nie musi czerpać środków utrzymania wyłącznie z tej pracy. Domownik ma wyłącznie zachować „gotowość do świadczenia pracy na rzecz gospodarstwa osoby bliskiej w wymiarze czasu stosownym do zakładanego przez rolnika prawidłowego jego funkcjonowania zgodnie z jego strukturą, przy uwzględnieniu obszaru gospodarstwa, liczby pracujących w nim osób oraz używanego sprzętu rolniczego”<sup>14</sup>.

Ubezpieczeniem emerytalno-rentowym na wniosek może być objęta osoba, która (art. 16 ust. 1 u.s.r.):

---

13. Określenie: stałe źródło utrzymania nie odnosi się do żadnych nominalnych wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego. Brak takich ograniczeń pozwala ubezpieczyć osoby gospodarujące na gruntach o przeznaczeniu rolnym bez określania minimalnej powierzchni tych gruntów. Może to prowadzić do pewnych nadużyć, stałym źródłem dochodu bowiem może być przychód w wysokości 100 zł rocznie.

14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2006 r. II UK 42/06.

- podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu w pełnym zakresie<sup>15</sup>,
- podlegała ubezpieczeniu jako rolnik i zaprzestała prowadzenia działalności rolniczej, nie nabywając prawa do emerytury lub renty z ubezpieczenia, jeżeli podlegała ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez okres co najmniej 50 kwartałów,
- pobiera rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy jako rentę okresową.

Należy tutaj wskazać, iż zarówno składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, jak i chorobowe, wypadkowe i macierzyńskie za rolnika, współmałżonka rolnika i za domownika, zobowiązany jest wnieść rolnik, choćby sam takiemu ubezpieczeniu nie podlegał. Z tego powodu określany jest on jako płatnik, a nie ubezpieczony.

Tabela 1. Charakterystyka osób ubezpieczonych w KRUS-ie (stan na 31.12.2009)

Województwo	Liczba płatników ogółem	Liczba ubezpieczonych ogółem	Ubezpieczeni na wniosek ogółem	Udział ubezpieczonych na wniosek w ubezpieczonych ogółem	Domownicy ogółem	Udział domowników w ubezpieczonych ogółem
dolnośląskie	49 462	63 081	3041	4,8%	6635	10,5%
kujawsko-pomorskie	65 865	92 316	3372	3,7%	6903	7,5%
lubelskie	145 031	184 259	7291	4,0%	11 386	6,2%
lubuskie	15 783	20 429	1629	8,0%	2226	10,9%
łódzkie	99 517	129 282	7915	6,1%	9705	7,5%
małopolskie	126 422	166 154	50 960	30,7%	34 965	21,0%
mazowieckie	167 985	220 068	12 985	5,9%	14 221	6,5%
opolskie	28 452	40 685	3315	8,1%	7072	17,4%
podkarpackie	86 400	105 356	16 751	15,9%	11 850	11,2%
podlaskie	75 554	108 979	7056	6,5%	11 241	10,3%
pomorskie	36 611	51 942	5231	10,1%	6309	12,1%
śląskie	39 040	48 133	7032	14,6%	5811	12,1%
świętokrzyskie	69 109	86 517	7481	8,6%	5952	6,9%
warmińsko-mazurskie	39 054	54 279	1731	3,2%	4720	8,7%
wielkopolskie	105 515	152 232	10 399	6,8%	18 086	11,9%
zachodnio-pomorskie	27 194	35 107	1508	4,3%	3003	8,6%
<b>Polska</b>	<b>1 176 994</b>	<b>1 558 819</b>	<b>147 697</b>	<b>9,5%</b>	<b>161 084</b>	<b>10,3%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Kwartalna Informacja Statystyczna IV kwartał 2009 r., KRUS, Warszawa 2010.*

15. Z art. 16 ust. 1 u.s.r. w związku z art. 7 ust. 2 u.s.r. wynika, iż warunkiem wystarczającym, aby ubezpieczyć się na wniosek w tym ubezpieczeniu, jest uzyskiwanie stałych dochodów z działalności rolniczej bez względu na rozmiar tych dochodów, jak i na zakres prowadzonej działalności rolniczej.

W Tabeli 1. przedstawiono strukturę płatników oraz osób ubezpieczonych w KRUS w poszczególnych województwach. Ze względu na specyfikę tego ubezpieczenia wyszczególniono ubezpieczonych na wniosek (użytkowników gospodarstw rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego) oraz ubezpieczonych domowników, zarówno w „gospodarstwach” poniżej, jak i powyżej 1 ha. Należy zauważyć, iż w zakresie ubezpieczonych na wniosek, jak i domowników w poszczególnych województwach, występują znaczne różnice. W kilku województwach (np. kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim) udział ubezpieczonych na wniosek w ogólnej liczbie ubezpieczonych wynosi poniżej 10 proc., natomiast w województwie małopolskim wynosi ponad 30 proc.

W przypadku liczby ubezpieczonych domowników należy zwrócić szczególną uwagę na woj. małopolskie i opolskie, w których udział domowników jest najwyższy. Zapewne wynika to z charakteru gospodarstw rolnych znajdujących się w tych województwach, ale również z możliwości ubezpieczenia w charakterze domownika osób wyjeżdżających do pracy za granicą<sup>16</sup>.

### 3. Świadczenia w systemie ubezpieczeń społecznych rolników

Zgodnie z art. 9 u.s.r., do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego można zaliczyć:

- zasiłek chorobowy,
- zasiłek macierzyński,
- jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

Wysokość świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego ustala minister właściwy do spraw rozwoju wsi<sup>17</sup>:

- po zasięgnięciu opinii Rady Rolników – w przypadku zasiłku chorobowego<sup>18</sup>,
- na wniosek Rady Rolników – w przypadku zasiłku macierzyńskiego,
- w uzgodnieniu z Radą Rolników – w przypadku jednorazowego odszkodowania<sup>19</sup>.

Świadczenia chorobowe rolników są zdecydowanie niższe od kwot otrzymywanych z ZUS-u, w systemie powszechnym zależą one bowiem od otrzymywanego uprzednio wynagrodzenia. Stawka za jeden dzień pobytu rolnika lub domownika na zasiłku chorobowym wzrosła z 7 zł w 2006 r. do 10 zł od 24 czerwca 2009 r. Z kolei wysokość

---

16. Pod względem udziału mieszkańców wyjeżdżających za granicę oba te województwa znajdują się w czołówce krajowej.

17. W pierwotnym tekście ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. wszystkie świadczenia były ustalane na wniosek Rady Rolników.

18. Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni (jednak nie dłużej niż przez 180 dni), art. 14 ust. 1 i 2 u.s.r.

19. Jednorazowe odszkodowanie ustala się dla ubezpieczonego w wysokości proporcjonalnej do określonego procentowo stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, art. 13 ust. 1 u.s.r.

jednorazowego odszkodowania za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacana przez KRUS utrzymuje się od 2006 r. niezmiennie na poziomie 470 zł.

Na uwagę zasługuje zasiłek macierzyński w formie jednorazowego świadczenia z tytułu narodzin dziecka w rodzinie osoby ubezpieczonej, który wypłacany jest jedynie przez KRUS<sup>20</sup>. W ciągu ostatnich trzech lat wzrósł on o 29,1 proc. – z kwoty 2091,11 zł do 2700,40 zł od 1 marca 2009 r.<sup>21</sup>. Corocznie liczba zasiłków macierzyńskich pozostaje na podobnym poziomie, niewielkie jej obniżenie wynika prawdopodobnie ze zmniejszenia liczby osób ubezpieczonych w KRUS-ie.

**Tabela 2. Charakterystyka świadczeń wypłacanych z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego w 2009 r.**

Województwo	Liczba dni zasiłków chorobowych	Liczba dni zasiłków chorobowych na jednego ubezpieczonego	Liczba zasiłków macierzyńskich	Liczba zasiłków macierzyńskich na 1000 ubezpieczonych	Liczba jednorazowych odszkodowań	Liczba jednorazowych odszkodowań na 1000 ubezpieczonych
dolnośląskie	1 159 486	18	1230	19,5	696	11,0
kujawsko-pomorskie	2 567 928	28	1994	21,6	1293	14,0
lubelskie	5 411 463	29	4543	24,7	2445	13,3
lubuskie	313 725	15	448	21,9	221	10,8
łódzkie	3 997 703	31	2653	20,5	1419	11,0
małopolskie	4 015 201	24	5148	31,0	1357	8,2
mazowieckie	4 560 310	21	4879	22,2	2182	9,9
opolskie	512 821	13	921	22,6	276	6,8
podkarpackie	3 612 407	34	2937	27,9	1198	11,4
podlaskie	1 349 390	12	2692	24,7	1619	14,9
pomorskie	1 298 099	25	1556	30,0	668	12,9
śląskie	924 591	19	1077	22,4	410	8,5
świętokrzyskie	3 442 874	40	1831	21,2	946	10,9
warmińsko-mazurskie	1 046 697	19	1316	24,2	868	16,0
wielkopolskie	3 686 557	24	3742	24,6	1913	12,6
zachodnio-pomorskie	535 822	15	690	19,7	281	8,0
<b>Polska</b>	<b>38 435 074</b>	<b>25</b>	<b>37 657</b>	<b>24,2</b>	<b>17 792</b>	<b>11,4</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kwartalna Informacja Statystyczna IV kwartał 2009 r., KRUS, Warszawa 2010.*

20. Zasiłek macierzyński wypłacany przez ZUS jest uzależniony od wynagrodzenia otrzymywanego przez matkę przed porodem.

21. Należy jednak podkreślić, iż osoby ubezpieczone w KRUS-ie nie mają prawa do urlopu macierzyńskiego w okresie poporodowym oraz urlopu wychowawczego.

W Tabeli 2 przedstawiono liczbę świadczeń wypłacanych przez KRUS z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego w poszczególnych województwach. Najmniejsze zróżnicowanie (20-30 zasiłków na 1000 mieszkańców) występuje w przypadku zasiłku macierzyńskiego, świadczenia przyznawanego z tytułu narodzin dziecka, świadczenia praktycznie niemożliwego do wyłudzenia. Zdecydowanie większe zróżnicowanie występuje w przypadku zasiłków chorobowych oraz jednorazowych odszkodowań powypadkowych.

Zgodnie z art. 18 u.s.r. do świadczeń z ubezpieczenia emerytalno-rentowego można zaliczyć<sup>22</sup>:

- emeryturę rolniczą lub rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy,
- rentę rolniczą szkoleniową,
- rentę rodzinną,
- emeryturę i rentę z ubezpieczenia społecznego rolników indywidualnych i członków ich rodzin,
- dodatki do emerytur i rent,
- zasiłek pogrzebowy.

Prawo do emerytury rolniczej przysługuje zarówno ubezpieczonemu, który osiągnął wiek 65 lat (kobieta 60 lat) i podlegał ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez okres co najmniej 25 lat, jak i ubezpieczonemu, który osiągnął wiek o 5 lat niższy, ale podlegał ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez okres 30 lat i zaprzestał prowadzenia działalności rolniczej (art. 19 ust. 1-2 u.s.r.)<sup>23</sup>.

Osoba, która jest trwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym oraz posiada wymagany okres podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu, może otrzymać stałą lub okresową rentę z tytułu niezdolności do pracy w rolnictwie. Wymagany okres podlegania ubezpieczeniu jest uzależniony od wieku, w którym powstała niezdolność do pracy, i wraz z wiekiem wzrasta, z 1 roku dla osób poniżej 20 lat do 5 lat dla osób powyżej 30 lat (art. 21 u.s.r.).

Zarówno renta rolnicza, jak i emerytura rolnicza, składają się z części składkowej i uzupełniającej, które łącznie nie mogą być niższe od emerytury podstawowej<sup>24</sup>.

Część składkowa, przy obliczaniu wysokości świadczeń, ustalana jest na poziomie 1 proc. emerytury podstawowej za każdy rok podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.

Część uzupełniająca wynosi 95 proc. emerytury podstawowej, jeżeli liczba lat przyjęta do ustalenia części składkowej jest mniejsza od 20. Natomiast przy każdym pełnym

---

22. W dalszej części zostaną przedstawione świadczenia, dla których KRUS publikuje ich liczbę z uwzględnieniem poszczególnych województw.

23. Zaprzestanie prowadzenia działalności rolniczej oznacza m.in. przekazanie gospodarstwa rolnego następcy, chociaż w doktrynie prawa nie ma jednoznacznej odpowiedzi, czy gospodarstwo rolne może być samodzielny przedmiot obrotu. Rozwiązanie takie obliuguje rolników do przekazania nie tylko gruntów rolnych, ale również zabudowań i inwentarza żywego, których pozostawienie mogłoby uniemożliwić otrzymywanie przyszłych świadczeń. *Prawo rolne*, red. M. Jarosiewicz, K. Kozikowska, Wolters Kluwer business, Warszawa 2007, s. 21-22; D. Łobos-Kotowska, *Gospodarstwo rodzinne. Prawne formy organizacji*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2006, s. 30.

24. Szerzej w: D. Walczak, *Charakterystyka, op.. cit.*, ss. 208-210.



roku, od 20 lat, część uzupełniającą zmniejsza się o 0,5 proc. emerytury podstawowej. Część uzupełniająca nie może jednak wynieść mniej niż 85 proc. emerytury podstawowej.

Powyższe rozwiązanie ograniczyło wpływ okresu podlegania ubezpieczeniu na wysokość świadczenia. Jednakże istotnym jego mankamentem są również nieproporcjonalnie wysokie renty rolnicze w stosunku do emerytur. Uprawniona do renty rolniczej osoba, która podlegała ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez okres jednego roku, otrzymuje świadczenie w wysokości 100 proc. emerytury podstawowej, natomiast renta osoby, która opłacała to ubezpieczenie przez 30 lat, stanowi 120 proc. emerytury podstawowej<sup>25</sup> (zob. Tabela 3).

**Tabela 3. Wpływ lat podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników na wysokość należnego świadczenia (emerytury i renty rolniczej)**

Wysokość świadczenia (jako procent emerytury podstawowej)	Część składkowa (lata opłacania składki)	Część uzupełniająca – przed zmianą wynikającą z długości ubezpieczenia (w % emerytury podstawowej)	Część uzupełniająca – po zmianie wynikającej z długości ubezpieczenia (w % emerytury podstawowej)
100	1	95	95
105	10	95	95
110	15	95	95
115	20	95	95
120	30	95	90
125	40	95	85

Źródło: D. Walczak, *Charakterystyka ubezpieczeń społecznych rolników, [w:] Nowe wyzwania dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, red. W. Sułkowska, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2007, s. 210.

Rentę rolniczą szkoleniową, w maksymalnym okresie 36 miesięcy, może otrzymać osoba trwale i całkowicie niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, wobec której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego. KRUS osobę tę kieruje do powiatowego urzędu pracy celem przekwalifikowania, koszty przekwalifikowania ponosi Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (art. 21b ust. 1-5 u.s.r.).

W Tabeli 4 przedstawiono liczbę zasiłków pogrzebowych (za osoby ubezpieczone oraz za świadczeniobiorców), emerytur rolniczych oraz rent wypłacanych z ubezpieczenia emerytalno-rentowego<sup>26</sup>.

25. A. Lejk-Kępką, *Zasady przyznawania emerytur rolniczych oraz ustalania wysokości tych świadczeń. Krótka rys historyczny*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2002, nr 4, ss. 20-22.

26. Przedstawienie pozostałych świadczeń wypłacanych z ubezpieczenia emerytalno-rentowego jest niemożliwe, bowiem KRUS nie prezentuje liczby tych świadczeń z uwzględnieniem poszczególnych województw.

Tabela 4. Charakterystyka świadczeń wypłacanych z ubezpieczenia emerytalno-rentowego w 2009 r.

Województwo	Liczba zasiłków pogrzebowych ogółem	Liczba zasiłków pogrzebowych ogółem na 1000 ubezpieczonych lub świadczeniobiorców KRUS	Przeciętna miesięczna liczba emerytur	Przeciętna miesięczna liczba emerytur na jednego ubezpieczonego	Przeciętna miesięczna liczba rent	Przeciętna miesięczna liczba rent na jednego ubezpieczonego
dolnośląskie	2 530	20,7	47 471	0,75	11 666	0,18
kujawsko-pomorskie	3 532	19,7	65 188	0,71	21 668	0,23
lubelskie	7 724	20,6	147 951	0,80	42 765	0,23
lubuskie	835	18,6	19 389	0,95	5012	0,25
łódzkie	5 549	22,2	100 722	0,78	20 049	0,16
małopolskie	4 209	15,2	84 723	0,51	25 986	0,16
mazowieckie	10 092	23,2	176 924	0,80	38 016	0,17
opolskie	1 280	17,6	28 270	0,69	3898	0,10
podkarpackie	3 896	19,4	76 853	0,73	18 515	0,18
podlaskie	4 598	21,9	84 830	0,78	16 409	0,15
pomorskie	1 599	16,7	31 656	0,61	12 179	0,23
śląskie	1 504	15,3	43 619	0,91	6375	0,13
świętokrzyskie	3 322	20,2	64 574	0,75	13 517	0,16
warmińsko-mazurskie	2 138	20,2	39 704	0,73	12 035	0,22
wielkopolskie	5 013	17,8	97 281	0,64	32 510	0,21
zachodnio-pomorskie	1 442	21,0	26 356	0,75	7157	0,20
<b>Polska</b>	<b>59 263</b>	<b>19,9</b>	<b>1 137 685</b>	<b>0,73</b>	<b>287 757</b>	<b>0,18</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Kwartalna Informacja Statystyczna IV kwartał 2009 r.*, KRUS, Warszawa 2010.

Jak przedstawiono wcześniej, osoby ubezpieczone w systemie ubezpieczeń społecznych rolników opłacają znacznie niższe składki aniżeli osoby ubezpieczone w systemie powszechnym. Jednocześnie osoby te otrzymują także niższe świadczenia, które w jednoosobowych gospodarstwach emeryckich osiągają wartość poniżej minimum socjalnego. Jednak co należy zauważyć – przy kilkakrotnie niższych składkach otrzymują oni – przeciętnie zaledwie dwukrotnie niższą emeryturę<sup>27</sup> (zob. Tabela 5).

27. Oczywiście wskazane wartości można by również odnieść do minimum egzystencji, która to wartość jest niższa od świadczeń otrzymywanych z KRUS-u. Jednak w przypadku tej wielkości należy odróżnić minimum egzystencji podawane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych od subiektywnego minimum egzystencji podawanego przez respondentów w trakcie przeprowadzanego, dla celów raportu *Diagnoza 2009*, badania. W drugim przypadku aspiracje gospodarstw domowych są zdecydowanie wyższe. Por. *Diagnoza społeczna 2009*. Warunki i jakość życia Polaków, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2009, ss. 310-311.

Ze względu na przyjęty taki sam sposób obliczania dla emerytur i rent rolniczych – relacja wysokości rent wypłacanych przez KRUS do wysokości rent wypłacanych przez ZUS jest zdecydowanie korzystniejsza dla rencistów rolniczych niż w przypadku podobnej relacji odnoszącej się do emerytur. Wynika to z mniejszej różnicy pomiędzy rentą i emeryturą rolniczą niż pomiędzy tymi świadczeniami wypłacanymi przez ZUS z systemu powszechnego.

Tabela 5. Przeciętna wysokość emerytury i renty wypłacanej przez KRUS i ZUS oraz wysokość minimum socjalnego w latach 2006-2009 (zł)

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009
Emerytura rolnicza (KRUS)	723,15	737,2	770,58	822,22
Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy (KRUS)	635,98	641,66	676,05	716,63
Emerytura (ZUS)	1 310,75	1 346,42	1 471,30	1 491,52
Renta z tytułu niezdolności do pracy (ZUS)	989,19	1 011,47	1 096,34	1 184,23
Wysokość minimum socjalnego w jednoosobowym gospodarstwie emeryckim*	801,3	822,2	871,6	896,59

\* Dla lat 2006-2009 wysokość zmodyfikowanego minimum socjalnego, dane: grudzień 2009 r.

Źródło: *Kwartalna Informacja Statystyczna IV kwartał 2009 r.*, KRUS, Warszawa 2010, *Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego, ZUS, Warszawa 2010 oraz Instytut Pracy i Spraw Socjalnych*, <http://www.ipiss.com.pl> (10.05.2010).

#### 4. Koncentracja przestrzenna wielkości charakteryzujących system ubezpieczenia społecznego rolników

Obliczając koncentrację przestrzenną liczby osób ubezpieczonych i świadczeniobiorców z uwzględnieniem podziału na województwa skorzystano z lokacyjnego indeksu Giniego  $G_i^*$ . Obliczono go ze wzoru <sup>28</sup>:

$$G_i^* = 1 - \frac{1}{R} \sum_{r=1; k=0}^R w_r [\lambda_{r(k+1)}^i + \lambda_{r(k)}^i]$$

28. Szerzej o lokacyjnym indeksie Giniego w *Ekonometria przestrzenna, Metody i modele analizy danych przestrzennych*, red. B. Suhecki, C.H. Beck, Warszawa 2010, ss. 132-140.

$$\lambda_{r(k)}^i = \sum_{r=1}^k u_r^i, \quad k=1,2,\dots,R$$

gdzie  $u_r^i = \frac{x_r^i}{x}$  oznacza udział indywidualny obserwacji w i-tym sektorze i w r-tym regionie w całkowitej sumie obserwacji zmiennej X, natomiast  $w_r = \frac{x_r}{x}$ , udział brzegowy wartości regionalnej sumy obserwacji przekrojowych dla r-tego regionu w ogólnej sumie obserwacji zmiennej X (zmienna wagowa).

**Tabela 5. Wartości współczynnika Giniego oraz lokacyjnego współczynnika Giniego dla wielkości charakteryzujących system ubezpieczenia społecznego rolników**

Wyszczególnienie	Indeks Giniego	Lokacyjny indeks Giniego
Ubezpieczenie emerytalno-rentowe:		
Płatnicy	0,004625	0,029889129
Ubezpieczeni na wniosek	0,385178	0,382380713
Domownicy	0,140317	0,227586408
Emeryci	0,078954	0,074157546
Renciści	0,064345	0,107570267
Zasiłki pogrzebowe	0,197354	0,089909725
Ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie:		
Zasiłki chorobowe	0,284178	0,158863809
Odszkodowania powypadkowe	0,146765	0,112551525
Zasiłki macierzyńskie	0,173223	0,075142613

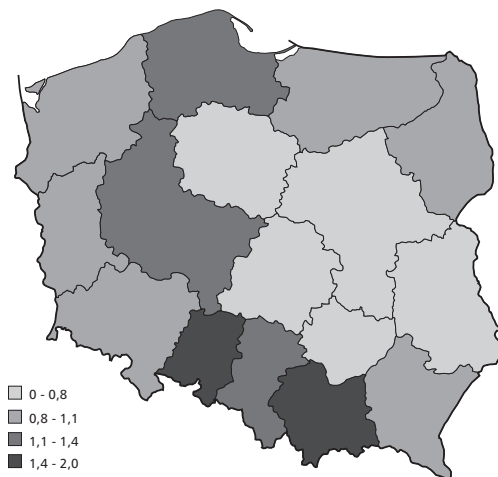
*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRUS-u.*

W Tabelicy 5 zamieszczono policzone wartości lokacyjnego indeksu Giniego  $G_i^*$ . Wartości współczynnika z przedziału (0,0,1) wskazują na brak koncentracji przestrzennej badanego zjawiska, z przedziału (0,1-0,2) na słabą koncentrację przestrzenną, a wartości powyżej 0,2 na silną koncentrację. Oprócz wartości lokacyjnego współczynnika Giniego  $G_i^*$ , w tabelicy 5 zamieszczono również wartości współczynnika Giniego  $G_i^*$ . W przypadku lokacyjnego indeksu Giniego  $G_i^*$ , poprzez wykorzystanie udziałów brzegowych  $w_r$ , uwzględnia się przestrzenny rozkład danego zjawiska. Powoduje to, że wartość lokacyjnego współczynnika Giniego poprawnie przybliża wielkość koncentracji przestrzennej. Natomiast standardowy współczynnik Giniego  $G_i^*$ , w przypadku analizy danych przestrzennych może błędnie szacować wielkość koncentracji, co widoczne jest dla niektórych zmiennych w Tabeli 5.

Wysokie wartości współczynnika Giniego wskazują na istniejącą koncentrację przestrzenną badanej zmiennej, co z kolei może wskazywać na istniejące nieprawidłowości w ubezpieczeniu społecznym rolników w Polsce. Zmienne, w przypadku których trudno o nieprawidłowości, charakteryzują się niewielką koncentracją terytorialną. Do takich zmiennych można zaliczyć zasiłki pogrzebowe i macierzyńskie, liczbę emerytur i rent rolniczych (choć w przypadku rent, ze względu na zaostrzenie rozwiązań, coraz trudniej o nieprawidłowości).

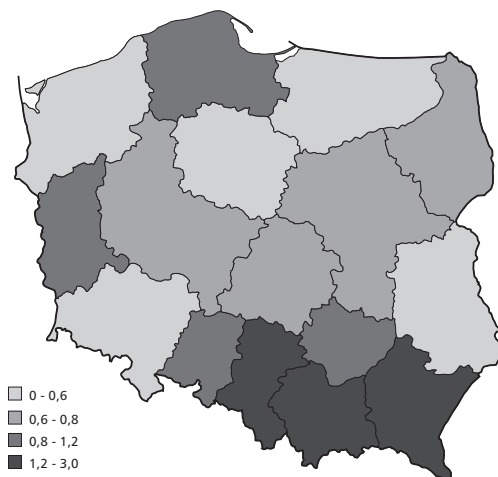
Przeprowadzone w niniejszym artykule badania pokazały, iż zupełnie inaczej kształtuje się sytuacja w przypadku świadczeń, dla których mogą zaistnieć pewne nieprawidłowości przy ich wypłacie. Są to m.in. zasiłki chorobowe oraz odszkodowania wypadkowe. W tym zakresie można stwierdzić, iż albo istnieją województwa o podwyższonych wartościach tych świadczeń ze względu na wysoką zachorowalność osób ubezpieczonych, albo z różnych powodów w kilku województwach osoby ubezpieczone zdecydowanie częściej są skłonne do wyłudzeń tych świadczeń.

Rysunek 1. Wartości współczynnika lokalizacji dla zmiennej „Domownicy”



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Wartości współczynnika lokalizacji dla zmiennej „Ubezpieczeni na wniosek”



Źródło: opracowanie własne.

Na Rysunkach 1 i 2 przedstawiono wartości współczynników lokalizacji<sup>29</sup> dla dwóch zmiennych (domownicy; ubezpieczeni na wniosek) charakteryzujących się największym różnicowaniem przestrzennym. Współczynnik lokalizacji pozwala na korektę wstępnej oceny zróżnicowania poprzez uwzględnienie zmiennej wagowej. Jako zmienna waga przyjęta została liczba ubezpieczonych ogółem w KRUS.

Zaprezentowane rysunki wskazują na największą liczbę domowników w stosunku do ubezpieczonych ogółem w województwach opolskim i małopolskim. Natomiast największa liczba ubezpieczonych na wniosek w stosunku do ubezpieczonych ogółem występuje w województwach śląskim, małopolskim i podkarpackim. Brak jednorodności w wartościach współczynnika lokalizacji przekłada się bezpośrednio na wysoką koncentrację przestrzenną tych zmiennych.

Zgodnie z powyższym najwyższą koncentracją charakteryzuje się grupa domowników, czyli osoby bliskie rolnikowi, pomagające w prowadzeniu gospodarstwa rolnego oraz grupa ubezpieczonych na wniosek (osoby posiadające poniżej 1 ha przeliczeniowego ziemi i „prowadzące” działalność gospodarczą na tym areale). Wysoka koncentracja terytorialna tych zmiennych świadczy o nieefektywności systemu KRUS i może wynikać z nadmiernego ubezpieczania w charakterze „domownika” osób wyjeżdżających do pracy za granicą lub pracujących „na czarno”. Część z domowników oraz osób ubezpieczonych na wniosek są to osoby nieczynne zawodowo, tzw. „przygarnięte przez KRUS”, które opłacają niższe składki czekając na emeryturę.

## Podsumowanie

Obecne rozwiązania prawne w zakresie ubezpieczenia społecznego rolników mogą prowadzić do pewnych nadużyć. Jak wskazano w największym zakresie dotyczą one ubezpieczonych na wniosek oraz ubezpieczania domowników. Przeprowadzone badania wskazały na równomierny rozkład w zakresie zasiłków pogrzebowych, macierzyńskich, liczby płatników i emerytów, bowiem każde z tych świadczeń jest praktycznie niemożliwe do wyłudzenia. Niestety w pozostałych przypadkach wskazano na nierównomierny rozkład. Są bowiem województwa, w których występujące pewne luki w tym systemie są wyjątkowo wykorzystywane.

Przeprowadzone badania pokazały, iż świadczeniobiorców można byłoby podzielić na trzy grupy charakteryzujące się różnym stopniem koncentracji przestrzennej. Podział ten został dokonany w oparciu o rodzaj pobieranego świadczenia. Najmniejszym stopniem koncentracji terytorialnej charakteryzowały się osoby pobierające świadczenia, w przypadku których trudno o nieprawidłowości, są to: emerytury, płatnicy, zasiłki macierzyński i pogrzebowy.

Drugą grupę tworzyły osoby, które pobierały świadczenia, dla których mogły zaistnieć pewne nieprawidłowości przy ich wypłacie, są to: renty, zasiłki chorobowe, odszkodowania powypadkowe.

---

29. Szczegółowe informacje na temat współczynnika lokalizacji zob. *Ekonometria przestrzenna*, op. cit., ss. 132-140.

W ostatniej grupie najwyższą koncentracją charakteryzowały się osoby ubezpieczone na wniosek (osoby posiadające poniżej 1 ha przeliczeniowego ziemi i „prowadzące” działalność gospodarczą na tym areale) oraz domownicy, czyli osoby bliskie rolnika pomagające w prowadzeniu gospodarstwa rolnego. W tej to właśnie grupie można odnaleźć największe nieprawidłowości i doszukać się przyczyn ich występowania. Można także zaproponować rozwiązania możliwe do zastosowania.

## Wykaz źródeł:

- Barlett F., *Rolnicy dwuzawodowi: zachowanie gospodarstwa czy wiejskiego stylu życia?*, [w:] *Socjologia wsi w Ameryce Północnej*, red. K. Gorch, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1988.
- Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2009.
- Fitzpatrick G., *Ocena struktury organizacyjnej KRUS*, Bank Światowy 2005.
- Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego*, ZUS, Warszawa 2010.
- Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, <http://www.ipiss.com.pl>.
- Jarosiewicz M., Kozikowska K., *Prawo rolne*, red., Wolters Kluwer business, Warszawa 2007.
- Kucka E., *Szczególne zasady ubezpieczenia społecznego rolników*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, red. E. Kucka, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2009.
- Kwartalna Informacja Statystyczna IV kwartał 2009 r.*, KRUS, Warszawa 2010.
- Lejk-Kępką A., *Zasady przyznawania emerytur rolniczych oraz ustalania wysokości tych świadczeń. Krótki rys historyczny*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2002, nr 4.
- Łobos-Kotowska D., *Gospodarstwo rodzinne. Prawne formy organizacji*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2006.
- Poakcesyjny Program Wsparcia Obszarów Wiejskich, <http://www.ppwow.gov.pl> (20.07.2009).
- Przygodzka R., *Fiskalne instrumenty wspierania rozwoju rolnictwa: przyczyny stosowania, mechanizmy i skutki*, Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 31 marca 2005 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej KRUS (Dz.U. 2005, Nr 68, poz. 599).
- Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 6 października 2006 r. w sprawie trybu zgłaszania kandydatów na członków Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników oraz regulaminu i zasad wynagradzania jej członków (Dz.U. 2006, Nr 189, poz. 1394 z późn. zm.).
- Sojak, Wyższa Szkoła Bankowa, Toruń 2007.
- Sucheckie B., *Ekonometria przestrzenna, Metody i modele analizy danych przestrzennych*, C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. 2008, Nr 50, poz. 291 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Walczak D., *Źródła finansowania ubezpieczeń społecznych rolników w Polsce*, [w:] *Finanse i rachunkowość wobec wyzwań procesów globalizacyjnych*, red. J. Głuchowski, J. Patyk, S. Wóycicka I., *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*, IBnGR, Warszawa 2000.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2006 r. II UK 42/06.

## **Assessment of territorial distribution of insured persons and beneficiaries in social insurance of farmers in Poland – Summary**

*The aim of the article is to present assessment of territorial concentration of selected variables which are characteristic for insured persons and beneficiaries who belong to the farmers' social insurance system. The territorial analysis carried out on the basis of the Gini index and Gini location index enabled identification of irregularities in the system. Another important issue raised in the article is an answer to the question as to which of the variables characteristic for farmers' social insurance system (KRUS) show an increased territorial distribution.*

*The research showed that beneficiaries can be divided into three groups with various degrees of territorial concentration.*

*The lowest degree of concentration was noticed in the case of persons who receive benefits in whose case irregularities are rather uncommon, these are: old-age pensions, maternity benefit and funeral allowance. The second group consisted of persons who collected benefits in whose case there may be certain irregularities when they are paid out, these are: disability pension, sickness benefit and accident indemnity. In the last group, the highest concentration was observed for those insured at someone else's request and household members.*

**BOŻENA KOŁOSOWSKA** jest profesorem w Katedrze Zarządzania Finansami Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

**MICHAŁ BERNARD PIETRZAK** jest pracownikiem naukowym w Katedrze Ekonometrii i Statystyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**DAMIAN WALCZAK** jest pracownikiem naukowym w Katedrze Zarządzania Finansami Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Recenzenci: dr Marcin Kawiński, prof. dr hab. Eugeniusz Stroiński.



WOJCIECH NAGEL

## Ubezpieczenia społeczne rolników w obliczu zmian

*Zaniechania związane z niedokończeniem reformy ubezpieczeń społecznych w Polsce, a także brak istotnych przedsięwzięć służących ujednoczaniu reguł funkcjonowania obywateli w tej sferze, budzą niepokój. Wydaje się, iż problematyka emerytalna stała się przedmiotem politycznego przetargu nie zaś – rachunku aktuarnego. Ponadto nie jest wszczynana i prowadzona debata publiczna dotycząca ważnych problemów wymagających pilnych rozwiązań. W szczególności – zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, a w kolejnym etapie jego wydłużenia (u mężczyzn), podjęcia istotnej korekty w tzw. systemach uprzywilejowań (emerytury mundurowe oraz górnicze). Także wdrożenia ewolucyjnych zmian w ubezpieczeniu społecznym rolników. Artykuł podejmuje próbę zarysowania kierunków jego możliwej modernizacji oraz ukazuje znaczenie przepływów finansowych do sfery zabezpieczenia emerytalnego w polityce ekonomicznej państwa.*

### Wprowadzenie

System powszechnego zabezpieczenia emerytalnego w Polsce podlegać będzie zapewne istotnym zmianom modyfikującym jego dotychczasowe zasady. W pierwszym rzędzie dotyczyć to ma podsystemu kapitałowego, wprowadzonego reformą emerytalną z 1999 roku. Istota planowanych modyfikacji streszcza się do poważnego zmniejszenia alokacji (z 7,3 proc. do 2,3 proc.) składki emerytalnej do części kapitałowej – na rzecz repartycyjnego systemu emerytalnego. Doprowadzi to do zmniejszenia kosztów refundacji do OFE, skutkować natomiast będzie – utworzeniem indywidualnych kont emerytalnych w ZUS, dla osób będących uczestnikami funduszy. Autorzy zmian przekonują o ich korzyściach płynących dla ubezpieczonych a wynikających z waloryzowania wpływających składek, gwarancji państwowej oraz – niesprecyzowanej jak dotąd – możliwości dziedziczenia aktywów składkowych. Trudno przewidzieć obecnie jaki będzie ostateczny kształt zapowiadanych modyfikacji funkcjonowania funduszy emerytalnych, ale nie należy wykluczać, iż zmiany, które mają obowiązywać począwszy od 1 kwietnia 2011 roku zmienią kierunek rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce. Warto zastanowić się w jaki sposób projektowane zmiany mogą stać się impulsem do modyfikacji w systemie zabezpieczenia społecznego rolników?

Ubezpieczenie społeczne rolników budzi od wielu lat emocje i spory, między innymi z uwagi na wzrost rangi problematyki wiejskiej po akcesji unijnej oraz uzyskaniu przez wieś istotnego wsparcia w ramach wspólnej polityki rolnej UE. Należy wspomnieć, iż łączna wartość płatności zrealizowanych na rzecz polskich rolników do 2010 roku wyniosła 54 mld zł<sup>1</sup>. Kwota ta obejmuje płatności, które były finansowane z budżetu UE oraz uzupełnione z budżetu krajowego. Szczególnie korzystnie ukształtowała się sytuacja w 2009 roku, w którym na skutek wzrostu płatności oraz czynników kursowych, nastąpił przyrost wartości alokacji w stosunku do poprzedniego roku o blisko 2/5.

Polskie rolnictwo funkcjonuje w modelu tradycyjnym, z dominującym typem gospodarstwa małego, produkującego w układzie samozaopatrzeniowym. Według danych GUS liczba gospodarstw rolnych o wielkości do 2 ha stanowi ponad 46 proc., zaś pomiędzy 2 a 10 ha – blisko 40 proc. ich ogólnej liczby. Jedno gospodarstwo powyżej 30 ha – przypada na 40 mniejszych. Liczba gospodarstw rolnych w Polsce w 2007 roku stanowiła blisko 1/6 wszystkich gospodarstw poszerzonej Unii Europejskiej (17,45 proc.)<sup>2</sup> i wynosiła ok. 2,4 mln. funkcjonujących podmiotów. Konstrukcja polskiego systemu ubezpieczeń rolnych powoduje, iż niezależnie od dochodowości gospodarstwa może ono zapewniać właścicielowi posiadającemu więcej aniżeli 1 ha przeliczeniowych gruntów – świadczenie z ubezpieczenia społecznego.

## 1. Rolnictwo polskie, „ubezpieczenie” społeczne na wsi

Znaczenie rolnictwa dla życia społecznego w Polsce oraz gospodarki posiada odmienny wymiar gospodarczy aniżeli w innych krajach europejskich. Zatrudnienie na wsi wynosi obecnie blisko 20 proc., wobec 8,1 proc. w Hiszpanii i 4,8 proc. w Niemczech. Udział rolnictwa w PKB wynosi w Polsce ok. 4,5 proc. PKB<sup>3</sup>. Okres transformacji i poakcesyjny (1995-2008) przyniósł spadek liczby pracujących w krajowym rolnictwie o ok. 1,1 mln osób. Jednocześnie polscy rolnicy zanotowali w latach 2000-2009 ponad 107 proc. przyrost przeciętnych uzyskiwanych dochodów (wskaźniki dla Czech i Słowacji – wynoszą odpowiednio: niespełna 55 proc. i 52 proc.)<sup>4</sup>.

Ubezpieczenie społeczne rolników posiada w zasadzie całkowicie zaopatrzeniowy charakter i jest utrzymywany przez podatników. Operatorem instytucjonalnym systemu jest KRUS, który zatrudnia blisko 6,5 tys. pracowników i wykonuje zadania dla ok. 1,6 mln ubezpieczonych rolników oraz wobec 1,5 mln świadczeniobiorców. Zadania Kasy dotyczą w szczególności obejmowania ubezpieczeniem społecznym rolników, pobierania składek, przyznawania oraz wypłatę świadczeń. Odpowiadają one odpowiednim ryzykom i zdarzeniom ubezpieczeniowym: emerytalno-rentowemu, wypadkowemu, chorobowemu oraz macierzyńskiemu. Operator ustala ponadto prawa ubezpieczonych do świadczeń z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. Prowadzi

- 
1. Dane na podstawie programów Jednolitej Płatności Obszarowej oraz Uzupełniających Krajowych Płatności Bezpośrednich dla Polski, UE.
  2. Por. *Rural development in the European Union*, EC report 2009.
  3. Dane: Eurostat, EC 2010.
  4. *Ibidem*.

obsługę krajowych rent strukturalnych i wypłatę dodatkowych świadczeń pieniężnych przysługujących emerytom i rencistom.

Mało znanym a istotnym zadaniem Kasy jest prowadzenie działalności prewencyjnej i rehabilitacji leczniczej. Działalność prewencyjna służy eliminowaniu zagrożeń w środowisku pracy i życia rolników, minimalizowaniu liczby i skutków wypadków przy pracy w gospodarstwach ubezpieczonych rolników. Podstawowym zadaniem prewencji jest ograniczanie wydatków budżetowych na świadczenia rentowe oraz odszkodowawcze z ubezpieczenia społecznego rolników. Subwencje budżetowe przeznaczane na Fundusz Prewencji i Rehabilitacji zmalały z 29,3 mln zł w 2003 r. do 4,5 mln w 2009 roku<sup>5</sup>. Z drugiej strony w minionych dwóch dekadach nastąpił spadek o blisko połowę liczby wypadków w gospodarstwach rolnych. Bilans prowadzenia działań prewencyjnych przez ponad 15 lat wskazuje na ograniczenie wypadków z ponad 42 tys. odnotowanych w 1993 roku do ok. 28 tys. na koniec 2007 r. Odnotowano także mniej wypadków śmiertelnych wśród ubezpieczonych rolników lub poszkodowanych z trwałym kalectwem. Ocena funkcjonowania operatora powinna uwzględniać te istotne z punktu widzenia społecznego (aspekty profilaktyki zdrowotnej, prewencja wypadkowa) przedsięwzięcia, poprawiające kondycję psychofizyczną mieszkańców wsi.

## 2. Świadczenia emerytalne, przepływy finansowe do KRUS i ZUS

System emerytalny rolników bywa traktowany przez oponentów jako system uprzywilejowany. Wskazuje się w nim na minimalne, *de facto*, zryczałtowane składki oraz możliwość dodatkowego zatrudnienia bez groźby utraty świadczenia. Objęci ubezpieczeniem rolniczym posiadają także uprawnienie wcześniejszego przechodzenia na emeryturę (kobieta po ukończeniu 55 lat, mężczyzna – po ukończeniu 60 lat). Warunkiem uzyskania wcześniejszego świadczenia emerytalnego jest podleganie ubezpieczeniu społecznemu przez co najmniej 30 lat oraz zaprzestanie prowadzenia działalności rolniczej. Powyższe uwarunkowania wskazują na odmienności od zasad obowiązujących w tzw. systemie pracowniczym<sup>6</sup>, w którym kobiety i mężczyźni przechodzą na emeryturę odpowiednio o 5 lat później, płacąc składkę emerytalną w wysokości 19,52 proc. od podstawy wynagrodzenia brutto. Składka rentowa opłacana przez pracownika wynosi obecnie 6 proc. – odnosząc łącznie do podstawy wymiaru – obciążenie płacy osiąga 25,52 proc.

Sposób naliczania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników posiada odmienny charakter. Odniesieniem do niego jest wysokość emerytury podstawowej: przykładowo we wrześniu 2010 roku wynosiła ona 706,29 zł<sup>7</sup>. Miesięczna podstawowa składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe rolników stanowi 10 proc. emerytury podstawowej – w IV kwartale ubiegłego roku składka podstawowa wyniosła zatem 71 zł – za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu.

5. Dane za Centralą KRUS, Warszawa 2010.

6. Bez osób zatrudnionych w tzw. warunkach szczególnych, nauczycieli oraz górników.

7. Por. Wymiar składek na ubezpieczenie społeczne rolników w IV kwartale 2010 r., [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl)

Rolnicy, którzy prowadzą gospodarstwa rolne powyżej 50 hektarów przeliczeniowych, opłacali w ostatnim kwartale roku składki również w relacji do emerytury podstawowej – odpowiednio<sup>8</sup>:

1. 12 proc. emerytury podstawowej (85 zł) dla gospodarstw rolnych obejmujących obszar użytków rolnych do 100 ha przeliczeniowych (HP),
2. 24 proc. emerytury podstawowej (170 zł) dla gospodarstw rolnych obejmujących obszar użytków rolnych do 150 HP,
3. 36 proc. emerytury podstawowej, (254 zł) dla gospodarstw rolnych obejmujących obszar użytków rolnych do 300 HP,
4. 48 proc. emerytury podstawowej (339 zł) dla gospodarstw rolnych obejmujących obszar użytków rolnych powyżej 300 HP.

Miesięczna składka na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie w IV kw. 2010 r. została ustalona w wysokości 36 zł za każdą osobę podlegającą temu ubezpieczeniu. Ograniczony zakres ubezpieczenia – na wniosek danej osoby, która jest nim objęta, skutkuje płaceniem niższej składki (1/3 – 12 zł).

Porównanie uwarunkowań funkcjonowania osób objętych powszechnym systemem ubezpieczenia społecznego (dalej SUP) oraz ubezpieczeniem społecznym rolników (dalej SUR) wskazuje, iż zarówno sposób opłacania składki, jak i wysokość świadczeń są zasadniczo odmienne.

W ostatnich latach dokonując porównań pomiędzy SUP a SUR, można spotkać poglądy na temat możliwości scalenia obu systemów bądź też połączenia instytucjonalnego operatorów, czyli ZUS i KRUS. Aby zbadać sensowność ewentualnego wdrożenia podobnych rozwiązań warto spojrzeć na znaczenie zabezpieczenia społecznego Polaków z punktu widzenia ich udziału w wydatkach budżetu państwa. Wydatki na ubezpieczenie społeczne rolników w ostatniej dekadzie wyraźnie spadały z 9,1 proc. w 2000 do 5,4 proc. w 2010 roku, stabilizując swój udział w ostatnim trzyleciu na poziomie poniżej 5,5 proc. Wydatki na ubezpieczenie społeczne (SUP), administrowane przez ZUS, z wyłączeniem tzw. systemu emerytur mundurowych, w analogicznym okresie czasu, zaczęły spadać od 2003 roku z 18,9 proc. do 12,4 proc. w 2009 roku. Ich wzrost do 15 proc. w 2010 roku ma związek z pogorszeniem się koniunktury gospodarczej i wpływem tego zjawiska na kształtowanie się parametrów makroekonomicznych wpływających na płynność Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Nie należy także zapominać o wciąż istniejących na rynku pracy mechanizmach dezaktywizujących roczniki z przedziału wiekowego 50+ oraz niepełną implementację rządowego programu aktywizacji zawodowej.

---

8. Na podstawie Uchwały Nr 38 Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników z dnia 1 września 2010 r.

Tablica 1: Udział przepływów budżetowych w funkcjonowaniu SUP i SUR

Wyszczególnienie roku (1998-2010)	Wydatki budżetowe (BP) ogółem (mld zł)	Przepływy BP do SUP* (mld zł)	Udział przepływu do SUP w BP (%)	Przepływy BP do SUR w mld zł	Udział przepływu do SUR w BP (%)
2010	301	45,1	15,0	16,2	5,4
2009	300	37,2	12,4	16,6	5,5
2008	309	42,5	13,8	15,8	5,1
2007	259	35,2	13,6	15,9	6,1
2006	223	32,4	14,5	15,0	6,7
2005	208	30,6	14,7	15,4	7,4
2004	198	31,3	15,9	15,7	7,9
2003	189	35,7	18,9	15,5	8,2
2002	183	34,5	18,9	15,9	8,7
2001	173	28,8	16,6	15,4	8,9
2000	151	22,0	14,6	13,7	9,1
1999	138	15,0	10,9	13,3	9,6
1998	140	12,7	9,1	11,0	7,9

\* z uwzględnieniem refundacji składki przekazywanej do OFE (7,3 proc. podstawy wymiaru).

Źródło: opracowanie własne, dane: Centrala ZUS, Centrala KRUS, Warszawa 2010.

Utrzymywanie się wysokiego poziomu dopłat do systemu zabezpieczenia społecznego Polaków, powoduje pojawianie się projektów zmian, które mają stabilizować (bądź obniżyć) przepływy finansowe z budżetu państwa. O zmianach w systemie OFE w 2011 roku rząd zdecydował na posiedzeniu w dniu 4 stycznia b.r.

Nad modyfikacjami w systemie ubezpieczeń rolniczych pracuje rządowy zespół międzyresortowy<sup>9</sup> powołany we wrześniu 2008 roku. Zmiany miałyby obejmować m.in. wprowadzenie właścicieli gospodarstw do powszechnego systemu podatkowego, objęcie ich obowiązkiem prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz włączenia właścicieli największych gospodarstw do ubezpieczenia społecznego prowadzonego w ramach FUS. Ten ostatni pomysł budzi kontrowersje i napotkał na kontrpropozycję, o której będzie mowa w dalszej części artykułu.

9. Zarządzenie nr 105 Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 września 2008 r. w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do Spraw Reformy Systemu Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

### 3. Problematyka włączenia rolników do powszechnego systemu podatkowego

Jednym z zagadnień obecnych w debacie poświęconej zmianom w ubezpieczeniu rolniczym jest problem utrzymywania rolników poza powszechnym systemem podatkowym. W obecnym stanie prawnym<sup>10</sup> przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych nie mają zastosowania do przychodów z działalności rolniczej, za wyjątkiem przychodów z działów specjalnych produkcji rolnej, a także przychodów z gospodarki leśnej (oraz gruntów rolnych do zalesienia). Za działalność rolniczą rozumie się<sup>11</sup> wytwarzanie produktów roślinnych lub zwierzęcych w stanie nieprzetworzonym (naturalnym) z własnych upraw albo hodowli lub chowu.

Podatkiem dochodowym objęte są tzw. działy specjalne produkcji rolnej, do których zalicza się w szczególności uprawy w szklarniach i ogrzewanych tunelach foliowych, uprawy grzybów i ich grzybni, fermową hodowlę i chów drobiu rzeźnego i nieśnego, wylęgarnie drobiu, hodowlę i chów zwierząt futerkowych i laboratoryjnych. Także, co powszechnie mniej znane jak hodowlę dżdżownic, prowadzenie pasiek oraz hodowlę i chów innych zwierząt poza gospodarstwem rolnym<sup>12</sup>.

W sytuacji nieprowadzenia przez podatnika ksiąg podatkowych, jego dochód ustala się na podstawie norm szacunkowych dochodu – biorąc pod uwagę powierzchnię upraw bądź jednostki produkcji zwierzęcej<sup>13</sup>. Podstawę opodatkowania stanowi dochód wynikający z iloczynu właściwej dla danego rodzaju działu specjalnego – normy szacunkowej dochodu oraz liczby jednostek produkcji, których dana norma szacunkowa dotyczy.

Warto zauważyć, iż dochody osiągnane z prowadzenia działów specjalnych podlegają, podobnie jak w przypadku dochodów uzyskiwanych z pozarolniczej działalności gospodarczej, opodatkowaniu na zasadach ogólnych. Skala opodatkowania jest progresywna w przypadku podatników, którzy ustalają dochód na podstawie prowadzonych ksiąg. Możliwe jest także ustalenie podstawy opodatkowania przy zastosowaniu norm szacunkowych dochodu. Stawka zryczałtowana 19 proc., może być zastosowana w sytuacji, gdy dochód jest ustalany także na podstawie prowadzonych ksiąg przez podatników.

Zagadnienie prowadzenia ksiąg podatkowych jest kolejnym z istotnych problemów podnoszonych w dyskusji na temat ujednoczenia sytuacji podatników, którzy osiągają przychody podlegające opodatkowaniu. Warto przypomnieć, iż obowiązek ten zależy od formy prawnej jednostki lub wielkości osiągniętych przychodów, a nie od przedmiotu działalności i sposobu opodatkowania. Także osoby fizyczne, które prowadzą działalność rolniczą i przekroczą określoną wysokość przychodów netto ze sprzedaży towa-

---

10. Por. art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.)

11. Por. art. 2 ust. 2 ustawy, j.w.

12. Rodzaje i rozmiary upraw, chowu i hodowli zaliczanych do działów specjalnych produkcji rolnej określone zostały w załączniku nr 2 do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

13. Tamże: normy szacunkowe są zryczałtowaną formą ustalania podstawy opodatkowania.

rów, produktów i operacji finansowych<sup>14</sup>, są poddane temu obowiązкови. Przekroczenie wymienionej kwoty powoduje bowiem konieczność prowadzenia ksiąg rachunkowych i stosowania przepisów o rachunkowości.

#### 4. Reforma systemu ubezpieczenia społecznego rolników: propozycje kierunkowe

Potrzeba zreformowania funkcjonującego systemu ubezpieczenia społecznego rolników jest podnoszona przez ekonomistów od wielu lat, w szczególności po przystąpieniu Polski do UE. Formalnym przejawem uznania zasadności prowadzenia prac analitycznych oraz wypracowania propozycji zmian było powołanie w 2008 roku rządowego zespołu międzyresortowego. W jego skład weszli wyznaczeni eksperci, których zadaniem była szczegółowa analiza systemu. Efektem ich prac miało być przedstawienie założeń do zmian legislacyjnych w zakresie funkcjonowania ubezpieczenia społecznego rolników, w tym zróżnicowania wysokości składek opłacanych przez rolników. Pomimo upływu ponad dwóch lat od rozpoczęcia przez zespół pracy nie jest znany bilans jego dokonań. Tymczasem w sprawach dotyczących funkcjonowania ubezpieczenia zdrowotnego rolników oraz łączenia ich praw emerytalnych w wypadku ich zbiegu dwukrotnie wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny.

Wyrokiem z 26 października 2010 roku<sup>15</sup> Trybunał Konstytucyjny (TK) uznał za niekonstytucyjny przepis o finansowaniu z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników. Zmodyfikowane przepisy powinny zostać przygotowane i wdrożone od lutego 2012 roku. Konsekwencją ewentualnego braku wprowadzenia nowej regulacji byłaby konieczność opłacania składki z własnych środków lub niemożność korzystania z usług NFZ. Niebezpieczeństwo takie jest zgłaszane z uwagi na kalendarz wyborczy oraz trudności związane z przygotowaniem stosownych przepisów. Najbardziej istotną kwestią będzie opracowanie algorytmu ustalenia wysokości dochodu rolnika.

Kolejnym zagadnieniem będącym przedmiotem rozstrzygnięcia TK<sup>16</sup> w 2010 roku, a dotyczącym przepisu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, było stwierdzenie o niezgodności z Konstytucją uniemożliwienia ubiegania się (przez osoby, które mają ustalone prawo do emerytury rolniczej) o zwiększenie emerytury z FUS, z uwagi na fakt opłacania składek na ubezpieczenie rolnicze. Dotyczy to osób, które pracowały zawodowo i prowadziły działalność gospodarczą odprowadzając składki na ubezpieczenie społeczne rolników. W przypadku ustalonego prawa do renty bądź emerytury rolniczej ich świadczenie z FUS nie może być zwiększone. Także w sytuacji jeśli świadczeń rolniczych nie pobierali lub też mieli je zawieszane.

Wnioskodawcy argumentowali, iż emerytura rolnicza jest podzielona na dwie części: składki rolników i dotacji z budżetu państwa (analogicznie – ich zdaniem – do emerytury z FUS). Jeżeli zatem dana osoba pobiera emeryturę z FUS, a odprowadzała

14. Pułap wynosi 1,2 mln euro, art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.).

15. Sygn. akt K 58/07, wyrok został ogłoszony 3 listopada 2010 r.

16. Z wniosku posłów klubu parlamentarnego PiS.

składki na emeryturę rolniczą, to jej emerytura z FUS powinna zostać zwiększona o kwotę, wynikającą z odprowadzanych w przeszłości składek rolniczych. Tymczasem zgodnie z prawem podobna możliwość istnieje wyłącznie w przypadku, gdy przy ustalaniu świadczenia z FUS nie brano pod uwagę okresów przepracowanych w gospodarstwie i nie ustalono prawa do renty bądź emerytury rolniczej.

Trybunał Konstytucyjny po rozpatrzeniu wniosku uznał, że regulujące to przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników są konstytucyjne. Warte podkreślenia jest to, iż TK zauważył związek pomiędzy wysokością odprowadzanej składki a wysokością otrzymywanego świadczenia, którego to związku – jego zdaniem – nie ma w przypadku świadczeń rolniczych. Składki płacone przez rolników były symboliczne, a ich emerytura jest w blisko 95 proc. finansowana z budżetu państwa. Z tych rozważań można wywieść, iż Trybunał dostrzegł bardziej zaopatrzeniowy aniżeli ubezpieczeniowy charakter ubezpieczeń rolniczych.

Zmiany w sposobie funkcjonowania ubezpieczeń rolniczych powinny uwzględniać nowy sposób wyliczania składek dla rolników, których wysokość powinna być ustalana na podstawie osiąganego dochodu a nie wielkości gospodarstwa. Eksperti<sup>17</sup> przygotowali także wariantowe rozwiązanie dotyczące sposobu ubezpieczania się przez prowadzących gospodarstwa rolne:

1. ubezpieczenie dobrowolne i traktowanie w sensie podatkowym rolnika jako samozatrudnionego. Najmniej zamożni rolnicy, z gospodarstw niedochodowych – ich składki byłyby opłacane przez budżet, a emeryturę uzyskiwaliby w zamian za przekazanie nieruchomości rolnych – Agencji Nieruchomości Rolnych.
2. ubezpieczenie obowiązkowe dla wszystkich a wysokość składek uzależniona od osiąganego dochodu. Przeprowadzone wyliczenia wskazują na możliwy blisko dwukrotny wzrost kwartalnych wpływów z tytułu składek przekazywanych do Funduszu Składowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FSUSR) z około 334 mln zł do 600 mln zł miesięcznie (7,2 mld zł rocznie). Znacząco obniżony zostałby udział SUR w wydatkach budżetu państwa.

Przedstawione rozwiązania zmierzałyby w kierunku usankcjonowania sytuacji, w której inaczej traktowane byłyby gospodarstwa małe do 5 HP. Po osiągnięciu wymaganego wieku emerytalnego rolnik przekazywałby gospodarstwo w zamian za emeryturę a Agencja mogłaby prowadzić działania na rzecz konsolidacji areałów i tworzenia gospodarstw większych. W przypadku tzw. gospodarstw towarowych, o powierzchni powyżej 5 HP, składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe byłaby ustalana na podstawie deklarowanego dochodu. Przewidziano możliwość jej podwyższenia w celu uzyskania wyższego świadczenia. Propozycje uwzględniłyby także możliwość uzyskania świadczeń w zamian za przekazanie gospodarstwa rolnego Skarbowi Państwa, w ramach zawieranego przez rolnika i Agencję kontraktu.

Wariant, który można byłoby określić jako obligatoryjny zakłada (drugi z przedstawionych), iż podstawa wymiaru składek ustalana byłaby jako procent przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Uznano, iż takie rozwiązanie pozwoli na szacowanie dochodu danego gospodarstwa uwzględniając jego wielkość, strukturę produkcji oraz

---

17. Ekspertyzę przygotował zespół pod kierunkiem prof. Aliny Sikorskiej z Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, na zlecenie MRiRW w kwietniu 2009 r.



położenie geograficzne. W takim przypadku gospodarstwa najmniejsze (do 5 HP, 4 ESU<sup>18</sup>) opłacałyby – przykładowo w warunkach 2009 roku<sup>19</sup> – 81,5 zł miesięcznie a największe (powyżej 100 ESU) – blisko 490 zł. Tę samą kwotę zapłaciłby samozatrudnieni, dla których podstawa wymiaru składek byłaby określona na poziomie 3/5 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

Przedstawiona koncepcja zakłada podział gospodarstw na sześć grup dochodowych, zaś spodziewany przyrost wpływów do FSUSR byłby osiągany w szczególności w grupie gospodarstw wysokotowarowych o dochodach powyżej 16 ESU.

## Podsumowanie

Opisany kierunek zmian jest próbą kompleksowego spojrzenia na modyfikację zasad ubezpieczenia społecznego rolników, z uwzględnieniem faktu, iż ponad 80 proc. gospodarstw rolnych jest niedochodowa i produkuje na samozaopatrzenie. Wydaje się, iż nie ma istotnych przeszkód, aby po zatwierdzeniu szczegółowych rozwiązań rozpocząć ich implementację – począwszy od 2012 roku.

System ubezpieczenia społecznego rolników powinien zostać poddany zmianom o charakterze ewolucyjnym. Prognozy wskazują, iż w najbliższych latach zarysuje się spadek liczby rolników oraz nastąpi korzystne z punktu widzenia finansów publicznych zmniejszenie się udziału wydatków na SUR w PKB (2007-1,28 proc. PKB, 2020-0,69 proc. PKB, dane za EC 2010). Podstawowe elementy zmiany powinny zawierać w sobie objęcie wydolnych ekonomicznie i większych obszarowo gospodarstw rolnych – powszechnym systemem podatku dochodowego. Małe i niedochodowe gospodarstwo rolne zostanie pozostawione w dotychczasowym systemie, który posiada charakter zaopatrzeniowy.

Korzyści dla Polski wynikające ze wspólnej polityki rolnej UE oraz wdrażanie Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich (2007-2013), sprzyjają modernizacji gospodarstw rolnych. Czynniki te obiektywnie służą promocji zawodu rolnika wśród pokolenia wstępującego na rynek pracy, powiększaniu się wielkości gospodarstw, rozwijaniu działów produkcji specjalnej oraz wprowadzaniu dalszych ułatwień w obrocie ziemią. Współczesne, rozwojowe gospodarstwo rolne powinno zostać objęte nowoczesnym ubezpieczeniem społecznym rolników, wzorem innych krajów Unii Europejskiej.

## Wykaz źródeł:

*Jaka modernizacja obszarów wiejskich*, red. Izabela Bukraba-Rylska. III Kongres Obywatelski, Wolność i Solidarność nr 8, IBnGR Gdańsk 2008.

*Roczniki Nauk Rolniczych*, Komitet Ekonomiki Rolnictwa PAN, WNE SGGW, Tom 95 – zeszyt 1, Warszawa 2008.

*Rural development in the European Union*, EC report 2009, Commission Directorate –General for Agriculture and Rural Development, Brussels, March 2010. *Ubezpieczenia w rolnictwie*. „Materiały i studia” nr 4(8) 2000, KRUS, Warszawa 2000.

18. ESU – European Size Unit, umowna jednostka dochodu gospodarstwa rolnego. 1 ESU posiada wartość 1200 euro rocznie.

19. Przeciętne wynagrodzenie w 2009 roku wyniosło 3193 zł.

*Ubezpieczenia w rolnictwie. „Materiały i studia” nr 36/ 2010, KRUS, Warszawa 2010.*

*Ubezpieczenia emerytalne, społeczne i metody aktuarialne, red. naukowa Wanda Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2010.*

Zegar Józef, *Wspólna polityka rolna po 2013*, [w:] „Wieś i Rolnictwo”, kwartalnik nr 3 (148)/2010 Polska Akademia Nauk Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa.

*Zabezpieczenie społeczne rolników indywidualnych w Polsce Ludowej (1944-1989), red. Jan Łopato, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1990.*

## **Social insurance for farmers in the face of changes – Summary**

*Omissions connected with the failure to complete the social insurance reform in Poland as well as the lack of important initiatives aimed at harmonising the rules applicable to citizens in this area are a cause for concern. It seems that pension issues have become the subject of political bargaining and not actuarial calculation. Furthermore, the public debate on serious problems which require urgent solutions is neither initiated nor carried out. It concerns, in particular, levelling the retirement age of men and women, then extending it (for men), substantial correction in the so-called entitlement systems (pensions of uniform-wearing employees and miners). The same is the case with gradual changes in social insurance for farmers. The article attempts to outline the possible trends in its modernisation and shows the importance of financial flows to the pension provision sector in the state's economic policy.*

**WOJCIECH NAGEL** jest doktorem nauk ekonomicznych, pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Zakładzie Socjologii Organizacji i Instytucji w Instytucie Socjologii Uniwersytetu w Białymstoku. Jest członkiem Zespołu ds. Ubezpieczeń Społecznych Komisji Trójstronnej oraz członkiem Rady Nadzorczej ZUS (w kadencji 2007-2012).

Recenzenci: prof. dr hab. Eugeniusz Stroiński, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

SYLWIA PIEŃKOWSKA-KAMIENIECKA

## System emerytalny w Kanadzie

*System zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie uznawany jest za jeden z najlepszych na świecie. Mocne strony systemu opierają się na jego stabilności w długim okresie czasu i współdziałaniu trzech filarów, gdzie dwa pierwsze mają charakter obowiązkowy, a trzeci dobrowolny. W referacie omówiono zasady funkcjonowania systemu zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie oraz wyzwania i przewidywane kierunki zmian, rozważane w ostatnich latach przez rząd federalny Kanady.*

### Wprowadzenie

Systemy emerytalne tworzone są z dwóch zasadniczych powodów, a mianowicie w celu zapewnienia minimum dochodów w okresie starości (cel rozumiany jako łagodzenie ubóstwa) oraz utrzymania standardu życia w okresie emerytalnym na poziomie zbliżonym do okresu przed przejściem na emeryturę (cel wskazywany za pomocą stopy zastąpienia). W kontekście realizacji powyższych celów system emerytalny Kanady oparty został na trzech filarach, składających się na część bazową i uzupełniającą systemu.

Schemat 1. Filarowa konstrukcja systemu zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie

Publiczny system emerytalny (część bazowa systemu)	Obligatoryjny	
	I filar	– system nieskładkowy, zaopatrzeniowy (Old Age Security – OAS)
	II filar	– system składkowy, ubezpieczeniowy (Canada/Quebec Pension Plan – CPP/QPP)
Dodatkowe zabezpieczenie emerytalne (część uzupełniająca systemu)	Dobrowolny	
	III filar	– zarejestrowane zakładowe programy emerytalne (Registered Pension Plan - RPP) – zarejestrowane oszczędnościowe plany emerytalne (Registered Retirement Savings Plan – RRSP) – wolne od podatku konta oszczędnościowe (Tax Free Savings Account – TFSA)

Źródło: opracowanie własne.

Filar pierwszy systemu emerytalnego w Kanadzie finansowany jest z funduszy publicznych rządu federalnego, a skromne świadczenia emerytalne wraz z dodatkami, wypłacane są w jednakowej wysokości dla wszystkich uprawnionych. Filar drugi, z którego wypłacane są zarówno emerytury, jak i renty, finansowany jest natomiast ze składek płaconych przez pracowników i pracodawców. Filar trzeci stanowią z kolei dodatkowe dobrowolne programy emerytalne, zarówno w postaci zakładowej (jako programy tworzone przez pracodawców), jak i w postaci indywidualnych planów oszczędnościowych i emerytalnych.

Celem artykułu jest omówienie zasad funkcjonowania systemu zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie oraz wyzwań przed nim stojących i przewidywanych kierunków zmian, rozważanych w ostatnich latach przez rząd federalny Kanady.

## 1. Geneza systemu emerytalnego w Kanadzie

System zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie rozwijał się stopniowo pod wpływem szeregu różnych czynników społecznych, ekonomicznych i politycznych. Pierwszym aktem prawnym, stanowiącym początek tworzenia systemu emerytalnego w Kanadzie była ustawa *The Old Age Pension Act* z 1927 r., która wprowadziła skromne emerytury finansowane wspólnie przez rząd federalny i rządy poszczególnych prowincji. W 1952 r. na mocy ustawy *The Old Age Security Act* z 1951 r. wprowadzono świadczenia emerytalne na zasadzie *flat-rate*, czyli przyznawane na jednakowym poziomie dla wszystkich, którzy spełniają wymagane kryterium wieku i okresu zamieszkania na terytorium Kanady przez określony czas (przez 20 lat po ukończeniu 18 roku życia). Początkowo wiek emerytalny został ustalony na poziomie 70 lat, lecz w latach 1966-1970 stopniowo został obniżony do 65 lat. Do wczesnych lat 60. XX w. program zabezpieczenia osób starszych (OAS) był postrzegany jako niedostateczny, by zapewnić osobom przechodzącym na emeryturę satysfakcjonujący dla nich poziom życia. W związku z tym, coraz częściej podejmowano dyskusje na temat stworzenia w ramach obowiązkowej, bazowej części systemu emerytalnego planu emerytalnego powiązanego z zarobkami ubezpieczonego. Dodatkowo, w celu poprawy standardu życia na emeryturze rozważano, na wzór systemu zabezpieczenia emerytalnego funkcjonującego w Stanach Zjednoczonych, wprowadzenie rent inwalidzkich i rodzinnych, które nie były brane pod uwagę podczas uchwalania ustawy o zabezpieczeniu osób starszych z 1951 r. Ostatecznie, w wyniku długotrwałych negocjacji, w 1965 r. podjęto decyzję o utworzeniu drugiego filaru systemu emerytalnego funkcjonującego pod nazwą Kanadyjski Plan Emerytalny (*Canada Pension Plan – CPP*) obejmującego terytorium całego kraju, poza prowincją Quebec, gdzie obowiązuje Plan Emerytalny Quebec'u (*Quebec Pension Plan – QPP*)<sup>1</sup>. Specjalny status Quebec'u wynikał z podkreślanej przez ówczesne władze odrębności kulturowej i politycznej Quebec'u zapisanej już w Konstytucji Kanady z 1867 r. Oba plany zaczęły funkcjonować w 1966 r.

Rok 1983 był pierwszym w historii funkcjonowania planu, opartego na zasadzie *pay-as-you-go*, w którym wydatki na świadczenia i koszty administracyjne przekroczyły

---

1. B. Little, *Pension Reform in Canada: An Often Fractious Federation*, „Forum of Federations”, Occasional Paper Series Number 1, Ottawa 2010, ss. 6-7.

przychody ze składek, choć dzięki wysokim stopom zwrotu z inwestycji, stan finansowy planu pozostawał na dodatnim poziomie do 1993 r. Z raportu aktuarialnego CPP z 1995 r. wynikało, że w związku z niekorzystnymi zmianami w strukturze demograficznej związanymi ze starzeniem się społeczeństwa Kanady, rezerwa planu zostanie wyczerpana do 2015 r. W 1996 r. przeprowadzono szereg konsultacji rządu federalnego i poszczególnych prowincji z mieszkańcami Kanady. Z uzgodnień wynikało, że skłonni są oni zaakceptować wyższe składki oraz niższe świadczenia, pod warunkiem, że powołana zostanie specjalna instytucja zarządzająca środkami funduszu CPP. W 1997 r. weszły w życie zmiany w zakresie finansowania Kanadyjskiego Planu Emerytalnego, w wyniku czego stopa składki na CPP w latach 1997-2003 została podwyższona z poziomu 5,85 proc. wynagrodzenia brutto danego pracownika do 9,9 proc. w 2003 r. i w latach następujących, a administrowanie i inwestowanie środkami gromadzonymi w planie powierzono nowej instytucji – *CPP Investment Board*.

Zmiany wprowadzone w 1997 r. miały charakter bezprecedensowy. Kanada była pierwszym państwem wśród krajów G-7 oraz jednym z pierwszych wśród OECD o stabilnym finansowaniu systemu emerytalnego w perspektywie kilkudziesięciu lat. Skromne świadczenia z CPP w wysokości 25 proc. przeciętnych zarobków z okresu aktywności zawodowej oraz wprowadzenie progę rocznej maksymalnej podstawy wymiaru składki, będącej odzwierciedleniem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce kraju, spowodowały, że zreformowanie systemu emerytalnego było łatwiejsze w Kanadzie, niż w innych państwach z bardziej hojnymi systemami emerytalnymi<sup>2</sup>.

## 2. Publiczny system emerytalny w Kanadzie

Na pierwszy, bazowy filar systemu zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie składa się Program Zabezpieczenia Osób Starszych (*Old Age Security – OAS*), gwarantowany dodatek do emerytury (*Guaranteed Income Supplement – GIS*), który jest integralną częścią OAS oraz zasiłek (*Allowance*).

Prawo do emerytury z OAS przysługuje obywatelom Kanady oraz legalnym rezydentom po ukończeniu 65 roku życia, pod warunkiem przebywania w Kanadzie przez co najmniej 10 lat (20 lat w przypadku osób, które emeryturę z OAS będą pobierać poza granicami Kanady) po ukończeniu 18 roku życia. Oznacza to, że osoby, które nigdy nie pracowały, lecz spełniają wyżej określone kryterium przebywania w Kanadzie przez określony czas, otrzymają emeryturę z pierwszego filaru. Emerytura w maksymalnej wysokości przysługuje jednak tylko tym osobom, których okres zamieszkania w Kanadzie wynosi co najmniej 40 lat. W pozostałych przypadkach emerytura z OAS jest zredukowana o 1/40 kwoty emerytury pełnej z OAS za każdy rok brakujący do jej otrzymania. W ostatnim kwartale 2010 r. maksymalna miesięczna emerytura z OAS wynosiła 521,62 CAD (6 259,44 CAD rocznie), natomiast minimalna 130,41 CAD (1 564,92 CAD rocznie). Obecnie ok. 4,6 mln osób otrzymuje emeryturę z pierwszego filaru, z czego ok. 4,2 mln osób emeryturę pełną i 0,4 mln osób emeryturę częściową. Świadczenie jest opodatkowane i podlega kwartalnej indeksacji według wskaźnika

2. E. Tamagno, *A Tale of Two Pension Plans: The Differing Fortunes of the Canada and Quebec Pension Plans*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa 2008, ISBN: 1-55382-270-6, s. 7.

wzrostu cen dóbr i usług konsumpcyjnych (do 1973 r. indeksacja odbywała się raz w roku)<sup>3</sup>.

Emerytura z OAS, pełna i częściowa, jest redukowana, gdy dochód netto danego emeryta przekroczy określony próg. Jeśli w 2009 r. dochód netto świadczeniobiorcy OAS wykazany w rocznym zeznaniu podatkowym przekroczył 66 335 CAD (66 733 CAD w 2010 r.), wówczas 15 proc. różnicy między tym progiem a osiągniętym dochodem obniża wysokość należnej emerytury w 2010 r. (tzw. OAS *clawback*). Dla przykładu, jeśli dochód netto danego ubezpieczonego wyniósł 80 000 CAD, wówczas przysługująca maksymalna miesięczna emerytura z OAS w 2010 r. (516,96 CAD) zostanie zredukowana do 346,15 CAD (rocznie 4 153,77 CAD)<sup>4</sup>. Po przekroczeniu w 2009 r. progu 107 692 CAD (108 090 CAD w 2010 r.) emerytura z OAS w 2010 r. nie będzie wypłacana.

Z kolei emeryci o niskich dochodach uprawnieni są do otrzymywania dodatku do emerytury.

**Gwarantowany dodatek do emerytury** (*Guaranteed Income Supplement – GIS*) został wprowadzony w 1967 r. Gwarantowany dodatek emerytalny jest świadczeniem miesięcznym, o który mogą ubiegać się osoby pobierające emeryturę z pierwszego filaru (OAS) w wieku co najmniej 65 lat, których dochód w poprzednim roku (poza emeryturą z OAS i dodatkiem GIS) nie przekroczył określonego progu. W 2010 r. dla samotnych emerytów jest to 15 816 CAD, dla par emerytów 20 688 CAD, a dla par, w których tylko jeden z małżonków/partnerów pobiera emeryturę 37 584 CAD<sup>5</sup>.

W czwartym kwartale 2010 r. maksymalna kwota dodatku wynosiła 652,21 CAD w odniesieniu do samotnych emerytów oraz par małżeńskich i par będących w konkubinacie (*common-law*), w których partner nie jest emerytem oraz 430,90 CAD dla emeryta, którego małżonek również jest emerytem. Łączna kwota pobieranej emerytury z OAS i dodatku GIS w 2009 r. wynosiła 14 033,64 CAD dla samotnych emerytów oraz 11 374,32 CAD dla par małżeńskich i par będących w konkubinacie<sup>6</sup>.

Dodatek emerytalny GIS wypłacany jest w pełnej wysokości jedynie wówczas, gdy po przekroczeniu 65 roku życia emeryt nie osiąga żadnych dodatkowych dochodów. W przeciwnym wypadku kwota dodatku jest redukowana o 50 centów w przypadku samotnych emerytów oraz o 25 centów w przypadku par małżeńskich lub pozostających w konkubinacie za każdy dolar otrzymywany poza emeryturą z pierwszego filaru (OAS). Oznacza to, że w 2010 r. dodatek emerytalny przestanie być wypłacany, gdy dochód samotnego emeryta uzyskiwany poza emeryturą z OAS przekroczy 15 815,99 CAD. W przypadku gdy oboje małżonkowie/partnerzy pobierają emeryturę z OAS próg ten jest zdecydowanie wyższy i wynosi 20 639,99 CAD, a w przypadku par, w których tylko jeden z małżonków/partnerów jest emerytem 37 919,99 CAD<sup>7</sup>.

---

3. *The CPP&OAS Stats Book 2009*, Human Resources and Skills Development Canada, <http://www.servicecanada.gc.ca/eng/isp/statistics/statbook.shtml> (02.11.2010).

4. Według obliczeń: 80 000 CAD - 66 335 CAD = 13 665 CAD; 13 665 CAD x 15 proc. = 2 049,75 CAD; 516,96 CAD x 12 = 6 203,52 CAD; 6 203,52 CAD - 2 049,75 CAD = 4 153,77 CAD; 4 153,77 : 12 = 346,15 CAD.

5. <http://www.milliondollarjourney.com/guaranteed-income-supplement-gis-and-gis-clawback.htm> (04.11.2010).

6. *The CPP&..., op. cit.*, (02.11.2010).

7. *Tables of rates: Old Age Security Pension, Guaranteed Income Supplement, Allowance, Allowan-*

Podobne rozwiązanie zastosowano w przypadku zasiłku (*Allowance*), wcześniej zwanego zasiłkiem małżeńskim (*Spousal Allowance*), który przysługuje osobom w wieku 60-64, których małżonek/partner pobiera dodatek emerytalny GIS (zasiłek regularny) lub nie żyje (zasiłek wdowi). W ostatnim kwartale 2009 r. maksymalna kwota zasiłku regularnego wynosiła 947,86 CAD, a zasiłku wdowiego 1 050,86 CAD i była zredukowana o 75 centów za każdy dolar dodatkowego dochodu. W związku z tym, że maksymalna roczna kwota dochodu, której przekroczenie powoduje wstrzymanie wypłaty zasiłku ustanowiona została na stosunkowo niskim poziomie (28 992 CAD dla zasiłku regularnego i 21 120 CAD dla zasiłku wdowiego), jedynie około 94 000 osób (w porównaniu do ok. 4,5 mln świadczeniobiorców OAS i 1,6 mln GIS) pobierało zasiłek, z czego tylko niecałe 6 proc. w pełnej należnej wysokości. Oznacza to, że 94 proc. uprawnionych do zasiłku miało dodatkowe źródła dochodu.

**Drugi filar systemu zabezpieczenia emerytalnego w Kanadzie**, funkcjonujący od 1966 r. w formie współpracy rządu federalnego i rządów poszczególnych prowincji stanowi Kanadyjski Plan Emerytalny (*Canada Pension Plan – CPP*), a w prowincji Quebec Plan Emerytalny Quebec’u (*Quebec Pension Plan – QPP*). CPP/QPP jest programem obowiązkowym, składkowym, powiązany z zarobkami danej osoby przed przejściem na emeryturę (*earnings related*)<sup>8</sup>.

Kanadyjski Plan Emerytalny (CPP) funkcjonuje przede wszystkim na zasadzie *pay-as-you-go*, co oznacza, że wypłacane w danym roku emerytury finansowane są na bieżąco z wpłacanych do programu składek. W związku z tym, że przychody są w ostatnich latach wyższe niż wydatki (w 2006 r. przychody wyniosły 43,4 mld CAD, natomiast wydatki 34,4 mld CAD), nadwyżka finansowa na funduszu jest inwestowana. Taka sytuacja powoduje, że program CPP jest właściwie programem hybrydowym.

Uczestnictwo w programie jest obowiązkowe dla wszystkich pracowników oraz osób samozatrudnionych, którzy ukończyli 18 lat i których dochód w danym roku jest wyższy od minimalnej podstawy wymiaru składki (*Yearly Basic Exemption – YBE*), ale nie przekracza progu rocznej maksymalnej kwoty ograniczenia podstawy wymiaru składki (*Yearly Maximum Pensionable Earnings – YMPE*).

Tabela 1. Podstawa wymiaru i stopa składki na CPP

Rok	Stopa składki (w proc.)		Maksymalna składka		YBE (w CAD)	YMPE (w CAD)
	Pracownik	Pracodawca	Pracownik/ Pracodawca	Samozatrudniony		
1986	1,8	1,8	419,40	838,80	2 500	25 800
1996	2,8	2,8	893,20	1 786,40	3 500	35 400
2003	4,95	4,95	1 801,80	3 603,60	3 500	39 900
2010	4,95	4,95	2 163,15	4 326,30	3 500	47 200

Źródło: opracowanie własne na podstawie *The CPP&..., op. cit. (02.11.2010)*.

ce for the Survivor, Rates in effect from October to December 2010, Service Canada, ISPB-119-10-10, <http://www.servicecanada.gc.ca/eng/isp/oas/pdf/ISPB-119-10-10.pdf> (02.11.2010)

8. W dalszej części referatu skupiono się na CPP, który swym zasięgiem obejmuje całą Kanadę poza prowincją Quebec (QPP). Poza tym rozwiązania Planu Emerytalnego Quebec’u są podobne do przyjętych w CPP.

Obowiązek odprowadzania składki na CPP powstaje w momencie, gdy dochód ubezpieczonego w 2010 r. przekroczy 3 500 CAD, a jednocześnie jest nie wyższy niż 47 200 CAD. Oznacza to, że maksymalny dochód podlegający składkowaniu wynosi 43 700 CAD.

Wysokość emerytury z CPP kształtuje się na poziomie 25 proc. przeciętnych miesięcznych zarobków danego ubezpieczonego z okresu przed przejściem na emeryturę. Do otrzymania pełnej emerytury z Kanadyjskiego Planu Emerytalnego upoważnia ukończenie 65 roku życia. W 1987 r. wprowadzono elastyczny wiek emerytalny, dzięki czemu możliwe jest rozpoczęcie pobierania emerytury już w momencie ukończenia 60 lat, jednak nie później niż do ukończenia 70 roku życia. Wcześniejsze przejście na emeryturę powoduje jednakże obniżenie emerytury o 0,5 procenta za każdy miesiąc brakujący do ukończenia 65 lat, natomiast odroczenie momentu przejścia na emeryturę w analogiczny sposób podwyższa świadczenie emerytalne.

W 2008 r. emeryturę z CPP pobierało miesięcznie przeciętnie 3 530 950 osób, a jej średnia wysokość kształtowała się na poziomie 488,86 CAD, tj. o 395,72 CAD (ok. 55 proc.) mniej niż wynosi emerytura maksymalna (884,58 CAD). Wynika to z faktu, że faktyczny (realny) wiek przechodzenia na emeryturę w Kanadzie jest znacznie niższy od formalnego wieku emerytalnego. W latach 1976-1998 realny wiek emerytalny obniżył się z 65 lat do 60 lat w przypadku mężczyzn i z 64 lat do 61,5 lat w przypadku kobiet. Rozwiązania przyjęte w publicznym systemie emerytalnym Kanady zachęcają bowiem osoby starsze do wcześniejszego opuszczenia rynku pracy. Podczas gdy kontynuowanie aktywności zawodowej po ukończeniu 60 roku życia zwiększa wysokość emerytury z CPP, jednocześnie o 50 centów za każdy dodatkowy dolar obniżona zostaje wysokość dodatku GIS.

Poza emeryturą przysługują z CPP również inne świadczenia, takie jak renta inwalidzka z tytułu poważnej i trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego (*disability benefit*) oraz świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, które obejmują renty rodzinne (*survivor's pension*), rentę wypłacaną dzieciom z tytułu śmierci ubezpieczonego rodzica (*children's benefit*) oraz zasiłek pogrzebowy (*death benefit*).

### 3. Rynek prywatnych programów zabezpieczenia emerytalnego

Trzeci filar systemu emerytalnego w Kanadzie stanowią dodatkowe prywatne programy emerytalne, funkcjonujące w postaci zakładowej, jak i indywidualnej.

**Zarejestrowane programy emerytalne** (*Registered Pension Plans*) są grupowymi programami dobrowolnie tworzonymi przez pracodawców dla swoich pracowników i przez nich finansowanymi. Zasadniczo występują one w postaci planu zdefiniowanego świadczenia albo planu zdefiniowanej składki, choć mogą również występować w postaci hybrydowej. Warunki programu podlegają indywidualnym negocjacom pracodawcy z pracownikami.

Na koniec 2009 r. zarejestrowanych było 19 179 zakładowych programów emerytalnych. Największy udział w rynku stanowiły plany zdefiniowanego świadczenia (61,05 proc.) oraz plany zdefiniowanej składki (35,88 proc.). 2,03 proc. rynku stanowili praco-



dawcy, u których funkcjonowały oba rodzaje planów, a mniej niż 1 proc. stanowiły plany mające zarówno cechy planu zdefiniowanego świadczenia, jak i zdefiniowanej składki oraz plany hybrydowe.

Tabela 2. Rynek zarejestrowanych zakładowych planów emerytalnych w latach 2005-2009

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Liczba członków (w tys.), w tym:</b>	<b>5 670,68</b>	<b>5 690,58</b>	<b>5 768,28</b>	<b>5 908,63</b>	<b>6 009,72</b>
Ze względu na płeć:					
- kobiety	2 694,65	2 712,82	2 795,04	2 868,64	2 952,42
- mężczyźni	2 976,03	2 977,76	2 973,24	3 039,99	3 057,30
Ze względu na sektor własności:					
- publiczny	2 654,87	2 691,25	2 730,68	2 827,23	2 948,91
- prywatny	3 015,81	2 999,33	3 037,60	3 081,40	3 060,81
<b>Liczba planów, w tym:</b>	<b>15 336,00</b>	<b>15 130</b>	<b>18 594</b>	<b>19 185</b>	<b>19 179</b>
- plany zdefiniowanego świadczenia	7 561,00	7 611	11 056	11 539	11 709
- plany zdefiniowanej składki	7 485,00	7 196	7 160	7 165	6 882
- plany hybrydowe	32	16	15	14	21
- kombinacja planu zdefiniowanego świadczenia i zdefiniowanej składki	161	150	144	140	136
- plany zdefiniowanego świadczenia oraz zdefiniowanej składki	38	90	145	249	390
- inne	59	67	74	78	41

Źródło: opracowanie własne na podstawie <http://w1ww40.statcan.ca/l01/cst01/famil120a-eng.htm> (04.11.2010).

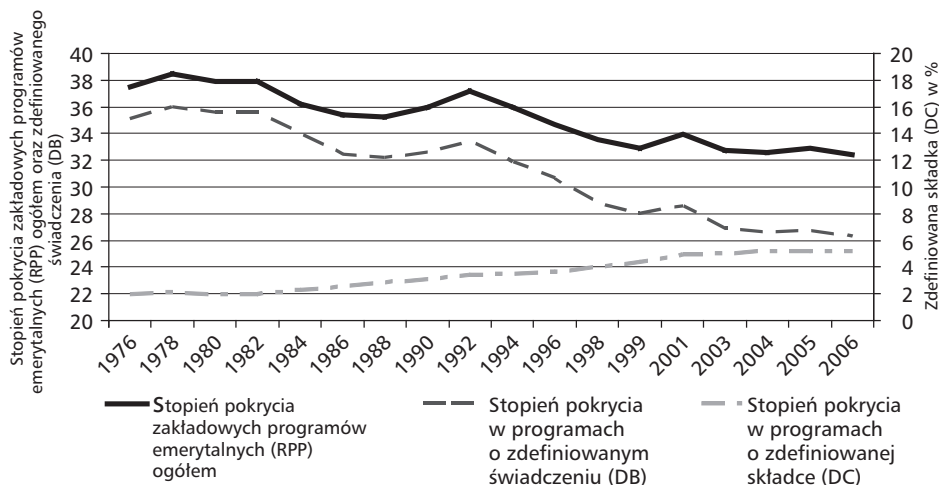
W 2009 r. uczestnicy planów zdefiniowanej składki stanowili 15,62 proc. rynku RPP (w 1974 r. jedynie 5,6 proc.), a planów zdefiniowanego świadczenia 74,97 proc. (92,7 proc. w 1974 r.), co wskazuje na spadek zainteresowania planami DB na rzecz planów DC. Trend ten charakterystyczny jest również dla rynku zakładowych programów emerytalnych w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, z tym, że w Kanadzie zmiana ta zachodzi w wolniejszym tempie. Biorąc pod uwagę rynek kanadyjski, plany zdefiniowanego świadczenia przeważają zarówno w sektorze publicznym (ok. 1,9 mln uczestników w porównaniu do 200 tys. w planach zdefiniowanej składki), jak również w sektorze prywatnym (ok. 1,9 mln uczestników w porównaniu do 1,2 mln w planach zdefiniowanej składki)<sup>9</sup>.

Wskaźnik zatrudnienia wśród osób w wieku 60-64 jest obecnie wyższy, niż to miało miejsce w ostatniej dekadzie XX w. Dla mężczyzn w 2006 r. wynosił on 50 proc. (40 proc. w 1996 r.), natomiast dla kobiet 35 proc. (22 proc. w 1996 r.). Jednocześnie

9. <http://www.retirementadvisor.ca/retadv/apps/articles/articles.jsp?articlePage=CompanyPension&learningMenu=articles> (10.11.2010).

od 1977 r. stopniowo maleje wskaźnik pokrycia zakładowych programów emerytalnych, rozumiany jako odsetek liczby uczestników tych planów w ogólnej liczbie pracujących. Wynika to z faktu, że choć wzrasta liczba uczestników rynku zakładowych programów emerytalnych, przyrost liczby osób pracujących następuje zdecydowanie szybciej, co powoduje, że znaczenie zakładowych programów w zabezpieczeniu dochodów na starość w Kanadzie wykazuje tendencję malejącą (Wykres 1).

**Wykres 1. Odsetek pracowników w wieku 15-69 lat będących członkami zakładowych programów emerytalnych (RPP)**



Źródło: T. Schirle, *Greener Pastures: Understanding the Impact of Retirement Incentives in Defined-benefit Pension Plans*, C. D. Howe Institute Commentary Pension Papers, No. 262, Toronto 2008, ISBN: 0-88806-739-9, s. 4.

Jednym z największych instytucjonalnych inwestorów oraz wiodących funduszy emerytalnych w Kanadzie jest OMERS (*Ontario Municipal Employees Retirement System*). Jest to międzyzakładowy pracowniczy plan emerytalny o charakterze zdefiniowanego świadczenia, utworzony w 1962 r. dla pracowników sfery publicznej z prowincji Ontario. OMERS zarządza aktywami o wartości 48 mld CAD, zrzesza niemal 930 pracodawców oraz skupia ok. 400 tys. członków, w tym ok. 250 tys. aktywnych uczestników planu, wśród których poza pracownikami administracji samorządowej są również m.in. strażacy, policjanci, pracownicy służb ratunkowych i stowarzyszeń niosących pomoc dzieciom, pracownicy bibliotek, administracji szkolnej oraz środków transportu i wodociągów. Z planu wypłacanych jest obecnie ok. 110 tys. świadczeń emerytalnych i rentowych<sup>10</sup>. Według rankingu z 2010 r. przeprowadzonego przez magazyn World Finance, OMERS jest obecnie najlepszym funduszem emerytalnym w Kanadzie.

Poza oszczędzaniem w zakładowych programach emerytalnych możliwe jest również gromadzenie środków na okres starości w ramach indywidualnych planów emerytalnych, które w Kanadzie przyjęły nazwę **Zarejestrowanych Oszczędnościowych Planów Emerytalnych** (*Registered Retirement Savings Plans – RRSP*). Programy te

10. [www.omers.com](http://www.omers.com) (29.12.2010).

występują wyłącznie w postaci zdefiniowanej składki, a uczestniczyć w nich można do czasu ukończenia 71 roku życia. Po tym czasie zgromadzony kapitał należy wybrać w postaci jednorazowej sumy pieniędzy (*lump-sum*), przekształcić w strumień świadczeń pieniężnych (*annuitet*), albo przetransferować na tzw. **zarejestrowany fundusz dochodów emerytalnych** (*Registered Retirement Income Fund – RRIF*).

Kanadyjska ustawa o podatku dochodowym (*Canadian Income Tax Act*) określa podstawowe warunki funkcjonowania zarejestrowanych oszczędnościowych planów emerytalnych. Wpłacone do programu w poprzednim roku składki można odpisać od podatku. Wysokość odpisu zależy od kwoty środków odprowadzonych do planu i tzw. marginalnej stopy zwrotu podatku, która jest określona urzędowo dla poszczególnych prowincji. Począwszy od 2006 r. maksymalny limit składkowy (tzw. *contribution room*) corocznie wzrasta o 1 tys. CAD. W 2006 r. wynosił 18 tys. CAD, natomiast w 2010 r. 22 tys. CAD. Od 2011 r. będzie on natomiast wzrastał o wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce kraju. Na *contribution room* w danym roku składa się niewykorzystana część limitu z poprzedniego roku plus 18 proc. dochodu osiągniętego w poprzednim roku podatkowym minus kwota składek odprowadzonych do zakładowego programu emerytalnego RPP (tzw. *pension adjustment – PA*). W zasadzie możliwe jest przekroczenie limitu składkowego o 2 tys. CAD, jednak wiąże się to z koniecznością zapłaty podatku w wysokości 1 proc. za każdy miesiąc, w którym nadwyżka pozostaje na koncie RRSP<sup>11</sup>.

Od kilku lat coraz powszechniejsze jest tworzenie zarejestrowanych oszczędnościowych programów emerytalnych (RRSP) w postaci grupowej. Inicjatorem takiego programu jest pracodawca, który określa również, jaka instytucja będzie zarządzała środkami gromadzonymi w ramach planu (np. zakład ubezpieczeń, fundusz powierniczy).

O wysokości składki wpłacanej do programu decyduje płatnik, którym jest pracownik, pracodawca może jednakże wpłacać składki dodatkowe. Minimalna miesięczna wysokość składki wynosi ok. 20-50 CAD. W razie zmiany pracodawcy możliwa jest wypłata środków zgromadzonych w programie, jak również transfer do innego pracodawcy, o ile również prowadzi grupowy zarejestrowany oszczędnościowy program emerytalny<sup>12</sup>.

Z danych Kanadyjskiego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2008 r. w rynku RRSP, zarówno w postaci indywidualnej, jak i grupowej, uczestniczyło ok. 6,02 mln osób (34 proc. ogółu pracujących), tj. o 7 pkt. proc. mniej w porównaniu z 1997 r., kiedy wskaźnik uczestnictwa wynosił 41 proc.

Od 2009 r. społeczeństwo Kanady ma możliwość oszczędzania na emeryturę również w ramach wolnych od podatku kont oszczędnościowych (*Tax-Free Savings Account – TFSA*). Na TFSA każdy obywatel lub rezydent Kanady w wieku co najmniej 18 lat może w ciągu roku odłożyć do 5 tys. CAD dochodu po opodatkowaniu. Wpłacone na konto składki wraz z zyskami inwestycyjnymi nie są opodatkowane i można je wycofać w każdym czasie bez żadnych konsekwencji finansowych (w tym podatkowych), z tym, że kwot odprowadzanych do planu nie można odpisać od podatku (w przeciwieństwie do planów RRSP).

11. *RRSPs and Other Registered Plans for Retirement*, „Canada Revenue Agency”, 2009, T4040(E) Rev. 09, s. 15.

12. [http://www.canadaone.com/ezine/sept04/group\\_rrsp\\_plans.html](http://www.canadaone.com/ezine/sept04/group_rrsp_plans.html) (10.11.2010).

## 4. Ocena funkcjonowania i kierunki zmian kanadyjskiego systemu emerytalnego

System emerytalny jest jednym z najważniejszych czynników określających kondycję finansów publicznych<sup>13</sup>. Stąd jedną z zasadniczych przyczyn reform emerytalnych na świecie jest ich poprawa w długim okresie, która ulega stopniowemu pogorszeniu w związku ze zmianą struktury wiekowej ludności. W krajach OECD w 1950 r. na jednego emeryta przypadało średnio ponad siedem osób pracujących, sześć w 1963 r., pięć w 1976 r. i cztery w 2009 r. Szacuje się, że liczba ta spadnie do trzech w 2023 r. i dwóch w 2047 r.<sup>14</sup>.

Problem starzenia się społeczeństw dotyczy również Kanady, gdzie według prognoz demograficznych do 2020 r. emeryci będą stanowić 18,0 proc. ogółu społeczeństwa w porównaniu z 12,5 proc. w 2000 r.<sup>15</sup>.

Tabela 4. Populacja Kanady

Rok	Razem	Liczba osób (w tys.) w wieku:			Stosunek osób w wieku 20-64 lata do osób w wieku 65 lat i więcej
		0–19 lat	20-64 lata	65 lat i więcej	
2007	32 904	7 777	20 707	4 420	4,7
2008	33 189	7 756	20 892	4 540	4,6
2009	33 477	7 731	21 081	4 665	4,5
2010	33 767	7 697	21 276	4 794	4,5
2011	34 058	7 670	21 448	4 939	4,4
2012	34 348	7 651	21 562	5 135	4,3
2015	35 213	7 643	21 870	5 701	3,8
2020	36 655	7 804	22 110	6 741	3,3
2025	38 021	8 078	22 005	7 937	2,8
2030	39 215	8 206	21 913	9 097	2,4
2040	41 045	8 192	22 701	10 152	2,2
2050	42 420	8 394	23 184	10 842	2,1
2075	45 704	8 968	24 727	12 009	2,1

Źródło: *Actuarial Report (8<sup>th</sup>) on the Old Age Security Program as at 31 December 2006, Office of the Superintendent of Financial Institutions Canada, Ottawa 2008, ISBN 978-0-662-48303-8, s. 16.*

Zmiany demograficzne będą miały ogromny wpływ na współczynnik obciążenia systemu ludźmi starszymi, a więc na relację osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. Z ostatniego raportu aktuarialnego dotyczącego funkcjonowania programu OAS<sup>16</sup> wynika, że stosunek liczby osób w wieku 20-64 do osób wieku

13. M. Góra, *Integralny charakter systemu emerytalnego. Jeszcze raz o „Bezpieczeństwie dzięki różnorodności”*, Zeszyty FOR, Fundacja Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa 2009, s. 4.

14. *Pensions at a Glance. Current trends and policy topics in retirement-income provision in OECD countries*, OECD 2009, s. 4, <http://www.oecd.org/dataoecd/12/60/43098050.pdf> (03.11.2010).

15. *Aging in poverty in Canada, „Seniors on the Margins”*, Government of Canada, National Advisory Council on Aging, Ottawa, Ontario 2005, ISBN: 0-662-69055-9, s. 6.

16. *Actuarial Report (8<sup>th</sup>)...*, *op. cit.*, s. 10.

powyżej 65 lat, który w 2007 r. wynosił 4,7 zmaleje do 2,1 w 2050 r. Ponadto przewidyje się, że liczba beneficjentów OAS wzrośnie ponad dwukrotnie z 4,4 mln w 2007 r. do 9,1 mln w 2030 r. oraz że wydatki z budżetu państwa na świadczenia emerytalne wzrosną w tym czasie z 33 mld CAD do 110 mld CAD.

Zasadniczo kanadyjski system emerytalny zapewnia adekwatne emerytury i skutecznie redukuje zasięg ubóstwa wśród osób w wieku 65 lat i więcej. W latach 1975-2005 wskaźnik ubóstwa wśród kanadyjskich emerytów obniżył się z 35 proc. do ok. 6 proc., co powoduje, że jest on jednym z najniższych wśród krajów OECD<sup>17</sup>. System, zwłaszcza w odniesieniu do jego publicznej części, wspieranej dodatkowymi programami rządów terytorialnych, jest szczególnie efektywny w stosunku do mniej zamożnych obywateli Kanady. W OECD mediana stopy zastąpienia wynagrodzenia (netto) przez emeryturę (netto) wynosi 71,8 proc., a w Kanadzie 63,6 proc. Jednakże w miarę wzrostu tego dochodu w okresie aktywności zawodowej, zmniejsza się stopa zastąpienia emerytury przez wynagrodzenie.

Tabela 5. Porównanie indywidualnych stóp zastąpienia netto

Relacja indywidualnego wynagrodzenia do przeciętnego (w proc.)	Stopa zastąpienia netto (w proc.)	
	Wszystkie kraje OECD	Kanada
50	82,4	89,1
75	74,0	68,9
100	70,3	57,8
150	66,5	40,0
200	60,8	30,9

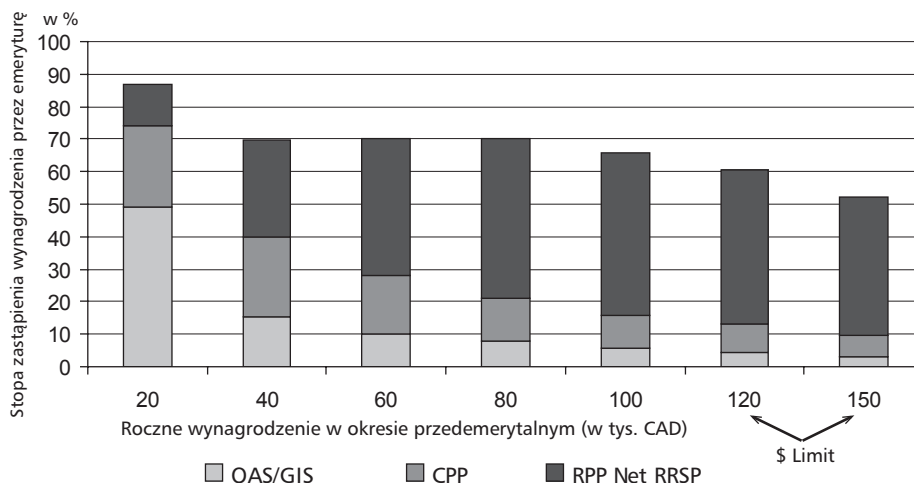
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Pensions at a Glance: Public Policies Across OECD Countries, 2007 Edition, OECD 2007, s. 35.*

Z badań Hornera wynika, że 70 proc. gospodarstw domowych w Kanadzie utrzymuje po przejściu na emeryturę standard życia w granicach 100 proc., a 78 proc. w granicach 90 proc. z okresu aktywności zawodowej. Emerytura z pierwszego i drugiego filaru systemu emerytalnego w Kanadzie jest bowiem w odpowiedniej wysokości, by osoby zarabiające poniżej przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce kraju, po przejściu na emeryturę mogły utrzymać dotychczasowy poziom konsumpcji. W przypadku osób z przeciętnymi i wyższymi dochodami, w związku z ustalonym przez rząd progiem rocznej maksymalnej kwoty ograniczenia podstawy wymiaru składki na CPP (47 200 CAD w 2010 r.), bez dodatkowych oszczędności w prywatnych programach emerytalnych osiągnięcie tego pułapu będzie niemożliwe<sup>18</sup>. Potwierdzają to również badania C. Forbes'a (Wykres 2).

17. Wskaźnik ubóstwa w krajach OECD wynosił przeciętnie 13 proc. i na takim poziomie był w Belgii, we Włoszech, i Finlandii. Najniższy wskaźnik ubóstwa odnotowano natomiast w Nowej Zelandii i Holandii (2 proc.) oraz w Luxemburgu (3 proc.), z kolei najwyższy występował w Irlandii (31 proc.), Australii (27 proc.), Stanach Zjednoczonych (24 proc.) i Hiszpanii (23 proc.). C. Forbes, *Ensuring the ongoing strength of Canada's retirement income system*, <http://www.fin.gc.ca/activty/consult/retirement-eng.asp> (12.11.2010).

18. K. Horner, *Retirement Saving by Canadian Households*, <http://www.fin.gc.ca/activty/pubs/pension/ref-bib/horner-eng.asp> (14.11.2010).

**Wykres 2. Szacowana przeciętna stopa zastąpienia wynagrodzenia przez emeryturę z pierwszego (OAS), drugiego (CPP) oraz trzeciego filaru (RPP i RRSP) kanadyjskiego systemu emerytalnego w zależności od osiągniętych zarobków przed zakończeniem aktywności zawodowej (w tys. CAD)**



Źródło: C. Forbes, *Ensuring the ongoing strength of Canada's retirement income system*, March 24, 2010, <http://www.fin.gc.ca/activty/consult/retirement-eng.asp> (12.11.2010).

Kanada należy do grona tych krajów, w których dobrowolne programy zabezpieczenia emerytalnego odgrywają znaczącą rolę w zapewnieniu dochodów na okres emerytalny. W przypadku obecnych emerytów, emerytury prywatne (w postaci zakładowej oraz indywidualnej) i inne inwestycje stanowią ok. 41 proc. ogółu dochodów emerytalnych (średnia OECD wynosi ok. 20 proc.). Mimo powszechnego przekonania, że system emerytalny Kanady jest stabilny finansowo w długim okresie czasu i zapewnia równowagę między publicznym a zakładowym i indywidualnym systemem zabezpieczenia emerytalnego, zagadnieniem, jakim w ostatnich latach zajmuje się rząd kanadyjski, jest zapewnienie odpowiednich emerytur w przypadku osób o przeciętnych (46 300 CAD w 2009 r.) i powyżej przeciętnych dochodach, zwłaszcza, że w ostatnich latach odnotowuje się spadek uczestnictwa w trzecim filarze. W maju 2009 r. kanadyjskie Ministerstwo Finansów powołało specjalną grupę roboczą zajmującą się badaniem adekwatności świadczeń emerytalnych. W toku prac stwierdzono, że choć stopa zastąpienia na poziomie 70 proc. powszechnie uznawana jest za adekwatną, optymalna stopa zastąpienia różni się znacząco. Podczas gdy Kanadyjczycy o niskich dochodach potrzebują wysokiej stopy zastąpienia wynagrodzenia przez emeryturę w celu uniknięcia ubóstwa, w przypadku osób o średnich i wysokich dochodach wystarczy, że wynosi ona ok. 60 proc. dochodów przedemerytalnych. OECD sugeruje nawet 50 proc. w przypadku osób o rocznych dochodach powyżej 90 000 CAD. Z raportu J. Mintza, przewodniczącego wyżej wspomnianej grupy roboczej wynika, że w tym kontekście większość

osób aktywnych zawodowo wydaje się być na odpowiedniej „drodze” do zapewnienia adekwatnej emerytury, co powoduje, że system emerytalny Kanady można uznać za dobrze funkcjonujący<sup>19</sup>. Jednakże, biorąc pod uwagę coraz mniejszy odsetek osób uczestniczących w trzecim filarze, wyzwaniem w przyszłości będzie zapewnienie adekwatnych świadczeń emerytalnych w przypadku niemal dwóch trzecich emerytów, którzy obecnie nie oszczędzają ani w zakładowych, ani w indywidualnych planach emerytalnych. Przyczyny takiego stanu są różne, np. utrata pracy, brak dyscypliny i nawyku regularnego oszczędzania, utrata oszczędności, złe inwestycje. Stowarzyszenie CGA-Canada (*Certified General Accountants Association of Canada*) zasadnicze znaczenie nadaje jednak mało elastycznym rozwiązaniom podatkowym, popierając propozycje CD Howe Institute w zakresie zwiększenia limitu składkowego na trzeci filar z 22 tys. CAD do 42 tys. CAD rocznie (tj. z obecnych 18 proc. dochodu do 32 proc. dochodu z poprzedniego roku) oraz podniesienia granicy wieku, kiedy traci się prawo do preferencyjnego pod względem podatkowym oszczędzania w dobrowolnych programach emerytalnych z 71 lat do 73 lat<sup>20</sup>.

Propozycje modyfikacji w systemie emerytalnym Kanady sprowadzają się przede wszystkim do trzeciego filaru, bowiem reforma CPP/QPP z połowy ostatniej dekady XX w. określiła problemy jego funkcjonowania i pozwoliła rozwiązać je w sposób zapewniający jego stabilne funkcjonowanie w długim okresie czasu. Rząd Kanady systematycznie, co trzy lata, dokonuje jednak rewizji przyjętych rozwiązań w publicznym systemie emerytalnym, będących odpowiedzią na zmiany warunków życia, pracy i płacy ludności. W celu zniechęcenia do zbyt wczesnego opuszczania rynku pracy przez Kanaadyjczyków, w latach 2011-2013 emerytura będzie stopniowo podwyższana do 0,7 proc. (obecnie 0,5 proc.) za każdy miesiąc późniejszego przejścia na emeryturę (do momentu ukończenia 70 lat) oraz w latach 2012-2016 stopniowo redukowana do 0,6 proc. (obecnie 0,5 proc.) za każdy miesiąc brakujący do osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego (65 lat). Oznacza to, że w przypadku osób przechodzących na emeryturę w wieku 60 lat emerytura będzie niższa o 36 proc., natomiast wyższa o 42 proc. w razie przejścia na emeryturę w wieku 70 lat. Ponadto począwszy od 2012 r. emeryci będą mogli jednocześnie pracować i odprowadzać składki do programu, powiększając tym samym wysokość należnego świadczenia na emeryturze (*Post-Retirement Benefit – PRB*). W przypadku osób w wieku 60-65 odprowadzanie składek będzie obowiązkowe zarówno dla pracowników, jak i pracodawców, natomiast w przypadku pracowników w wieku powyżej 65 lat będzie dobrowolne (dla pracodawców obowiązkowe, jeżeli pracownik zdecyduje się na opłacanie składek)<sup>21</sup>.

19. Mintz J.M., *Summary Report on Retirement Income Adequacy Research*, <http://www.fin.gc.ca/activity/pubs/pension/pdf/riar-narr-BD-eng.pdf> (14.11.2010).

20. *The Wobbly Third Pillar. Problems with private pension plans jeopardize Canadians' retirement income*, Spring 2010, [http://www.cga.org/dialogue/en/articles/2010/Spring2010/pub-ec\\_third\\_pillar.htm](http://www.cga.org/dialogue/en/articles/2010/Spring2010/pub-ec_third_pillar.htm) (16.11.2010).

21. <http://www.hrsdc.gc.ca/eng/oas-cpp/changes.shtml> (16.11.2010).

## Podsumowanie

Kanadyjski system zabezpieczenia emerytalnego jest systemem trójfilarowym, który według OECD funkcjonuje dobrze, co więcej, uznawany jest za jeden z najlepszych na świecie. Obecnie system wywiązuje się z postawionych przed nim zadań, a mianowicie ochrony przed ubóstwem i utrzymania poziomu życia z okresu aktywności zawodowej. Według E. Tamagno publiczny system emerytalny oparty został na solidnych fundamentach w związku z szeregiem reform i wydaje się być stabilny finansowo przez najbliższych 75 lat<sup>22</sup>. W związku ze starzeniem się społeczeństwa i coraz niższą skłonnością społeczeństwa Kanady do oszczędzania na okres starości, sytuacja finansowa przyszłych emerytów może jednak ulec pogorszeniu. O ile świadczenia z publicznej części systemu emerytalnego w przypadku najniżej zarabiających Kanadyjczyków osiągną poziom niemal 100 proc. dochodu z okresu przedemerytalnego, w przypadku pozostałych osób stopa zastąpienia z publicznego systemu emerytalnego wykazuje trend negatywny, a więc maleje wraz ze wzrostem dochodów. Spośród 17,8 mln pracujących, 8,8 mln nie uczestniczy w rynku ani zakładowych, ani indywidualnych prywatnych programów emerytalnych, podczas gdy, aby po przejściu na emeryturę mieć dochody w wysokości 60-70 proc. dochodów z okresu aktywności zawodowej, w ciągu roku do programu należy odprowadzać 10-21 proc. osiągniętego wynagrodzenia brutto<sup>23</sup>. Tymczasem szacuje się, że niemal jedna trzecia osób aktywnych zawodowo, które w niedalekiej przyszłości będą emerytami (obecnie w wieku 45-64 lata) nie będzie mogła liczyć na taką stopę zastąpienia<sup>24</sup>. W ostatnim czasie w Kanadzie toczy się dyskusja nad potrzebą zmian w trzecim filarze w celu ułatwienia dostępu do niego i uczynienia go bardziej atrakcyjnym. Proponowane obecnie rozwiązania prowadzą się przede wszystkim do usunięcia barier tworzenia i prowadzenia zakładowych programów emerytalnych oraz zwiększenia systemu zachęt podatkowych do oszczędzania w trzecim filarze. Dyskusja toczy się wokół zmian nie tylko w prywatnej, ale również i w publicznej części systemu emerytalnego. Dotyczy ona m.in. zwiększenia stopy zastąpienia z CPP z obecnego poziomu 25 proc. do 50 proc., ewentualnie podwyższenia progu rocznej maksymalnej kwoty ograniczenia podstawy wymiaru składki (YMPE). Rozważana jest również możliwość wprowadzenia nowych, dobrowolnych planów zdefiniowanej składki, które funkcjonowałyby obok CPP, jako Kanadyjski Dodatkowy Plan Emerytalny (*The Canada Supplementary Pension Plan – CSPP*)<sup>25</sup>. Podkreśla się jednak, że na chwilę obecną żadne natychmiastowe i radykalne zmiany w funkcjonowaniu kanadyjskiego systemu emerytalnego nie są konieczne.

---

22. E. Tamagno, *Occupational Pension Plans in Canada: Trends in Coverage and the Incomes of Seniors*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa 2006, ISBN 1-55382-211-0, s. 17.

23. [http://forsal.pl/artykuly/408702,kanadyjski\\_system\\_emerytalny\\_ktory\\_mial\\_byc\\_wzorem\\_dla\\_polski\\_będzie\\_reformowany.html](http://forsal.pl/artykuly/408702,kanadyjski_system_emerytalny_ktory_mial_byc_wzorem_dla_polski_będzie_reformowany.html) (14.11.2010).

24. <http://www.fin.gc.ca/activty/consult/retirement-eng.asp> (12.11.2010).

25. Więcej na ten temat zob. K. Ambachtsheer, *The Canada Supplementary Pension Plan (CSPP). Toward an Adequate, Affordable Pension for All Canadians*, C.D. Howe Institute Commentary, Toronto 2008, Nr 265.



## Wykaz źródeł:

- Actuarial Report (8th) on the Old Age Security Program as at 31 December 2006*, Office of the Superintendent of Financial Institutions Canada, Ottawa 2008, ISBN 978-0-662-48303-8
- Aging in poverty in Canada*, „Seniors on the Margins”, Government of Canada, National Advisory Council on Aging, Ottawa, Ontario 2005, ISBN: 0-662-69055-9.
- Ambachtsheer K., *The Canada Supplementary Pension Plan (CSPP). Toward an Adequate, Affordable Pension for All Canadians*, C.D. Howe Institute Commentary, Toronto 2008, Nr 265.
- Fougère M., S. Harvey, Y. Lan, A. Léonard, B. Rainville, *Incentives for Early Retirement in Canada's Defined-Benefit Public and Private Pension Plans: An Analysis with a Dynamic Life-Cycle CGE Model*, Human Resources and Social Development Canada, [www.ecomod.org/files/papers/641.doc](http://www.ecomod.org/files/papers/641.doc).
- Forbes C., *Ensuring the ongoing strength of Canada's retirement income system*, <http://www.fin.gc.ca/activty/consult/retirement-eng.asp>.
- Góra M., *Integralny charakter systemu emerytalnego. Jeszcze raz o „Bezpieczeństwie dzięki różnorodności”*, Zeszyty FOR, Fundacja Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa 2009
- Horner K., *Retirement Saving by Canadian Households*, <http://www.fin.gc.ca/activty/pubs/pension/ref-bib/horner-eng.asp>.
- Little B., *Pension Reform in Canada: An Often Fractious Federation*, „Forum of Federations”, Occasional Paper Series Number 1, Ottawa 2010.
- Mintz J.M., *Summary Report on Retirement Income Adequacy Research*, <http://www.fin.gc.ca/activty/pubs/pension/pdf/riar-narr-BD-eng.pdf> (14.11.2010).
- Pierlot, J., *A Pension in Every Pot: Better Pensions for More Canadian*, C.D. Howe Institute Commentary, Toronto 2008, Nr 275.
- Pensions at a Glance: Public Policies Across OECD Countries*, 2007 Edition, OECD 2007, ISBN 978-92-64-03214-9.
- Pensions at a Glance. Current trends and policy topics in retirement-income provision in OECD countries*, OECD 2009.
- Robson W., *A Better Riff on Retirement: The Case for Lower Minimum Withdrawals from Registered Retirement Income Funds*, C.D. Howe Institute Commentary, Toronto 2008, e-brief 58.
- RRSPs and Other Registered Plans for Retirement*, „Canada Revenue Agency”, 2009, T4040(E) Rev. 09.
- Schirle T., *Greener Pastures: Understanding the Impact of Retirement Incentives in Defined-benefit Pension Plans*, C. D. Howe Institute Commentary Pension Papers, No. 262, Toronto 2008, ISBN: 0-88806-739-9.
- Tables of rates: Old Age Security Pension, Guaranteed Income Supplement, Allowance, Allowance for the Survivor*, Rates in effect from October to December 2010, Service Canada, ISPB-119-10-10, <http://www.servicecanada.gc.ca/eng/isp/oas/pdf/ISPB-119-10-10.pdf>.
- Tamagno E., *Occupational Pension Plans in Canada: Trends in Coverage and the Incomes of Seniors*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa 2006, ISBN 1-55382-211-0.
- Tamagno E., *A Tale of Two Pension Plans: The Differing Fortunes of the Canada and Quebec Pension Plans*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa 2008, ISBN: 1-55382-270-6.
- The CPP&OAS Stats Book 2009*, Human Resources and Skills Development Canada, <http://www.servicecanada.gc.ca/eng/isp/statistics/statbook.shtml>.

*The Wobbly Third Pillar. Problems with private pension plans jeopardize Canadians' retirement income*, Spring 2010, [http://www.cga.org/dialogue/en/articles/2010/Spring2010/pub-ec\\_third\\_pillar.htm](http://www.cga.org/dialogue/en/articles/2010/Spring2010/pub-ec_third_pillar.htm).

## **Pension system in Canada – Summary**

*The Canadian pension provision system is considered to be one of the best such systems in the world. Its strengths are based on its long-term stability and interaction between the three pillars, where the first two are compulsory and the third one is voluntary. The paper discusses principles of operation of the Canadian pension provision system, as well as challenges and anticipated trends in changes analysed in the recent years by Canada's federal government.*

**SYLWIA PIEŃKOWSKA-KAMIENIECKA** jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Recenzenci: dr Wojciech Nagel, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

IRENA JĘDRZEJCZYK

## Recenzja książki pt. „Ubezpieczenia *non-life*” pod redakcją naukową Ewy Wierzbickiej

Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, ss. 441

Książka pt. „Ubezpieczenia *non-life*” została opublikowana przez Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o. w końcu 2010 roku. Książka ta zapewne umknęłaby uwadze czytelnika wśród kilku nowości wydawniczych, autorstwa znakomitych znawców przedmiotu, poświęconych ubezpieczeniom, które pojawiły się na rynku księgarskim prawie w tym samym czasie, gdyby nie dość niezwykle okoliczności jej powstania. Otóż inicjatywa jej napisania wyszła od absolwentów Podyplomowych Studiów Ubezpieczeń Gospodarczych dla Przedsiębiorców ze Szkoły Głównej Handlowej, których edycja 2009/2010 niedawno się zakończyła, a kolejna wkrótce się rozpoczyna. Pomysł włączenia dorobku absolwentów studiów podyplomowych w treść tej książki zaowocował wprowadzeniem praktycznego ujęcia przedstawianych w niej problemów. Ujęcie praktyczne, którego źródłem byli zarówno praktycy wywodzący się z sektora przedsiębiorstw, jak również praktycy działalności ubezpieczeniowej i brokerskiej, pozwoliło na interesującą platformę wymiany doświadczeń, ujawnienia oczekiwań, potrzeb i możliwości.

Na tekst książki liczącej 441 stron składa się 12 rozdziałów, których napisanie powierzone zostało przez kierownictwo studiów wykładowcom, związanym z różnymi środowiskami akademickimi w kraju. Zbiorowy wysiłek, którego efektem jest książka podjęły następujące osoby: Kazimierz Ortyński (rozdział I i VIII), Anna Karmańska (rozdział II), Marzena Lament (rozdział III), Paweł Gołąb (rozdział IV), Monika Woźniak-Markarska (rozdział V), Magdalena Karczmarek (rozdział VI), Tomasz Skwara (rozdział VII), Ewa Myśliwiec (rozdział IX i X), Ewa Wierzbicka i Zbigniew R. Wierzbicki (rozdział XI), Barbara Więckowska (rozdział XII).

Problematyka książki obejmuje zakresem merytorycznym ubezpieczenia majątkowe poczynając od ogólnego przeglądu szeroko rozumianych ubezpieczeń innych niż zycio-

we poprzez charakterystykę działalności ubezpieczycieli i reasekuratorów, od przeglądu ubezpieczeń majątkowych dla przedsiębiorców aż do bliższej charakterystyki wybranych grup ubezpieczeń. Oryginalne brzmienie tytułów poszczególnych rozdziałów prezentuje się następująco:

- rozdział I „Rynek ubezpieczeń non-life w Polsce”,
- rozdział II „Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń gospodarczych”,
- rozdział III „Ryzyko w zakładzie ubezpieczeń”,
- rozdział IV „Zintegrowane zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych”,
- rozdział V „Reasekuracja – zarys ogólny”,
- rozdział VI „Ubezpieczenia majątkowe dla podmiotów gospodarczych”,
- rozdział VII „Ubezpieczenia od utraty zysku”,
- rozdział VIII „Ubezpieczenia komunikacyjne, istota, grupy ryzyka”,
- rozdział IX „Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej”,
- rozdział X „Podstawy odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody”,
- rozdział XI „Ubezpieczenia finansowe”,
- rozdział XII „Ubezpieczenia pracownicze”.

Choć układ opracowania można uznać za poprawny to można żałować, iż recenzent wydawniczy (dr hab. Krystyna Brzozowska, profesor Uniwersytetu Szczecińskiego) nie wskazał na możliwość poprawy struktury pracy przed jej wydaniem poprzez połączenie niektórych rozdziałów w większe bloki tematyczne, co zapobiegłoby niekorzystnemu rozczłonkowaniu tekstu. Za dokonaniem takiego zabiegu przemawiają zachwiane proporcje poszczególnych rozdziałów, o czym świadczą m.in. ich bardzo zróżnicowania objętość, poczynając od tak obszernej części jak rozdział II (ss. 64) aż do rozdziału III najkrótszego i niekompletnie prezentującego podjęte zagadnienie ryzyka (ss. 18). W końcowej ocenie tego rozdziału wskazać jednak trzeba na najbardziej cenny jego fragment poświęcony roli audytu wewnętrznego w zarządzaniu ryzykiem, który został bardzo kompetentnie przedstawiony. Być może sformułowanie „Rola audytu wewnętrznego w zarządzaniu ryzykiem” trafniej oddawałoby treść tego rozdziału niż dotychczasowy tytuł. Należy mieć nadzieję, że kolejne wydanie przyniesie rozszerzenie tej problematyki o inne instrumenty wspierające proces zarządzania ryzykiem w zakładach ubezpieczeń.

Nowoczesne podejście do ryzyka znaleźć może czytelnik w rozdziale IV. Spośród opisów licznych strategii, modeli (model zarządzania ryzykiem korporacyjnym, ERM w grupach ubezpieczeniowych, COSO II, model kapitału ekonomicznego i inne), procedur i mechanizmów *enterprise risk management* szczególną uwagę zwraca problematyka profilowania ryzyka. Wywód na ten temat zilustrowano przykładowym profilem ryzyka zakładu ubezpieczeń oraz profilu ryzyka w grupie ubezpieczeniowej.

Gospodarkę finansową zakładów ubezpieczeń przedstawia w rozdziale II znany specjalista z zakresu rachunkowości i finansów profesor Anna Karmańska. Przedmiotem rozważań są m.in. wypłacalność, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, działalność lokacyjna, obszary analizy finansowej zakładu ubezpieczeń.

W ubezpieczeniowej literaturze przedmiotu mało jest pozycji wydawniczych poświęconych reasekuracji. Z tego też względu rozdział V zatytułowany „Reasekuracja” budzi

wielkie nadzieje na wyjaśnienie mechanizmów reasekuracyjnych i problemów rynku usług reasekuracyjnych, choć autorka Monika Woźniak-Makarska już w tytule z góry zapowiada, że będzie to zarys ogólny. W ramach tego zarysu przedstawiono m.in. prawne aspekty działalności reasekuracyjnej, scharakteryzowano aktywność reasekuratorów w stosunku do polskiego rynku ubezpieczeniowego, wskazano na mechanizmy transferu ryzyka, przedstawiono zadania reasekuracji, formy i rodzaje umów reasekuracyjnych a także wyjaśniono istotę programów reasekuracyjnych. W rozdziale sygnalnie podjęto historię rozwoju reasekuracji i problem cykliczności rynku (ss. 147-148). Badania cykliczności zwłaszcza w odniesieniu do międzynarodowego rynku reasekuracji są jednym z najpoważniejszych kierunków badań nad koniunkturą gospodarki globalnej. Wielce pożądanym byłoby więc szersze rozwinięcie tej problematyki przez autorkę w przyszłości.

W lekturze książki zainteresowanie wzbudza bardzo dobry tekst autorstwa Ewy Myśliwiec, obszerny zajmujący dwa rozdziały (IX i 1X), oba w całości poświęcone odpowiedzialności cywilnej, przy czym jeden z nich traktuje o ubezpieczeniach OC, a drugi o odpowiedzialności cywilnej sprawcy. Tekst wzbogacony został przeglądem orzecznictwa sądowego i przykładami zastosowań odszkodowawczych.

Ubezpieczenia majątkowe dla podmiotów gospodarczych przedstawiono w rozdziale VI autorstwa Magdaleny Karczmarek dokonując przeglądu ubezpieczeń od ognia i innych zdarzeń losowych, ubezpieczeń od kradzieży (z włamaniem i rabunkiem), ubezpieczeń transportowych, maszyn i urządzeń, szyb od stłuczenia oraz sprzętu elektronicznego. Omówione skrótkowo przez autorkę ubezpieczenie utraty zysku znalazło na szczęście kontynuację i kompetentne rozwinięcie w kolejnym VII rozdziale autorstwa Tomasza Skwary.

Rozdział XI autorstwa Ewy i Zbigniewa Wierzbickich poświęcono ubezpieczeniom finansowym. Autorzy dokonują rzetelnego przeglądu instrumentów finansowych umożliwiających zabezpieczenie płynności i adekwatności kapitałowej oraz transferu i zmniejszenie ryzyka przedsiębiorstw w obrocie handlowym. Autorzy opierając się na przepisach prawa oraz polskiej literaturze przedmiotu dokonują klasyfikacji ubezpieczeń finansowych, a następnie omawiają główne ich rodzaje poczynając od ubezpieczeń wierzytelności, w tym kredytu kupieckiego, kredytu bankowego, poprzez ubezpieczenia należności faktoringowych, należności zagranicznych, ubezpieczenia *leasingu*, na gwarancjach ubezpieczeniowych kończąc.

Znaczenie ubezpieczeń osobowych dla przedsiębiorstw bezpośrednio dla kadry w nich zatrudnionej podkreślono w rozdziale XII autorstwa Barbary Więckowskiej poprzez prezentację różnych ubezpieczeń pracowniczych, w tym ubezpieczeń pracowniczych z preferencją państwa.

Wkład profesora Kazimierza Ortyńskiego w recenzowaną książkę to nie tylko interesujące, choć momentami dość kontrowersyjne, refleksje nad wpływem globalnego kryzysu na rynek ubezpieczeń. Nie jest też jego najważniejszą zasługą analiza poświęcona ubezpieczeniom komunikacyjnym w rozdziale VIII, choć zarówno rozważania poświęcone strukturom instytucjonalnym (UFG, PBUK), jak i szkodowości w tych ubezpieczeniach mogą być bardzo przydatne dla czytelnika. Wykonana przez K. Ortyńskiego trafna

syntetyczna ocena rynku ubezpieczeń *non-life* w dobrym klasycznym tonie dała okazję do umocnienia i utrwalenia w piśmiennictwie polskim terminologii etymologicznie wywodzącej się z tradycji brytyjskiej. Jak brzmi dla polskiego czytelnika nawykłego do terminu „ubezpieczenia działu drugiego” lub „ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe” przywrócony do praktyki języka polskiego precyzyjny termin ubezpieczenia *non-life* można sprawdzić samemu oddając się lekturze książki „Ubezpieczenia *non-life*” pod redakcją Ewy Wierzbickiej.

*Recenzent: prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk.*

---

IRENA JĘDRZEJCZYK

## Rynek nieruchomości – wsparcie ze strony banków i ubezpieczycieli

### Wprowadzenie

Jakkolwiek sformułowana jest definicja nieruchomości w rozlicznych źródłach prawnych i informacyjnych, to przyznać trzeba, że podmioty rynku nieruchomości są godnymi uwagi partnerami biznesowymi banków i ubezpieczycieli.

Badaniu poddano podmioty uczestniczące w obrocie nieruchomościami bezpośrednio albo pośrednio z tym obrotem związane, uwzględnione w statystykach dwóch ważnych systemów gromadzenia danych dotyczących nieruchomości, a mianowicie systemu AMRON oraz systemu SARFiN.

System Analiz i Monitorowania Rynku Obrotu Nieruchomościami AMRON powstał w roku 2004 jako odpowiedź środowiska bankowego na wymogi nadzoru bankowego związane z zarządzaniem ryzykiem kredytowym i monitorowaniem zabezpieczeń wierzytelności hipotecznych. System AMRON jest ogólnopolską bazą danych o cenach transakcyjnych nieruchomości, w której uczestniczy 30 największych banków komercyjnych obecnych w Polsce a także 155 banków spółdzielczych i Narodowy Bank Polski. Pierwsze towarzystwo ubezpieczeniowe, które włączyło się w system w 2008 roku poszerzając krąg uczestników AMRON-u to TU Europa SA<sup>1</sup>.

System Analiz Rynku Finansowania Nieruchomości (SARFiN) pozwala na wymianę informacji o liczbie i wielkości udzielonych kredytów mieszkaniowych dla celów biznesowych. W zamian za własny wkład informacyjny każdy uczestnik systemu zyskuje możliwość oceny wielkości i dynamiki rynku oraz własnej na nim pozycji na zasadzie wzajemności.

System obejmuje informacje dotyczące nie tylko nowych nieruchomości, ale także związane z kategorią nieruchomości remontowane. Bank danych wzbogacany jest o informacje tematyczne, takie jak: kredyty indeksowane w walutach obcych, kanały dystrybucji, rodzaje nieruchomości, a także o informacje przekrojowe na poziomie LTV<sup>2</sup>,

- 
1. Raport AMRON-SARFiN, VI Congress on Housing Finance in the Central and Ekstern European Countries, Warsaw 26 – 27 November 2009.
  2. LTV (ang. *Loan To Value*) oznacza wyrażony w procentach wskaźnik określający stosunek wartości kredytu do wartości zabezpieczenia. Dla banku jest podstawą określenia oprocento-

sprzedaży regionalnej według miejsca zamieszkania, średnich dochodów ludności dla regionów, współczynników zadłużenia do dochodów z podziałem przekrojowym według okresu kredytowania, a także z uwzględnieniem struktury portfela według wskaźników PD<sup>3</sup> i LGD<sup>4</sup> oraz kredytów nieregularnych.

W obu systemach proponuje się takie usługi jak: budowa indeksu dostępności kredytowej, ocena i szacowanie potencjału rynku kredytowania nieruchomości, tworzenie map ryzyka dla poszczególnych regionów. Systemy umożliwiają dostęp do cyfrowych map GIS jak również dostęp *on-line* do Elektronicznej Księgi Wieczystej.

## 1. Ryzyko inwestowania w nieruchomościach i ochrona ubezpieczeniowa

W opracowaniu zakres analizy zostaje ograniczony do wybranych kategorii nieruchomości. Struktura nieruchomości jest dość złożona a stosowane kryteria klasyfikacyjne są dość liczne.

Ze względu na kryterium rodzajowe wyróżnia się:

- nieruchomości biurowe,
- nieruchomości mieszkaniowe,
- nieruchomości handlowe (obiekty handlowe, magazynowe etc.),
- nieruchomości infrastrukturalne (mosty, wiadukty, parkingi etc.),
- nieruchomości pozostałe (hotele, stacje benzynowe i in.).

Ze względu na kryterium podmiotowe klasyfikacja nieruchomości obejmuje:

- nieruchomości deweloperskie,
- nieruchomości komunalne,
- nieruchomości w układzie branżowym (spedytorskie, turystyczne, górnicze, kolejowe etc.).

Przedstawione klasyfikacje nie wyczerpują wszystkich kryteriów możliwych do zastosowania, wybrane jednak zostały ze względu na ich przydatność dla inwestorów przy budowie portfela nieruchomości.

Nieruchomości jako przedmiot procesu inwestycyjnego charakteryzują się pewnymi nieodłącznymi atrybutami, które odróżniają tę grupę aktywów od innych grup aktywów. W szczególności nieruchomościom właściwe są takie cechy jak: stałość lokalizacji w danym miejscu, niepodzielność obiektu ze względu na komplementarność funkcji spełnianych przez jego części, wysoka kapitałochłonność, niejednorodność (grunty, obiekty budowlane, urządzenia infrastrukturalne etc.), złożony charakter procesu inwestycyjnego i związane z tym podwyższone ryzyko uczestników tego procesu, co obrazuje Tabela 1.

---

wania kredytu i innych jego kosztów. Im wskaźnik LTV jest niższy tym bank jest bardziej skłonny do ustępstw cenowych. Bank prosi o ubezpieczenie nadwyżki jeśli LTV > 80 proc. Koszty ubezpieczenia ponosi jednak klient. Zwykle wynoszą one 3,5 proc. od ubezpieczanej nadwyżki płacone na 3 lub 5 lat z góry.

3. PD *Probability of Default* – prawdopodobieństwo niedotrzymania warunków.

4. LGD *Loss Given Default* – strata jako procent ekspozycji na ryzyko niedotrzymania warunków.



**Tabela 1. Inwestycje w nieruchomości ze względu na rozmiary ryzyka i wewnętrzną stopę zwrotu**

Core	Value – addend	Oportunistic
IRR < 8%	8% < IRR < 16%	IRR > 16%
ryzyko małe	ryzyko średnie	ryzyko duże
Istniejące	Nieruchomości	development
Fundusze	Nieruchomości	fundusze oportunistic
	fundusze mezzanine	
	spółki nienotowane	
spółki notowane	na GPW	

IRR – wewnętrzna stopa zwrotu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Maciak Ł. (2009): *Jak budować i zarządzać portfelem nieruchomości komercyjnych*, BZ WBK AIB, Materiały konferencyjne, Warszawa.

Uczestnikami obrotu nieruchomościami są następujące grupy podmiotów;

- kupujący,
- sprzedający,
- konsultanci (zarówno kupującego, jak i sprzedającego),
- bank finansujący,
- ubezpieczyciel,
- regulator rynku (KNF, UOKiK i in.).

Czynniki ograniczające uczestnictwo w obrocie nieruchomościami podzielić można na zewnętrzne i wewnętrzne. Do najważniejszych czynników zewnętrznych można zaliczyć harmonogram sprzedającego, dostępność konsultantów, dostępność dokumentów, skala nieruchomości (w tym poszukiwanie partnerów). Do czynników zewnętrznych ograniczających zakup nieruchomości należą: wymogi proceduralne kupującego, dostępność pracowników, ograniczenia budżetowe, wymóg dopełnienia warunków formalnych.

Deweloper jako ważny podmiot rynku obrotu nieruchomościami kooperuje w drodze do finalnego odbiorcy (nabywcy nieruchomości) z takimi podmiotami jak banki, rzeczoznawcy majątkowi, pośrednicy i ubezpieczyciele.

Banki w kooperacji z inwestorem na cele kredytowania poddają projekt wielostronnym badaniom, w tym badaniom ogólnoeconomicznym, prawnym, podatkowo-finansowym, technicznym i środowiskowym.

Konieczne do nawiązania więzi kooperacyjne pomiędzy deweloperem i ubezpieczycielem wynikają przede wszystkim z funkcji dewelopera jako inwestora, jako organizatora procesu inwestycyjnego i jako podmiotu zarządzającego ryzykiem projektu inwestycyjnego, a także jako kredytobiorcy. W intencji dewelopera, występującego w roli ubezpieczającego, współpraca ta polega na możliwie jak największym transferze ryzyka na ubezpieczyciela. Deweloper jako organizator procesu inwestycyjnego może spowodować włączenie się innych uczestników tego procesu do zakupu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczającym może być inwestor i każdy uczestnik realizacji procesu budowlanego lub montażowego zawierający umowę z ubezpieczycielem, opłacający składkę i, o ile nie umówiono się inaczej, uprawniony do otrzymania odszkodowania.

Ubezpieczonym zaś może być inwestor i każdy uczestnik realizacji procesu budowlanego lub montażowego, na rzecz którego została zawarta przez ubezpieczającego umowa ubezpieczenia.

Rozróżnia się następujące techniki zawierania umów ubezpieczenia:

1. Umowa ubezpieczenia jednostkowego – umowa obejmująca ochroną mienie i odpowiedzialność cywilną w związku z wykonywaniem robót budowlano-montażowych w ramach jednego kontraktu.
2. Umowa ubezpieczenia generalnego – umowa obejmująca ochroną ubezpieczeniową mienie i odpowiedzialność cywilną w związku z wykonywaniem w okresie jej obowiązywania robót budowlano-montażowych w ramach wielu kontraktów.

W literaturze przedmiotu, zwłaszcza zagranicznej, wiele uwagi poświęca się umowie ubezpieczenia kredytu oraz umowie ubezpieczenia *Title Insurance*, w ramach której wiele transakcji komercyjnych jest ubezpieczanych od ryzyk prawnych<sup>5</sup>.

Każdy etap procesu inwestycyjnego organizowanego przez dewelopera ze względu na specyfikę właściwych sobie ryzyk wymaga odpowiednio dostosowanej ochrony ubezpieczeniowej i tak:

- (1) Etap: prace badawcze i pomiarowe:
  - ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych,
  - ubezpieczenie od kradzieży zwykłej.
- (2) Etap: prace projektowe – ubezpieczenie OC projektanta pozwala na odzyskanie środków w przypadku popełnienia błędu projektowego.
- (3) Etap: prace budowlano-montażowe:
  - ubezpieczenie wszystkich ryzyk budowy i montażu (*CAR/EAR – Construction All Risks / Erection All Risks*),
  - ubezpieczenie OC,
  - ubezpieczenie utraty zysku wskutek opóźnienia inwestycji w związku ze szkodami powstałymi w trakcie budowy i montażu (*ALOP – Advanced Loss of Profit*).
- (4) Etap: eksploatacja:
  - ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych,
  - ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku,
  - ubezpieczenie od awarii maszyn,
  - ubezpieczenie od ryzyka wystąpienia anomalii pogodowych,
  - ubezpieczenie utraty zysku wskutek ognia i innych zdarzeń losowych,
  - ubezpieczenie utraty zysku wskutek awarii maszyn,
  - ubezpieczenie kredytu kupieckiego,

---

5. Szerzej na ten temat traktuje kilka ważnych pozycji literatury zagranicznej, m.in.: *An Internal Insurance Market in an Enlarged European Union*, edited by H. Heiss, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe, Greifswald, 2002, J. Dwight (2006): *Monoline Restrictions, with Applications to Mortgage Insurance and Title Insurance*, Haas School of Business, University of California, Berkeley, USA Review of Industrial Organization, 2006, Friedrich M.A. (2002): *D & O Liability*, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe a także Garbes M. (2001): *Die Haftpflichtversicherung der Architekten/Ingenieure*, Verlag VersicherungsForum, Hamburg oraz *Title Insurance Discussion Points (Internal Use Only)*, FEDERAL CONFERENCE, March 7-8, 2006 Washington, D.C i wiele innych źródeł.

- ubezpieczenie OC,
- inne ubezpieczenia (ubezpieczenie sprzętu elektronicznego, ubezpieczenie maszyn i urządzeń elektrycznych, ubezpieczenie maszyn i urządzeń budowlanych, ubezpieczenia komunikacyjne).

Źródłem ryzyk występujących w związku z prowadzeniem inwestycji mogą być:

- siły przyrody (powódź, huragan, pożar, deszcz nawalny itp.),
- błędy ludzkie,
- błędy projektowe,
- błędy materiałowe, konstrukcyjne,
- błędy montażowe.

Ubezpieczeniem zainteresowany jest każdy uczestnik procesu inwestycyjnego, a w szczególności inwestor, wykonawcy, banki i leasingodawcy.

W obrocie nieruchomościami można wyróżnić trzy grupy klientów, którzy mogą być zainteresowani ubezpieczeniem. Każda z tych grup klientów, ze względu na rodzaj oraz specyfikę przeprowadzanych transakcji, jest narażona na inny rodzaj ryzyka. Do grup tych należą:

- 1) klienci indywidualni kupujący działki lub nieruchomości mieszkaniowe,
- 2) inwestorzy instytucjonalni kupujący nieruchomości komercyjne,
- 3) kredytodawcy.

Klienci indywidualni kupujący działki lub nieruchomości mieszkaniowe z reguły kupują nieruchomość od innej osoby fizycznej, co upraszcza analizę stanu prawnego nieruchomości i znacząco zmniejsza ryzyko transakcji. Głównym czynnikiem ryzyka dla tych klientów jest przede wszystkim oszustwo lub nadużycie ze strony sprzedającego. Wynika to z faktu, że przy tego typu transakcjach sprawdzenie stanu prawnego nieruchomości z reguły odbywa się kilka dni przed podpisaniem aktu notarialnego.

Inwestorzy instytucjonalni kupujący nieruchomości komercyjne najczęściej dokonują transakcji z innymi podmiotami komercyjnymi lub też jednostkami samorządu terytorialnego. Kupowane nieruchomości składają się często z wielu działek o różnym stanie prawnym. Powoduje to konieczność przeprowadzania bardzo dokładnej analizy prawnej oraz stosowania zabezpieczeń przed stwierdzonymi zagrożeniami (np. roszczeniami reprivatyzacyjnymi).

Kredytodawcy, którymi najczęściej są banki udzielające kredytów hipotecznych, narażeni są najbardziej na ryzyko prawne związane z ustanowioną hipoteką, które wynika z trzech czynników:

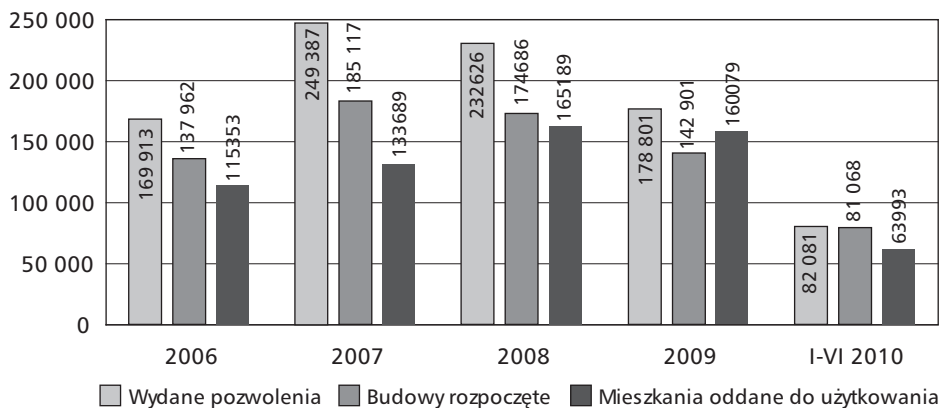
- a) ryzyko związane z tytułem prawnym do nieruchomości (naruszenie tego tytułu może podważyć skuteczność wpisanej hipoteki lub też wpłynąć na zmniejszenie wartości zabezpieczenia),
- b) długotrwały proces rejestracji hipoteki przez sąd w praktyce powoduje konieczność wypłaty kwoty kredytu przed ustanowieniem zabezpieczenia docelowego, jakim jest hipoteka,
- c) ryzyko związane z prawomocnością i skutecznością wpisanej hipoteki (błędy lub przeoczenia w trakcie udzielania kredytu lub rejestrowania hipoteki mogą podważyć skuteczność wpisanej hipoteki lub spowodować dodatkowe problemy prawne podczas egzekucji).

Jak wynika z badań rosnąca liczba rozpoczynanych przez banki egzekucji z nieruchomości wpływa na zwiększenie liczby ujawnionych problemów prawnych związanych z kredytami hipotecznymi.

## 2. Ocena aktywności inwestorów w obrocie nowymi inwestycjami mieszkaniowymi

Po okresie niezwykle dynamicznego rozwoju rynku nieruchomości na początku lat 2000-ych pojawiło się wyraźne spowolnienie poczynając od 2007 roku, zarówno pod względem liczby wydawanych pozwoleń na budowę i liczby kupujących. Nadal jednak notowano aż do 2008 roku wzrost liczby mieszkań oddawanych do użytku. Rozwój budownictwa mieszkaniowego przedstawia Wykres 1.

Wykres 1. Rozwój budownictwa mieszkaniowego



Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów systemu AMRON 2010.

Analiza krzywych przedstawionych na Wykresie 1 prowadzi do wniosku, że w okresie 2007 – 2009 miał miejsce spadek wydanych pozwoleń i budów rozpoczętych tak znacznych rozmiarów, że dane z roku 2009 kształtowały się na niskim poziomie bliskim roku 2006 sprzed fazy wzrostowej. Dla porównania liczba wydanych pozwoleń w roku 2009 wynosiła 178 801, a w 2006 roku 169 913 wobec największej liczby pozwoleń 249 387 w roku 2007.

Dla porównania liczba rozpoczętych budów w roku 2009 wynosiła 142 901, a w 2006 roku 137 962 wobec największej liczby rozpoczętych budów 185 117 w roku 2007.

Największa liczba mieszkań oddanych do użytku zanotowana w 2008 roku na poziomie 165 189 spadła niewiele, gdyż do poziomu 160 079 mieszkań w 2009 roku, co jednak nadal oznaczało poziom dużo wyższy niż w roku 2006 (115 353 oddanych do użytku mieszkań).

Najnowsze dane dotyczące I połowy 2010 roku informują o wydaniu 82 081 pozwoleń na budowę, oddaniu do użytku 63 993 mieszkań oraz rozpoczęciu 81 068 budów.

Dane te wskazują na postępujący spadek zarówno w kategorii liczby mieszkań oddanych, jak i wydawanych pozwoleń, choć tempo tego spadku jest różne. W pierwszej połowie 2010 oddano do użytkowania o 16 proc. mniej mieszkań ogółem niż w analogicznym okresie 2009 roku, przy czym spadek ten dotknął w większym stopniu deweloperów niż inwestorów indywidualnych (odpowiednio spadek 29,9 proc. i 4,2 proc.). Z tego też powodu wzrosło znaczenie inwestorów indywidualnych a ich udział w tworzeniu nowych zasobów mieszkaniowych w kraju wzrósł do 51 proc.

W pierwszej połowie 2010 wydano o 9 proc. mniej zezwoleń na budowę ogółem niż w analogicznym okresie 2009 roku, przy czym spadek ten dotknął w większym stopniu deweloperów niż inwestorów indywidualnych (odpowiednio spadek 13 proc. i 2,7 proc.).

Pewnym sygnałem ożywienia rynku i poprawy nastrojów jest obserwowany wzrost liczby rozpoczętych budów w pierwszej połowie 2010 o 19 proc. w stosunku do analogicznego okresu 2009 roku. Wzrost ten dotyczył jednak tylko deweloperów, natomiast w przypadku inwestorów indywidualnych odnotowano niewielki spadek rzędu 0,8 proc. w stosunku do analogicznego okresu 2009 roku.

Można mieć nadzieję, że postępująca stabilizacja cen transakcyjnych mieszkań przyczyni się do przywrócenia równowagi rynkowej w obrocie nieruchomościami.

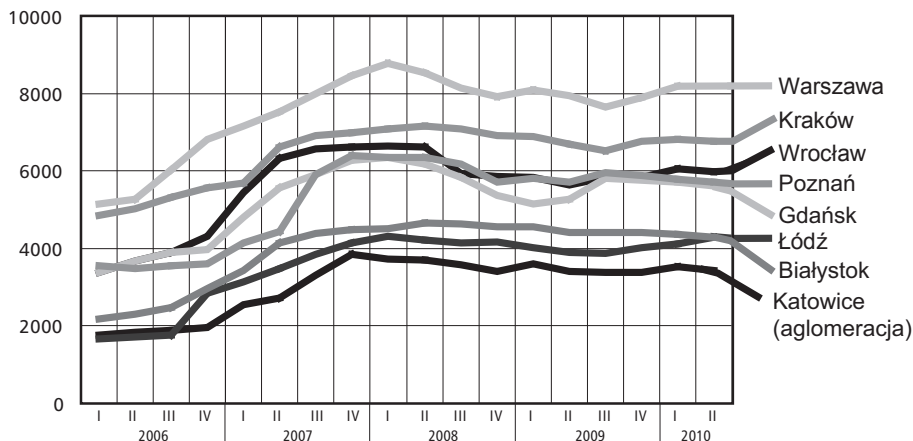
Analiza cen w obrocie nieruchomościami mieszkaniowymi może być dokonywana w różnych przekrojach. Wyniki badań w tym zakresie opracowano zarówno ze względu na ceny oferowane, jak i ceny, po których transakcja kupna-sprzedaży doszła do skutku. Wyniki można także zaprezentować zarówno w przekroju średniej ceny za metr kwadratowy powierzchni mieszkania, jak i średniej ceny za mieszkanie. Kolejne zróżnicowanie dotyczy wielkości kupowanych mieszkań, ze względu na przejawiającą się prawidłowość rynkową, polegającą na niższej średniej cenie mieszkań małych.

Analizie można poddać ceny mieszkań w zależności od roku ich budowy. Powodem zróżnicowania cen jest nie tylko stopień zużycia, ale zastosowana technologia budowy. Ogromne znaczenie ma też lokalizacja i to zarówno w układzie przestrzennym województw, jak i w układzie wielkie miasta *versus* obszary peryferyjne.

Interesujące są wyniki analizy ze względu na średnią cenę metra kwadratowego mieszkania w układzie przestrzennym województw.

Analiza cen transakcyjnych mieszkań w układzie województw wskazuje na najwyższy poziom cen w województwie mazowieckim, małopolskim i dolnośląskim. Interesujące przedstawia się układ przestrzenny wahań cen. Dla wspomnianych trzech województw ceny osiągnęły najwyższy poziom w III kwartale 2007 reagując następnie spadkiem wskutek rosnącej liczby oddawanych do użytku mieszkań. W pewnej grupie województw, do których należą m.in. województwa lubelskie, podkarpackie, lubuskie miało miejsce przesunięcie krzywej o cały rok tak, że funkcja cen transakcyjnych swoje maksimum osiągnęła dopiero w IV kwartale 2008 roku. W przypadku województwa świętokrzyskiego przesunięcie było jeszcze większe, bowiem tendencja wzrostowa cen utrzymała się aż do I kwartału 2009 roku i dopiero po tym okresie nastąpił ich gwałtowny spadek. W żadnym z województw w kraju ceny transakcyjne mieszkań nie spadły do poziomu roku 2006.

Wykres 2. Ceny transakcyjne metra kwadratowego nowych mieszkań w wybranych miastach Polski



Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów systemu AMRON 2010.

Głębsza analiza pozwala na wniosek, że największe zmiany cen występują na rynkach największych miast, co wyraźnie ilustruje Wykres 2 i Tabela 2. Warto podkreślić, że w każdym z wybranych do badania miast, za wyjątkiem Katowic, Wrocławia i Gdańska, odnotowano w roku 2010 wzrost średniej ceny transakcyjnej o skali przekraczającej najlepszy dla sprzedających rok z całego okresu lat 2006-2010.

Tabela 2. Średnie ceny transakcyjne mieszkań nowych w wybranych miastach w II kwartale roku w latach 2006 -2010

Miasto	2006	2007	2008	2009	2010
Warszawa	323 633	481 976	504 600	450 026	511 976
Katowice	98 782	172 637	213 114	204 020	208 550
Łódź	110 676	228 469	222 850	204 020	265 694
Wrocław	211 927	345 019	369 847	336 030	351 462
Gdańsk	191 265	313 606	360 431	312 124	365 449
Białystok	141 703	206 953	260 301	245 527	277 417
Kraków	272 762	406 784	361 032	327 874	434 277
Poznań	192 195	311 546	297 714	254 377	340 923

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Ze względu na cele ubezpieczeniowe należy podkreślić, że do wyceny nieruchomości nie służą metody wyceny wartości rynkowej, lecz metody do wyznaczenia wartości odtworzeniowej, gdzie relacja popytu i podaży może mieć co najwyżej ograniczone znaczenie (por. Tabela 3).

Tabela 3. Metody wyceny nieruchomości dla celów ubezpieczeniowych

Podjęcie	Metody	Techniki
1) kosztowe	kosztów odtworzeniowych kosztów zastąpienia	szczegółowa elementów scalonych wskaźnikowa
2) porównawcze	porównywania parami * korygowania ceny średniej * analizy statystycznej rynku	
3) dochodowe	inwestycyjna * zysków	kapitalizacji prostej dyskontowania strumieni pieniężnych
4) mieszane	Pozostałościowe kosztów likwidacji wskaźników szacunkowych gruntów	

\* metody stosowane w 99 proc. przypadków

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Szersza dyskusja na temat wyceny nieruchomości dla celów ubezpieczeniowych toczy się w czasopiśmiennictwie specjalistycznym związanym z rynkiem nieruchomości. Dla ubezpieczycieli stosowanie podejścia odtworzeniowego, jak się zdaje, nie budzi wątpliwości<sup>6</sup>.

### 3. Wsparcie inwestorów przez banki

Zaangażowanie banków we wspieranie rozwoju budownictwa mieszkaniowego z roku na rok się zwiększa, choć nadal nie jest tak znaczące jak w innych krajach UE. Szacuje się, że pożądany udział kredytowania hipotecznego powinien wzrosnąć tak, aby ogólne zaangażowanie banków z tego tytułu sięgnęło poziomu ok. 400 do 500 mld. W połowie roku 2010 odnotowano stan zadłużenia z tytułu kredytów mieszkaniowych zaciągniętych dotychczas w Polsce sięgający 245,9 mld złotych. Jeśli jednak analizie poddany zostanie dłuższy horyzont czasowy to okaże się, że obecny stan zadłużenia uległ dziesięciokrotnieniu w porównaniu ze stanem zadłużenia na 2002 rok, który wynosił wtedy zaledwie 20,030 mld PLN.

Podkreślić należy, że istnieje znaczna rozpiętość w zadłużeniu klientów instytucjonalnych, a indywidualnych. Największą rozpiętość zanotowano w roku 2009, w którym stan zadłużenia z tytułu udzielonych deweloperom kredytów mieszkaniowych przekroczył 20 mld PLN wobec zadłużenia klientów indywidualnych przekraczającego 209 mld PLN.

6. Szerzej na ten temat Machał D. (2004): *Produkty ubezpieczeniowe w zmniejszaniu ryzyka kredytowego – charakterystyka i wycena*, „Finansowanie Nieruchomości” nr 1/2004.

**Tabela 4. Liczba i wartość nowo udzielanych kredytów mieszkaniowych w II kwartale roku w latach 2007 -2010**

Lata 2007 -2010	Wartość w mld PLN	Liczba
II kw 2007	15,924	88372
II kw 2008	16,639	82333
II kw 2009	9,376	45576
II kw 2010	13,523	63972

Źródło: Związek Banków Polskich.

Z zaprezentowanej Tabeli 4 wynika, że liczba nowo udzielanych w ostatnich latach kredytów na cele mieszkaniowe spadła drastycznie osiągając swój najniższy poziom w 2009 roku (spadek prawie o połowę w porównaniu z analogicznym okresem roku 2007). Mimo znacznego wzrostu w 2010 roku nadal ani pod względem wartości, ani pod względem liczby umów kredytowych nie udało się powrócić do wcześniejszego poziomu z lat 2007 i 2008.

**Tabela 5. Średnia wartość kredytu na cele mieszkaniowe w latach 2002 - 2009**

Rok	Średnia wartość udzielonego kredytu ogółem	Średnia wartość kredytu denominowanego w walutach obcych	Średnia wartość kredytu w PLN
2002	76,22	79,62	73,13
2003	81,34	109,67	72,55
2004	94,24	123,97	84,56
2005	109,55	121,08	96,86
2006	139,14	162,16	103,19
2007	187,29	223,66	170,27
2008	205,18	258,82	145,94
2009	209,69	350,14	191,04

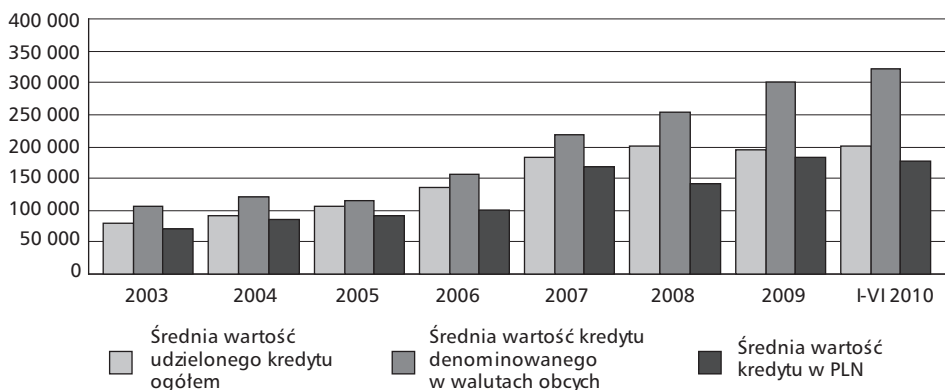
Źródło: Związek Banków Polskich.

Wzrost wartości jednostkowej udzielanego kredytu jest znaczny zważywszy, że w roku 2002 kredyt jednostkowy wynosił średnio zaledwie 60 tys. PLN, w 2006 roku już 139, 14 tys. PLN.

Według danych NBP średnie ważone oprocentowanie kredytów hipotecznych wyraźnie spadało, dzięki czemu możliwy był wzrost średniej wartości udzielonego kredytu mieszkaniowego, w tym zwłaszcza denominowanego w walutach obcych. Tylko od roku 2002 oprocentowanie to spadło blisko o połowę, z około 12 proc. średnio do poziomu poniżej 6 proc.



Wykres 3. Średnia wartość kredytu udzielanego na cele mieszkaniowe po I półroczu 2010



Źródło: Związek Banków Polskich.

Średnia wartość kredytu udzielonego po pierwszym półroczu 2010 ukształtowała się na poziomie 206,6 tys. PLN, co oznacza wzrost w stosunku do poprzednich lat.

Biorąc pod uwagę potrzeby ludności szacowane na około milion nowych mieszkań<sup>7</sup> polski rynek nieruchomości dysponuje znacznymi rezerwami pojemności, trudnymi jeszcze do zagospodarowania wskutek odłożonego popytu, ale to może niebawem ulec zmianie.

#### 4. Perspektywy rozwoju rynku nieruchomości w Polsce

Prognozy przygotowane na rok 2011 mają dość optymistyczny charakter, choć prawie wszyscy uczestnicy rynku nieruchomości wskazują na pewne istotne uwarunkowania zewnętrzne, które mogą wpłynąć na ograniczenie tego rynku lub jego ożywienie.

Instytucje finansujące (banki, leasingodawcy, ubezpieczyciele i in.) wskazują na zaostrożenie reżimów finansowania. Banki wskazują w szczególności na pierwsze wstępne oceny skutków wejścia w życie od sierpnia 2010 roku rekomendacji T<sup>8</sup>, która może w niektórych obszarach ograniczyć akcję kredytową. Z obawą odnoszą się do zamiarów nadzoru finansowego, a także wpływu tej rekomendacji na konkurencyjność poszczególnych banków, które przecież różnią się strukturą portfela kredytowego i rodzajem kredytobiorców. Bardzo rygorystyczne podejście nadzoru do utrzymania wysokiej wagi ryzyka na transakcje deweloperskie nadal będzie utrudniać większe zaangażowanie banków w projekty deweloperskie. Po części same banki zachowują daleko idącą ostrożność w związku z brakiem rachunków powierniczych, z przerzuca-

7. Szersze wywody na temat wartości kredytów a także szacunków potrzeb mieszkaniowych Polaków znaleźć można w raportach Amron Sp. z o.o., takich jak: Ogólnopolski raport o kredytach mieszkaniowych i cenach transakcyjnych nieruchomości, Związek Banków Polskich Warszawa, nr 2/2010 a także Raport AMRON-SARFiN, VI Congress on Housing Finance in the Central and Ekstern European Countries, Warsaw 26 – 27 November 2009.

8. Rekomendacja T dotyczy dobrych praktyk zarządzania ryzykiem. Obowiązujące od 23 grudnia 2010 roku przepisy wprowadzone przez Komisję Nadzoru Finansowego ograniczyły maksymalną wysokość miesięcznych obciążeń kredytowych.

niem kosztów z jednej inwestycji na drugą i innymi nagannymi praktykami stosowanymi przez niektóre podmioty deweloperskie.

Do czynników zewnętrznych, które mogą ograniczająco wpływać na proces inwestycyjny, w tym także na finansowanie przez banki, trzeba zaliczyć brak aktualnych planów zagospodarowania przestrzennego w miastach i gminach, utrudnienia biurokratyczne związane z uzyskiwaniem pozwoleń i realizacją inwestycji, nieuporządkowane sprawy własnościowe.

Deweloperzy, a w szczególności zrzeszone w UEPC (*Union Européenne Promoteurs-Constructeurs*) ponad 30 000 firm deweloperskich z 13 państw, których głównym profilem biznesowym jest budownictwo mieszkaniowe a także obiekty komercyjne (biura, centra handlowe i częściowo budynki przemysłowe), zamierzają konsekwentnie realizować cele, wyznaczone w Manifeście Programowym ogłoszonym w kwietniu 2009 roku.

Ważną częścią programową tego dokumentu jest plan badań obejmujący:

- 1 badania na temat konkurencyjności w sektorze budowlanym w ramach prac grupy roboczej ds. poprawy i lepszego stanowienia prawa budowlanego poprzez wspólne ramy referencyjne;
- 2 badania na temat programu ochrony przeciwpowodziowej obszarów osiedleńczych w ramach prac grupy ekspertów w sprawie ds. środowiska architektonicznego,
- 3 badania na temat kwestii takich jak: odpowiedzialność, gwarancje i ubezpieczenia w dziedzinie budownictwa, koszt i zapewnienie infrastruktury, kredyty hipoteczne, powiązania architektów i deweloperów, mieszkania socjalne, rekultywacja terenów oraz zmiany klimatyczne.

Realizacja celów praktycznych założonych we wspomnianym Manifeście obejmuje:

- propozycję prawnego i regulacyjnego moratorium dla transformacji i restrukturyzacji sektora budowlanego oraz propozycję ujednoczenia i wdrożenia europejskich przepisów i norm do przepisów stosowanych w państwach członkowskich,
- konsultacje i pomoc UEPC państwom członkowskim w opracowaniu przepisów ustawowych, wykonawczych i standardów europejskich,
- priorytet budowania domów przeznaczonych dla osób o niskich dochodach, UEPC pragnie zjednoczyć interes prywatnych deweloperów i firm budowlanych i zachęcić ich do rozwoju budownictwa socjalnego na warunkach równoważnych do tych z sektora publicznego. UEPC uważa, że istnieją wyraźne korzyści wynikające z ustanowienia wolnej konkurencji pomiędzy tymi dwoma sektorami na budowę mieszkań socjalnych zgodnie z nową strategią UE „Europa 2020” i zawartym tam zapisem o włączeniu społecznym,
- propozycję do przechodzenia z dotacji „na żądanie” konsumenta do dopłat do „podaży” mieszkań, w celu zwiększenia dostępu obywateli europejskich do nowych mieszkań. UEPC wyraża przekonanie, że stawki VAT powinny zostać zmniejszone, co wpłynęłoby pozytywnie na zwiększenie dostępności mieszkań wszystkich typów dla większej grupy obywateli europejskich.

UEPC jako samorząd gospodarczy deweloperów jest sygnatariuszem Karty Zrównoważonego Rozwoju (data podpisania 25.04.2008)<sup>9</sup>. Karta ta określa zobowiązania,

---

9. UEPC Sustainability Charter, [www.uepc.org/](http://www.uepc.org/).

które UEPC poczyniła w celu promowania redukcji emisji dwutlenku węgla w nowych obiektach wraz z przyjęciem ulepszonych standardów ochrony środowiska w nowym budownictwie.

Pomoc publiczna, w tym szczególnie pomoc państwa, jest czynnikiem dynamizującym rynek nieruchomości. Od stycznia 2007 roku funkcjonuje program „Rodzina na swoim”, w ramach którego udzielane są preferencyjne kredyty mieszkaniowe, a ich liczba wzrasta i nadal będzie wzrastać wedle prognozy na rok 2011. Zwiększy się także liczba kredytobiorców i instytucji finansowych udzielających kredytu w ramach tego programu.

Uczestnicy rynku nieruchomości wyrażają przekonanie o konieczności zmian prawnych, zachęt do oszczędzania na cele mieszkaniowe i zachęt do zwiększania podaży mieszkań, w tym zniesienie podatku od lokat oszczędnościowych, uruchomienie kas oszczędnościowo-budowlanych, umożliwienie instytucjom finansowym refinansowania z rynku kapitałowego.

Postuluje się zmiany w prawie, w szczególności w istniejących ustawach, takich jak: ustawa o finansowym wspieraniu rodzin, ustawa o zagospodarowaniu przestrzennym, ustawy podatkowe, prawo budowlane, prawo środowiskowe i inne.

Dla poprawy perspektyw rozwoju rynku nieruchomości jak widać niebagatelne są oczekiwania wobec państwa i to zarówno pod kątem interwencyjnej roli wsparcia publicznego, jak i inicjatyw legislacyjnych.

## Wykaz źródeł:

*An Internal Insurance Market in an Enlarged European Union*, Edited by H. Heiss, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe, Greifswald, 2002.

Dwight J. *Monoline Restrictions, with Applications to Mortgage Insurance and Title Insurance*, Haas School of Business, University of California, Berkeley, USA Review of Industrial Organization, 2006.

Friedrich M. A. (2002): *D & O Liability*, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe

Garbes M. (2001): *Die Haftpflichtversicherung der Architekten/Ingenieure*, Verlag VersicherungsForum, Hamburg.

Machała D. (2004): *Produkty ubezpieczeniowe w zmniejszaniu ryzyka kredytowego – charakterystyka i wycena*, „Finansowanie Nieruchomości” nr 1/2004.

Maciak Ł., *Jak budować i zarządzać portfelem nieruchomości komercyjnych*, BZ WBK AIB, Materiały konferencyjne, Warszawa 2009.

Ogólnopolski raport o kredytach mieszkaniowych i cenach transakcyjnych nieruchomości, Związek Banków Polskich Warszawa, nr 2/2010.

Raport AMRON-SARFiN, VI Congress on Housing Finance in the Central and Ekstern European Countries, Warsaw 26 – 27 November 2009.

*Title Insurance Discussion Points* (Internal Use Only), FEDERAL CONFERENCE, March 7-8, 2006 Washington, D.C.

*Prof. dr hab. IRENA JĘDRZEJCZYK – Zakład Prawa i Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych, SGGW w Warszawie.*

