

Spis treści

NOWE IDEE I POLEMIKI

- Dekalog konkluzji wynikających z uchwały Sądu Najwyższego w sprawie pojazdu zastępczego** – Eugeniusz Kowalewski, Jerzy Handschke, Tadeusz Szumlicz 3
- Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young** – Jakub Owoc 7

ROZPRAWY NAUKOWE

- W sprawie refundacji kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w ubezpieczeniowym postępowaniu likwidacyjnym** – Eugeniusz Kowalewski, Mirosław Nesterowicz, Ewa Bagińska, Monika Wałachowska, Michał Piotr Ziemiak, Władysław Wojciech Mogilski, Małgorzata Serwach 13
- Stypizowane sytuacje faktyczne, w których kompensacja ubytku wartości handlowej pojazdu nie jest adekwatna** – Eugeniusz Kowalewski, Michał Piotr Ziemiak 29
- Ochrona ubezpieczeniowa wzajemnych roszczeń ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia OC** – Władysław Wojciech Mogilski, Małgorzata Serwach 45
- Ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane – wpływ na polski rynek ubezpieczeń życiowych** – Marietta Janowicz-Lomott, Anna Ostrowska-Dankiewicz 63
- Ekonomiczne i instytucjonalne czynniki rozwoju ubezpieczeń** – Teresa H. Bednarczyk 85
- Istota i cele komunikacji korporacyjnej w zakładach ubezpieczeń** – Filip Przydróżny 109
- Równoważność nadzoru ubezpieczeniowego krajów spoza UE** – Robert Kurek 131
- Składki przekazywane do OFE a sytuacja finansowa Funduszu Ubezpieczeń Społecznych** – Kamila Bielawska 147

RECENZJE

- Recenzja książki *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne* pod redakcją naukową Wandy Sułkowskiej** – Irena Jędrzejczyk 163

EUGENIUSZ KOWALEWSKI, JERZY HANDSCHKE, TADEUSZ SZUMLICZ

DEKALOG

konkluzji wynikających z uchwały Sądu Najwyższego
w sprawie pojazdu zastępczego [uchwała składu
7 sędziów z dnia 17.11.2011 r., III CZP 5/11]

Preambuła

1. Przedmiotowa uchwała SN oraz tezy zawarte w jej uzasadnieniu to jedna z najważniejszych wypowiedzi SN w kwestii stosowania i wykładni art. 361 kodeksu cywilnego. Ma więc, bez wątplenia, znaczenie historyczne; jej aktualność znacznie wykracza poza kwestię refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego. Będzie mieć zatem znaczący wpływ na stosowanie prawa odszkodowawczego w wymiarze sądowym, jak i w praktyce ubezpieczeniowej;
2. Dotychczasowe komentarze na temat powyższej uchwały (zwłaszcza tzw. medialne) obfitują w nieporozumienia i przekłamania. Komentarze te niekiedy imputują Sądowi Najwyższemu tezy, stwierdzenia, poglądy (a nawet intencje), których SN w rzeczywistości nie wyraził – ani w tezach uchwały, ani w jej uzasadnieniu. Obfitują także w przeinaczenia, co graniczy z niedopuszczalnym naruszeniem powagi i autorytetu Sądu Najwyższego oraz wprowadza dezorientację wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego (w szczególności zakładów ubezpieczeń).

10 wskazówek dla zakładów ubezpieczeń

– Co SN powiedział, a czego nie powiedział –

1. **SN nie powiedział, że poszkodowany** w wypadku komunikacyjnym, dochodzący (w trybie *actio directa*) roszczeń odszkodowawczych od ubezpieczyciela OC sprawy, jest konsumentem! W szczególności nie zaaprobował poglądu, jakoby poszkodowany – zgłaszając roszczenie ubezpieczycielowi – dokonywał czynności prawnej w rozumieniu art. 22¹ k.c. (stanowisko prezentowane przez UOKiK). Taka wykładnia SN będzie musiała – co jest absolutnie oczywiste – rzutować na ocenę zasadności kar nałożonych przez

UOKiK na niektóre zakłady ubezpieczeń za rzekome naruszenie zbiorowych interesów konsumentów w przedmiocie ustalania odszkodowania za najem pojazdu zastępczego. Skoro bowiem poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych nie są konsumentami, nie można w ogóle mówić o naruszeniu ich zbiorowych interesów „konsumenckich” (*res ipsa loquitur*). Co więcej, oznacza to także (*scilicet!*), że nakładając owe kary, UOKiK działał ewidentnie poza zakresem swoich ustawowych kompetencji! (określonych ustawą o ochronie zbiorowych interesów konsumentów).

- II. **SN zanegował – i to w sposób niebudzący wątpliwości – przyjęcie „standardu odszkodowawczego” w przedmiotowej kwestii.** Innymi słowy, nie podzielił poglądu, jakoby każdemu poszkodowanemu, którego pojazd uległ uszkodzeniu albo zniszczeniu w wypadku komunikacyjnym, należał się **zawsze** zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Tak więc SN opowiedział się za tzw. **zasadą indywidualizacji odszkodowania** (ustalanego *ad casum*).
- III. **SN odrzucił – i to w sposób kateryczny – pogląd, że już sama utrata posiadania rzeczy (*scil.* także samochodu) i związana z tym utrata możliwości korzystania z tej rzeczy stanowi szkodę w rozumieniu art. 361 k.c.** W szczególności SN stanął na stanowisku, że tego rodzaju szkoda *per se* nie podlega naprawieniu. Jest to równoznaczne z odrzuceniem anglosaskiej konstrukcji *loss of use* (inaczej – *pure economic loss of use*).
- IV. **SN zaprezentował stanowisko, że szkodą podlegającą naprawieniu w rozumieniu art. 361 i nast. k.c. mogą być jedynie – jeżeli oczywiście ich poniesienie pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z faktem wyrządzenia szkody – koszty najmu pojazdu zastępczego.** Jednakowoż w grę wchodzić mogą wyłącznie koszty realnie poniesione (*scil.* zapłacone z tytułu umowy najmu pojazdu zastępczego). Bez spełnienia tego warunku roszczenie o zwrot takich kosztów poszkodowanemu nie przysługuje. Mówiąc obrazowo, roszczenie takie przysługuje poszkodowanemu dopiero *ex post*, czyli po faktycznym ich poniesieniu (zapłaconiu), co musi oczywiście udowodnić (wykazać) zgodnie z obowiązującymi regułami dowodowymi (art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c.).
- V. **SN nie podzielił stanowiska (prezentowanego dotąd w niektórych orzeczeniach sądów niższej instancji), że poszkodowanemu należy się kompensacja kosztów najmu pojazdu zastępczego tylko wówczas, gdy uszkodzony (zniszczony) pojazd użytkowany był w celach gospodarczych albo zawodowo-profesjonalnych. Opowiedział się natomiast za jednakowym traktowaniem poszkodowanych używających pojazdów w celach niezwiązanych z działalnością gospodarczą czy zawodową.** Innymi słowy, zdaniem SN, także poszkodowanemu, który korzystał z uszkodzonego (zniszczonego) w wypadku komunikacyjnym pojazdu w celach prywatnych (czy tylko osobistych) może należeć się kompensacja poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego. Jednakże poniesienie takich kosztów (a także ich wysokość) musi być „celowe” oraz „ekonomicznie uzasadnione”. Krótko mówiąc, w przedmiotowej sprawie najmu pojazdu zastępczego niedopuszczalne jest różnicowanie sytuacji prawnej poszkodowanych, w szczególności poszkodowani niebędący przedsiębiorcami i nieużywający pojazdów do celów związanych z działalnością gospodarczą czy zawodową nie mogą być traktowani gorzej od podmiotów gospodarczych czy „zawodowych”.
- VI. **SN wypowiedział się – i to w sposób jednoznaczny – w kwestii tzw. ciężaru dowodu w omawianej kwestii. Wszystkie przesłanki musi – zgodnie z art. 6 k.c.¹ oraz**

1. Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.

232 k.p.c.² – udowodnić wierzyciel dochodzący naprawienia szkody, a więc poszkodowany. Oprócz wykazania tzw. przesłanek odpowiedzialności cywilnej sprawcy (fakt określonego działania lub zaniechania sprawcy, fakt powstania po stronie poszkodowanego realnej szkody oraz fakt istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tymi „ogniwami” stanu faktycznego) musi wykazać, że:

- poniesienie kosztów najmu było celowe;
- koszty najmu zostały rzeczywiście poniesione (np. faktury VAT, rachunki, paragony, umowa najmu pojazdu, itp.);
- wysokość poniesionych kosztów była w danej sytuacji uzasadniona ekonomicznie.

Uwaga: w wielu dotychczasowych komentarzach sugeruje się, jakoby ciężar dowodu we wspomnianych kwestiach obciążał (jako zobowiązanego do wypłaty odszkodowania) zakład ubezpieczeń OC sprawcy, co jest nonsensem i nie znajduje oparcia ani w treści omawianej uchwały SN, ani w art. 6 k.c. czy też art. 232 k.p.c.

VII. SN stwierdził i przesądził, że sam fakt, że poszkodowany nie miał dostępu czy możliwości korzystania ze środków komunikacji zbiorowej nie może „per se” przesądzać o zasadności roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego (zob. druga teza uchwały). *Nota bene* właśnie ten fragment uchwały budzi chyba najwięcej nieporozumień i rozmaitych komentarzy, często kuriozalnych. **Z uchwały SN wynika, że jeżeli nie ma dostępu do środków komunikacji zbiorowej, mogą występować następujące sytuacje:**

1. poszkodowany może zasadnie żądać refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego, ale pod dodatkowymi warunkami (wspomniana celowość, ekonomiczna zasadność itp.);
2. poszkodowanemu – pomimo braku dostępu do komunikacji zbiorowej – może się nie należeć w danej konkretnej sytuacji faktycznej zwrot takich kosztów. W treści uzasadnienia SN wymienia przykładowo sytuację, gdy może on skorzystać z innego samochodu lub wydatki na „poruszanie się” poszkodowanego mogą być znacznie taniej zaspokojone w inny sposób, aniżeli przez poniesienie kosztów najmu pojazdu zastępczego. Jeśli natomiast chodzi o poszkodowanego, mającego dostęp do środków komunikacji zbiorowej, to jest on dokładnie w takiej samej sytuacji: może mieć zasadne prawo do najmu pojazdu zastępczego (sytuacja 1) albo też jego roszczenie w tym zakresie może być uznane za bezzasadne (sytuacja 2). Zatem fakt dostępu do środków komunikacji zbiorowej (lub brak takiego dostępu) nie stanowi okoliczności decydującej (czy – tym bardziej – przesądzającej) w kwestii oceny uprawnień poszkodowanego do refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego. Powinna ona być jednak uwzględniona w całokształcie okoliczności, rzutuujących na ocenę celowości najmu pojazdu zastępczego w danej konkretnej sytuacji oraz na ocenę jego zasadności ekonomicznej.

VIII. Zdaniem SN, nawet w sytuacji, w której najem pojazdu zastępczego można uznać za celowy (o czym decyduje całokształt konkretnej sytuacji faktycznej, a nie wyłącznie to, czy poszkodowany ma albo nie ma dostępu do środków komunikacji zbiorowej), nie można „automatycznie” przyjąć, że poszkodowanemu przysługuje refundacja wszystkich poniesionych na ten cel kosztów czyli kosztów najmu w pełnej wysokości. Zakres kompensacji tych kosztów wyznaczać powinno – w każdej

2. Strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę.

konkretnej sytuacji – kryterium ich „ekonomicznej zasadności”, którą – zdaniem Sądu Najwyższego – rozważać należy przy uwzględnieniu:

1. obowiązku współdziałania poszkodowanego (wierzyciela) z zobowiązanym do naprawienia szkody (dłużnikiem) w kierunku zapobiegania szkodzie i minimalizacji jej rozmiarów (art. 354 §2 oraz – w zakresie kompensacji ubezpieczeniowej – art. 826 k.c.);
2. obowiązku nieprzyczyniania się poszkodowanego do zwiększania rozmiarów szkody (art. 362 k.c.); oraz
3. zasady *compensatio lucri cum damno*, czyli pomniejszenia kwoty odszkodowania o wszelkie „korzyści”, jakie poszkodowany odniósł w związku z faktem wyrządzenia szkody, a w szczególności o zaoszczędzone czy „nieponiesione” w związku z tym koszty (np. związane z normalną eksploatacją własnego samochodu, które zostałyby poniesione, gdyby samochód nie został uszkodzony w wypadku komunikacyjnym).

- IX. **Poszkodowanemu, który wskutek wypadku komunikacyjnego utracił możliwość korzystania z uszkodzonego (zniszczonego) samochodu nie przysługuje wobec ubezpieczyciela OC sprawcy żadne roszczenie o najem pojazdu zastępczego (rozumiane jako roszczenie o świadczenie niepieniężne) czy wręcz o dostarczenie takiego pojazdu (!) na czas remontu uszkodzonego auta, czy też – przy szkodzie całkowitej – do czasu nabycia pojazdu nowego.** SN *expressis verbis* wyjaśnił, że zakład ubezpieczeń może być zobowiązany tylko do świadczenia pieniężnego, tj. obejmującego zwrot poniesionych przez poszkodowanego (najemcę pojazdu zastępczego) kosztów najmu, o ile oczywiście będą one uzasadnione okolicznościami danego konkretnego stanu faktycznego (wymienionymi już w punktach poprzedzających).
- X. **Wreszcie, SN nie odrzucił *explicite* (ani nawet *implicite*) rozwiązań przyjętych przez KNF i PIU w wytycznych „Zasady wynajmu pojazdu zastępczego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdów mechanicznych”.** W uzasadnieniu uchwały podniesiono, że wytyczne te, co do zasady, potwierdzają stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w zakresie dostępności i dogodności wykorzystywania środków transportu (komunikacji zbiorowej) oraz przyjęto, że wytyczne stanowią propozycję dostosowania uprawnień poszkodowanego i obowiązków ubezpieczyciela w zakresie refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego do warunków krajowych. Wskazano, że wytyczne przyjęły – co do zasady – możliwość refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego na rzecz poszkodowanego będącego osobą fizyczną, nieprowadzącą działalności gospodarczej. Jak słusznie przyjął SN wytyczne te, choć nie mają charakteru normatywnego, są dopuszczalnym instrumentem nadzorczym, wpływającym na praktykę zakładów ubezpieczeń. Stąd tezy, pojawiające się w niektórych komentarzach, o niezgodności wytycznych z uchwałą SN, są nadużyciem i nieporozumieniem. Nie są też „nielegalne” (ani też *praeter legem*), skoro SN w uzasadnieniu uchwały uznał, że wynikają one z prerogatywy nadzoru ubezpieczeniowego, osadzonej w treści artykułu 209 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

PROF. ZW. DR HAB. EUGENIUSZ KOWALEWSKI – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego oraz Zakład Prawa Ubezpieczeniowego WPiA UMK w Toruniu.

PROF. DR HAB. JERZY HANDSCHKE – Katedra Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

PROF. ZW. DR HAB. TADEUSZ SZUMLICZ – Katedra Ubezpieczenia Społecznego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

JAKUB OWOC

Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young

Nieczęsto zdarza się, aby globalna firma konsultingowa podejmowała próbę szeroko zakrojonej analizy polskiego systemu ochrony zdrowia, następnie dokonywała opakowania tej analizy w raport, a na końcu nawet pokusiła się o oficjalną rekomendację. Chwalebny wyjątkiem jest Ernst & Young, które w ramach programu „Sprawne Państwo” zajęło się (nie po raz pierwszy) tematem ubezpieczeń. Najnowszym objawem aktywności tej firmy w powyższym zakresie jest raport pt. „Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne”.¹

Inicjatywom takim można tylko przyklasnąć, ponieważ, jak zauważają sami autorzy raportu, brakuje pogłębionej analizy różnych propozycji, ich zalet i wad (autorzy pominęli niestety dość bogaty dorobek w tym temacie Polskiej Izby Ubezpieczeń). Jednym z celów raportu jest wywołanie dyskusji, więc warto spojrzeć na niego krytycznym okiem, ponieważ po lekturze nasuwa się wnioski, że z tytułowych kierunków potencjalnych zmian jeden (współpłacenie) jest ślepą uliczką, a drugi (prywatne ubezpieczenia zdrowotne w wariantcie suplementarnym), co najwyżej krętym i długim dojazdem do zdrowotnej autostrady (w ujęciu systemowym).

Na początek warto sprostować pewne nieścisłości, które znalazły się w treści raportu w części dotyczącej źródeł finansowania. Przede wszystkim autorzy pomijają ważny fakt, iż 7,75 punktów procentowych z 9 proc. składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jest odliczane od podatku PIT, co sprawia, że budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w przeważającej części jest de facto finansowany, choć w sposób pośredni, z budżetu państwa. Po drugie, jako źródło finansowania pominięto samorządy terytorialne, a te (według Głównego Urzędu Statystycznego) w 2009 r. wydały na opiekę zdrowotną ponad 1 mld zł.²

1. Raport został opublikowany we wrześniu 2011 r. i dostępny jest pod adresem: <http://www.ey.com/PL/pl/Industries/Government---Public-Sector/Raport-Ocena-mozliwosci-poprawy>.
2. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2011 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2009 r.

Dodatkowo warto uściślić, że obowiązkowa składka zdrowotna nie jest odprowadzana do NFZ (choć finalnie oczywiście tam trafia), ale do ZUS, który potrąca sobie za pośrednictwo 0,25 proc. pobranych składek.

Współpłatnienie

Pierwszym rekomendowanym przez Ernst & Young scenariuszem zmian w systemie ochrony zdrowia jest współpłatnienie. Autorzy kompleksowo analizują taką możliwość, przytaczając wyniki wielu badań przemawiających zarówno za, jak i przeciw takiemu rozwiązaniu. Przyznają, że i teoria, i badania empiryczne sugerują, iż efekt wprowadzenia współpłatności może być ograniczony i/lub krótkotrwały. Nie zapominają o szeregu ryzyk związanych ze współpłatnością, m.in. substytucji usług zdrowotnych (korzystanie z usług, przy których współpłatność jest mniej dolegliwa lub nie ma jej w ogóle, jak w przypadku np. ostrych dyżurów), czy unikaniu wizyt lekarskich z powodu niechęci do ponoszenia kosztów (co może się skończyć poważnymi, a z punktu widzenia systemowego przede wszystkim kosztownymi powikłaniami).

Opisany jest również mechanizm ubezpieczenia od współpłatności, który może w dużym stopniu niwelować zamierzone efekty, ponieważ osoba ubezpieczona traci motywację do racjonalnych zachowań i pojawia się zjawisko hazardu moralnego, czyli chęci wykorzystywania w jak największym stopniu dodatkowego ubezpieczenia, skoro już ktoś zapłacił składkę.

Krótko mówiąc, raport bardzo merytorycznie, rzetelnie i kompleksowo opisuje mechanizm współpłatności, nie unikając żadnych argumentów i oddając w pełni, jak to pozornie nieskomplikowane narzędzie, może prowadzić do wieloaspektowych i nie zawsze zamierzonych konsekwencji. Dlatego dziwić może ostateczna rekomendacja wprowadzenia w Polsce opłat za porady specjalistyczne, opiekę szpitalną i inne zabiegi, z niewielkim zakresem wyłączeń.

Nawet jeśli jednak przyjąć, że rekomendacja ta jest słuszna, przemyślana, a skutki pozytywne przeważają nad negatywnymi, to w dużej mierze pomija się jeden istotny i wielce nieprzewidywalny aspekt, któremu na imię polityka. I nie trzeba w tym wypadku zdawać się tylko na wyobraźnię (choć biorąc pod uwagę temperaturę polskich sporów politycznych trudną ją pominąć), ponieważ wystarczy spojrzeć na przykłady trzech krajów UE, najbliższych Polsce z punktu widzenia geografii, najnowszej historii i poziomu zamożności. Mowa o Słowacji, Węgrzech i Republice Czeskiej. Autorzy ograniczają się tylko do jednego zdania o tym, iż wprowadzając współpłatność, warto mieć na uwadze przypadki nieudanych reform tego typu na Węgrzech i na Słowacji.

Warto dodać, że wprowadzone na Słowacji drobne opłaty za wizyty (wówczas ok. 3 zł za poradę u specjalisty) i pobyt w szpitalu (ok. 6 zł za dzień) zostały po gorących sporach obniżone do zera (nie zniesiono ich) we wrześniu 2006 r. Stało się tak pomimo faktu, że odniesiono zamierzony skutek, tj. spadła liczba świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (brak wpływu na poważniejsze procedury), nastąpiło skrócenie pobytu w szpitalach (pomimo podobnej ilości pacjentów) i spadły koszty refundacji leków.³

3. P. Pažitný, *User fees constitute an inherent of the healthcare system in various countries in transformation*, „Into Balance 03/2007”, Health Policy Institute, s. 6; P. Pažitný, *Slovak Health Reform. Courage to Reforms*, materiał powielony, Warszawa 2008.

Jeszcze bardziej wymowny jest przykład Czech, które w raporcie są całkowicie pominięte. Tamtejsze opłaty, funkcjonujące na podobnych zasadach jak na Słowacji, wprowadzono 1 stycznia 2008 r. i równie szybko przyniosły one oczekiwane efekty. Jednak jeszcze jesienią tego samego roku, pod hasłem ich zniesienia, wybory samorządowe wygrała opozycyjna w parlamencie partia socjaldemokratyczna. Ponieważ władze samorządowe nie miały żadnych kompetencji ustawowych, zdecydowano, że dopłaty będą refundowane przez samorządy wojewódzkie, co doprowadziło do ogromnego chaosu, ponieważ dokonywano tego w formie darowizn, które wymagały każdorazowego głosowania w sejmikach wojewódzkich.⁴ Z kolei na Węgrzech opłaty odrzucili w powszechnym referendum sami obywatele po zaledwie dwóch latach ich obowiązywania.⁵

Trudno oczekiwać, że wprowadzenie dopłat miałyby inaczej wyglądać w Polsce. Dodatkowo, nie popiera ich obecnie żadna partia, łącznie z najbardziej liberalną i rządzącą Platformą Obywatelską, co było jasno artykułowane przez obecnego premiera. Twierdzenie autorów raportu za „Dziennikiem Gazetą Prawną”, że wprowadzenie współpłaty dopuszcza Prawo i Sprawiedliwość, wydaje się być zbyt daleko idące. Raczej nie sposób podejrzewać o takie plany ugrupowania, które w 2007 r. przestrzegało Polaków przed koniecznością ujawniania numeru karty kredytowej przed wezwaniem karetki, które opowiada się za finansowaniem ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu i które największe poparcie notuje wśród wyborców mniej zamożnych.

Ubezpieczenia suplementarne

Drugim rekomendowanym w raporcie scenariuszem, traktowanym jako główny kierunek zmian, są ubezpieczenia suplementarne. W tym przypadku niezrozumiały jest fakt rekomendowania tego wariantu jako wiodącego, ponieważ powinien on być jedynie elementem ewolucji w kierunku bardziej wydajnych rozwiązań. Oto dlaczego:

Przed wszystkim ubezpieczenia suplementarne już obecnie funkcjonują, ale w ujęciu systemowym nie można ich rozpatrywać w oderwaniu od abonamentów medycznych, które są niczym innym jak suplementarnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ma to pewne ważne implikacje, ponieważ jeśli zsumować nieoficjalne szacunki dotyczące abonamentów medycznych (ok. 2 mln osób⁶) oraz ubezpieczeń zdrowotnych (ok. 500 tys. osób⁷), to okaże się, że przedpłaconą opieką medyczną objętych jest ok. 2,5 mln osób, czyli ok. 6,5 proc. społeczeństwa. Te szacunki mają również potwierdzenie w tegorocznym badaniu *Diagnoza Społeczna*, według którego 6,3 proc. gospodarstw domowych korzysta z opieki zdrowotnej w formie

4. J. Watóła, *Czeski horror z dopłatami*, „Gazeta Wyborcza” z 12 lutego 2010 r.

5. *Hungarian Healthcare System in Brief*, Ministry of Health of the Republic of Hungary, 2009, www.eum.hu.

6. A. Nowakowska, *Dobrowolne Ubezpieczenia Zdrowotne. Każdy zbiera na swoje leczenie*, wywiad z Anną Rulkiewicz-Kaczyńską, prezesem Grupy Lux-Med. S.A. oraz prezesem Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, zrzeszającego największe firmy medyczne, „Gazeta Wyborcza” z 24 kwietnia 2010 r.

7. Szacunki Polskiej Izby Ubezpieczeń.

abonamentu⁸. To nie jest wcale mały odsetek na tle innych krajów europejskich, w których dominują ubezpieczenia suplementarne, i sami autorzy raportu przyznają, że obecna wielkość rynku abonamentów i polis może już pokrywać potencjalny popyt.

Szansę dalszego rozwoju tego rodzaju ochrony zdrowotnej należy więc oceniać bardzo ostrożnie, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że autorzy raportu nie rekomendują wprowadzenia ulgi podatkowej, która z pewnością zwiększyłaby zainteresowanie ubezpieczeniami wśród osób fizycznych. Wydaje się, że wprowadzenie choćby niewielkiej ulgi byłoby sprawiedliwe ze społecznego punktu widzenia, skoro część obywateli gotowa byłaby płacić dwa razy za to samo i tym samym zmniejszać obciążenie systemu publicznego. Sprawa ulgi wymaga jednak dokładnego przemyślenia, ponieważ objęcie nią podstawowych produktów uwzględniających opiekę ambulatoryjną prawdopodobnie nie przyniosłoby większych zmian – z tej racji, że w największych miastach i tak jest ona w dużym stopniu zagospodarowana przez rynek prywatny. Dopiero kompleksowe polisy obejmujące zabiegi szpitalne mogłyby – po osiągnięciu pewnego efektu skali – przynieść realne korzyści systemowi publicznemu.

Potencjalne uchwalenie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (projekt Ministerstwa Zdrowia z marca 2011 r.) w kształcie satysfakcjonującym ubezpieczycieli nie musi w tym względzie wiele zmienić. Prawdopodobne jest wówczas rozpoczęcie procesu przekształcania abonamentów zdrowotnych w polisy, co pośrednio potwierdza fakt zakładania towarzystw ubezpieczeniowych przez największe firmy abonamentowe⁹, oraz pojawienie się nowych możliwości w kontraktowaniu świadczeniodawców (zwłaszcza publicznych) przez ubezpieczycieli. Projekt nie przewiduje jednak żadnych zachęt dla rynku ubezpieczeń indywidualnych (wycofano się z ulgi podatkowej), więc ustawa raczej nie wpłynie znacząco na obecną dynamikę rozwoju tej części rynku, ani też na strukturę finansowania prywatnej opieki zdrowotnej (czyli obecnej dominacji opłat bezpośrednich za usługi medyczne).

W cały czas aktualnych założeniach Ministerstwa Zdrowia¹⁰, mających pełne poparcie rynku ubezpieczeniowego, ustawa o dodatkowym ubezpieczeniu ma być jedynie elementem ewolucyjnych zmian, zmierzających do wprowadzenia konkurencji w systemie bazowym. Wydaje się to być naturalnym kierunkiem przekształceń, bowiem ubezpieczenia suplementarne (w zderzeniu z polskim koszykiem świadczeń gwarantowanych, którego ograniczanie ze względów społecznych jest mało prawdopodobne) są skazane na rolę relatywnie niewielką. System ubezpieczeń suplementarnych (oferujący te same świadczenia co system bazowy, ale w wyższej jakości) jest w dużym stopniu uzależniony od ułomności systemu publicznego,

-
8. Ostrożnie można przyjąć – na podstawie licznych publikacji prasowych – że statystyczny Polak, a nawet dziennikarz, nie odróżnia produktu abonamentowego od ubezpieczeniowego. W braku rozróżnienia może utwierdzać ludzi dodatkowo fakt, że większość ubezpieczycieli posiada umowy o świadczenie usług medycznych z największymi sieciami abonamentowymi, więc często korzystając z ubezpieczenia, korzysta się de facto z usług firmy abonamentowej. J. Czapiński, T. Panek, „Diagnoza Społeczna 2011”, Warszawa, wrzesień 2011, s. 120.
 9. Spółka Medicover prowadzi działalność pod nazwą „Medicover Ubezpieczenia” poprzez oddział szwedzkiej firmy ubezpieczeniowej Medicover Försäkrings AB, natomiast Grupa Luxmed wkrótce rozpocznie działalność pod szyldem „Lux Med Ubezpieczenia” poprzez oddział również szwedzkiego towarzystwa LMG Försäkrings AB.
 10. Prezentacja minister zdrowia Ewy Kopacz pt. „System Ochrony Zdrowia w Polsce. Plany zmian 2010–2014” pokazana podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy we wrześniu 2010 r.

a w Polsce oznacza to przede wszystkim czas dostępu do świadczeń, który jest głównym bodźcem zakupu ubezpieczenia prywatnego. Takie uwarunkowania nie pozwalają budować prawdziwych i długofalowych synergii między systemem publicznym i prywatnym i sprawiają, że ubezpieczenia dodatkowe służą głównie lepiej wykształconym i dobrze zarabiającym mieszkańcom dużych miast, co z pewnością nie prowadzi do ich powszechności.

Nie można również zapominać, że podwójny charakter (płacenie drugi raz za to samo) ubezpieczeń suplementarnych prowadzi do różnego rodzaju komplikacji oraz ryzyka, o czym autorzy raportu nie zapominają, subsydiowania sektora prywatnego.¹¹ Widoczne to jest już na etapie obecnego projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, gdzie zapisano, iż pacjent z ubezpieczeniem prywatnym, co do zasady, w pierwszej kolejności korzysta z ubezpieczenia prywatnego, a nie publicznego. Wzbudziło to od razu wątpliwości prawników co do konstytucyjności takiego rozwiązania. Tego rodzaju komplikacji może się pojawić znacznie więcej, jeśli w publicznych szpitalach zaczną być leczonych więcej pacjentów prywatnych.

Suplementarne ubezpieczenia zdrowotne podlegają przepisom trzeciej dyrektywy unijnej *non-life*, która bardzo rygorystycznie traktuje kwestię swobody zawierania umów. Oznacza to, że ubezpieczyciel powinien mieć pełną swobodę w kształtowaniu warunków ubezpieczenia i nie można go w tym ograniczać, a rozmaite rozwiązania wspierające rozwój ubezpieczeń zdrowotnych (np. brak możliwości odmowy ubezpieczenia, automatyczne odnawianie się umów, czy bardziej wyszukane, jak np. system wyrównywania ryzyka) są w tym przypadku niedopuszczalne. Na mocy artykułu 54 dyrektywy wprowadzono wyjątek dla ubezpieczeń zdrowotnych, które w całości lub częściowo zastępują system publicznej ochrony zdrowia w danym kraju. Z całą pewnością wyjątek ten nie dotyczy jednak ubezpieczeń suplementarnych, co znacząco utrudnia tworzenie mechanizmów sprzyjających ich rozwojowi.

Konkurencja w systemie bazowym

Jak więc zreformować system ochrony zdrowia, tak aby stał się on bardziej wydajny i przyjazny pacjentom? Wydaje się, że jedyną drogą – także w kontekście politycznym, biorąc pod uwagę plany i zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia – jest model holenderski. Nie wdając się w szczegóły, które zostały już wielokrotnie opisane¹², można go bardzo pokrótce podsumować jako model zarządzanej konkurencji, która występuje w obszarach, gdzie jest pożądana (konkurencja między świadczeniodawcami na poziomie usług i między ubezpieczycielami rywalizującymi o ubezpieczonych), a neutralizowana tam, gdzie może prowadzić do niepożądanych skutków (m.in. system wyrównywania ryzyka zachęcający do ubezpieczenia osób starszych, zakaz odmowy ubezpieczenia, silny nadzór państwa i jasno zdefiniowany oraz jednolity dla wszystkich koszyk świadczeń gwarantowanych).

11. Niżej podpisany osobiście doświadczył takiej sytuacji, zamawiając relatywnie kosztowną wizytę domową do półrocznego dziecka w ramach usług oferowanych przez jedną z medycznych firm sieciowych. Przybyły na miejsce pediatra po pięciominutowej konsultacji zalecił wizytę w warszawskim szpitalu dziecięcym – w jak się szczęśliwie później okazało błażej sprawie.

12. B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young, Warszawa.

Taki model ma także potencjał (jako jedyny), aby całkowicie przemodelować polski rynek prywatnych usług zdrowotnych, zdominowany obecnie przez najmniej efektywną formę płatności bezpośrednich. Ze względu na potrzebę daleko idącej transparentności, podyktowaną faktem zarządzania publicznymi pieniędzmi przez prywatne instytucje, konieczne będzie w takim modelu wyznaczenie konkretnej opłaty za zarządzanie/administrowanie. Najbardziej prawdopodobne jest wyznaczenie określonego procentu od sumy zarządzanych środków publicznych, a ponieważ decyzja określająca jej wysokość będzie miała charakter polityczny i zostanie podjęta w wyniku wielostronnych dyskusji (vide przykład powszechnych towarzystw emerytalnych), można założyć, iż jej wysokość będzie ograniczona i wyniesie maksymalnie kilka procent.

Taka sytuacja sprawi, że prywatne fundusze zdrowia (nazwijmy je tak dla ułatwienia) będą szukały przychodów i zysków w sprzedaży świadczeń i usług spoza ustawowego koszyka świadczeń gwarantowanych. W tym miejscu pojawia się ogromne pole do funkcjonowania ubezpieczeń komplementarnych. Pojedyncze fundusze zdrowia będą najprawdopodobniej obsługiwać miliony klientów, którym zapewnią dostęp do publicznej opieki zdrowotnej. Będą o nich rywalizować z innymi funduszami i poprzez wysoką jakość obsługi tworzyć relacje, które zapobiegną przechodzeniu do konkurencji. Ponieważ tworzenie relacji będzie się odbywało już na poziomie systemu bazowego, funduszom będzie się kalkulowała sprzedaż/ubezpieczanie nawet najbardziej błahych i niedrogich usług. Można sobie wyobrazić, że np. za 5 zł miesięcznej składki za każde dziecko fundusz zaoferuje domowe wizyty pediatry, a za kolejne kilka złotych opiekę nad chorym dzieckiem w sytuacji, gdy rodzic pracuje.

Ubezpieczane staną się świadczenia, których nie oferuje obecnie żadne towarzystwo lub oferowane są one w ramach innych, droższych produktów. Jednocześnie im większa powszechność dodatkowych ubezpieczeń, tym niższe będą ich ceny, a rynek ten być może zacznie się także rozszerzać np. na stomatologię. Wachlarz oferowanych usług będzie z pewnością bardzo bogaty, ponieważ będzie to narzędzie konkurencji i źródło zysków dla funduszy. Wówczas bezpośrednie płatności (także w przypadku powszechnych obecnie prywatnych wizyt u specjalistów, ponieważ fundusze będą mogły – być może za dodatkową składką – oferować gwarancję dostępu w określonym czasie) powinny zacząć tracić na znaczeniu, ponieważ zagospodarują je fundusze, oferując (dzięki powszechności swoich usług) niższe ceny.

Podsumowanie

W świetle powyższej dyskusji wydaje się, że konkurencja w systemie bazowym może być jedynym scenariuszem prawdziwych i długofalowych zmian w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli rozpatrywać ją przez pryzmat polityki i zapowiedzi partii, która będzie rządzić w Polsce przez najbliższe cztery lata. Rekomendowane przez raport Ernst & Young rozwiązania – współpłatności i ubezpieczenia suplementarne – mogą być co najwyżej elementami większej układanki, ale nie samodzielnymi czy docelowymi scenariuszami, ponieważ żadne z nich nie gwarantuje realnej poprawy w dłuższym okresie.

JAKUB OWOC – specjalista ds. ubezpieczeń zdrowotnych w Polskiej Izbie Ubezpieczeń, doktorant na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI
MIROŚLAW NESTEROWICZ
EWA BAGIŃSKA
MONIKA WAŁACHOWSKA
MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK
WŁADYSŁAW WOJCIECH MOGILSKI
MAŁGORZATA SERWACH

W sprawie refundacji kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w ubezpieczeniowym postępowaniu likwidacyjnym

Niniejszy artykuł ma na celu zakwestionowanie tezy, zgodnie z którą poszkodowany (na przykład w wypadku drogowym) ma zawsze prawo ubiegać się – od ubezpieczyciela, u którego sprawca szkody wykupił ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – o zwrot kosztów poniesionych z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika w procesie likwidacji szkody ubezpieczeniowej.

Na wstępie autorzy prezentują ogólną analizę zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Obejmuje ona tak zwany charakter akcesoryjny takiej odpowiedzialności oraz charakter zasady actio directa. Następnie autorzy przechodzą do omówienia procesu likwidacji szkody ubezpieczeniowej, który zgodnie z polskim prawem jest postępowaniem specyficznym, przedsądowym, mającym na celu zaspokojenie roszczeń ubezpieczeniowych.

Autorzy dokonują stosownego porównania z innymi postępowaniami przedsądowymi (np. w prawie telekomunikacyjnymi i transportowym). W kolejnej części artykułu zawarty jest przegląd polskiego orzecznictwa w zakresie zwrotu kosztów poniesionych z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika i komentarze do istotnych orzeczeń. W końcu autorzy omawiają orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r. (III CZP, 5/11) i jego praktyczne konsekwencje dla kwestii zwrotu kosztów poniesionych z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika w procesie likwidacji szkody ubezpieczeniowej.

Artykuł kończy się wnioskiem ogólnym, zgodnie z którym zwrot kosztów poniesionych z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika w procesie likwidacji szkody ubezpieczeniowej powinien być raczej wyjątkiem niż zasadą.

I. Wstęp

Coraz częściej głoszona jest teza – szczególnie przez niektóre kancelarie odszkodowawcze¹ – że poszkodowanemu w wypadku komunikacyjnym przysługuje od ubezpieczyciela OC sprawcy zwrot poniesionych przez niego kosztów wynagrodzenia pełnomocnika, działającego w jego imieniu i na jego rzecz w tzw. ubezpieczeniowym postępowaniu likwidacyjnym. Co więcej, podnosi się nawet, że wskazane roszczenie powinno stanowić swoisty standard na tle funkcjonowania komunikacyjnego ubezpieczenia OC i to nawet niezależnie od specyfiki i okoliczności towarzyszących danej, konkretnej sytuacji odszkodowawczej, w jakiej znalazł się poszkodowany.

Zdaniem autorów niniejszego opracowania, absolutyzowanie takiego standardu wydaje się klócić nie tylko z akcesoryjnym charakterem odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniu OC, ale przede wszystkim z samą aksjologią prawa odszkodowawczego, która kwestie ustalania odszkodowania ujmuje w sposób zindywidualizowany odpowiednio do okoliczności konkretnej sytuacji faktycznej i jej uwarunkowań prawnych.

Niniejszy artykuł ma na celu omówienie problematyki kompensacji (refundacji) kosztów działania pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, w szczególności w świetle orzecznictwa zarówno Sądu Najwyższego, jak i sądów niższych instancji.

II. Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej. Akcesoryjny charakter odpowiedzialności ubezpieczyciela

Rozważania merytoryczne na temat zasygnalizowanego w tytule zagadnienia należałoby poprzedzić uwagami na temat teoretycznych aspektów wiążących się z konstrukcją prawną ubezpieczenia OC, która wciąż budzi wątpliwości.² Pomocne w związku z tym będzie odwołanie się do tzw. zasady akcesoryjności³ zobowiązania zakładu ubezpieczeń wobec poszkodo-

1. Zamiast wielu zob. E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *W sprawie legalności ubezpieczeniowych kancelarii odszkodowawczych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 1/2011 s. 3–20; uwaga powyższa jest także kongruentna z niektórymi wypowiedziami w tzw. prasie beletrystyczno-ubezpieczeniowej.
2. Zob. w szczególności A. Szpunar, *Legitymacja bierna w procesie odszkodowawczym z tytułu ubezpieczeń komunikacyjnych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 12/1997, s. 3–11, a ponadto zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Toruń 1981, s. 161–169; W. Warkalno, W. Marek, W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983, s. 190; A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa 2010, s. 120–134.
3. Zob. na temat tej zasady – A. Szpunar, *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej* [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, Poznań 1979, s. 104; M. Krajewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa 2011, s. 434 i nast. oraz M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC* [w:] E. Kowalewski (red.), D. Fuchs, M. Serwach, W.W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń – Bydgoszcz 2006, s. 390–391.

wanego na tle prawnego stosunku powstającego w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia OC, w szczególności zaś ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu.

Według ujęć kodeksowych istota ubezpieczenia OC sprowadza się do tego, że zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której zwarta została umowa ubezpieczenia (822 k.c.). W znaczeniu prawnym zatem stosunek ubezpieczenia OC jest pewnego rodzaju „nadbudową” nad stosunkiem odszkodowawczym, czyli nad cywilnoprawnym zobowiązaniem (kontraktowym lub deliktowym) osoby ubezpieczonej, którego treścią jest wyrównanie szkody osobie trzeciej. Innymi słowy, ubezpieczenie to zapewnia poszkodowanemu świadczenie tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim istnieje na podstawie ogólnych przepisów prawa obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przez ubezpieczającego. W rezultacie, wynagrodzenie za doznaną szkodę poszkodowany otrzymuje nie od sprawcy, a od ubezpieczyciela, z którym sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC. Tym samym odpowiedzialność sprawcy szkody (tzw. odpowiedzialność sprawcza) zostaje niejako zastąpiona przez odpowiedzialność gwarancyjną ubezpieczyciela. W konkluzji można zatem stwierdzić, że stosunek ubezpieczenia OC ma – i to zarówno w aspekcie powstania obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń, jak i w aspekcie zakresu tego świadczenia – charakter akcesoryjny wobec cywilnoprawnego stosunku odszkodowawczego łączącego ubezpieczającego i poszkodowanego.

W praktyce jednak wymieniona zasada akcesoryjności doznaje licznych ograniczeń, w wyniku których zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest z reguły węższy od odpowiedzialności ubezpieczonego sprawcy szkody. Ubezpieczyciel wprowadza bowiem w treść umowy (lub ogólnych warunków ubezpieczeń) tzw. ograniczenia odpowiedzialności (np. suma gwarancyjna, udział własny, franszyza) bądź w ogóle ją wyłącza (np. w przypadku szkody wyrządzonej umyślnie, w stanie nietrzeźwym).

Jednym z istotnym rozwiązań polskiego prawa ubezpieczeniowego jest przyznanie osobie poszkodowanej prawa do dochodzenia jej roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, w którym sprawca szkody ubezpieczył swoją odpowiedzialność cywilną. W rezultacie – z chwilą wyrządzenia szkody osobie trzeciej przez ubezpieczonego sprawcę – powstają aż trzy różne, lecz powiązane ze sobą stosunki prawne:

1. stosunek zachodzący między zakładem ubezpieczeń i ubezpieczającym, którego źródłem jest zwarta umowa ubezpieczenia OC;
2. stosunek pomiędzy ubezpieczonym sprawcą a poszkodowanym, źródłem którego jest fakt wyrządzenia szkody wskutek czynu niedozwolonego lub wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania umownego; oraz
3. stosunek pomiędzy poszkodowanym i zakładem ubezpieczeń, na podstawie którego poszkodowany może dochodzić przysługujących mu w stosunku do sprawcy roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń (zasada *actio directa*).

Zasada *actio directa* daje osobom poszkodowanym gwarancję zaspokojenia roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio z funduszu ubezpieczeniowego, a więc niezależnie od kondycji finansowej (wypłatności) ubezpieczonego sprawcy. Owe prawo poszkodowanego domagania się kompensacji od zakładu ubezpieczeń jest oczywiście uzależnione od tego, czy sprawca szkody ponosi odpowiedzialność cywilną (zasada akcesoryjności). Ponadto o zakresie ochrony poszkodowanego decydują warunki umowy ubezpieczenia OC, czyli w grę wchodzić

będą różnego rodzaju ograniczenia i wyłączenia ochrony, przewidziane w umowie ubezpieczenia lub ustawie. Przykładowo, w każdej niemal umowie ubezpieczenia przewidziana jest tzw. suma gwarancyjna, powyżej której zakład ubezpieczeń nie odpowiada za zobowiązania odszkodowawcze osoby ubezpieczonej. Ponadto spotyka się różnego rodzaju wyłączenia i ograniczenia ochrony o charakterze „przedmiotowym” (np. szkody wyrządzone przez ubezpieczającego umyślnie lub wyrządzone poza związkiem z wykonywanym zawodem lub oznaczoną w umowie ubezpieczenia działalnością).

Reasumując ten wątek, należy zauważyć, że dzięki zasadzie *actio directa* ubezpieczenie OC chroni nie tylko odpowiedzialnego cywilnie sprawcę szkody, ale także staje się dla poszkodowanego gwarancją zaspokojenia roszczeń odszkodowawczych i to nawet w sytuacji, kiedy sprawca szkody jest niewyłącalny. Warto podkreślić, że poszkodowany – choć nie jest ani stroną umowy ubezpieczenia, ani nie opłaca składki – staje się bezpośrednim beneficjentem umowy ubezpieczenia OC.

W literaturze przedmiotu podkreśla się⁴, że ochrona poszkodowanego staje się współcześnie ideą przewodnią ubezpieczenia OC, co widać w szczególności na przykładzie ubezpieczeń obowiązkowych, gdzie ochrona poszkodowanego jest nierzadko większa niż samego ubezpieczającego (np. w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych umyślnie wyrządzenie szkody nie pozbawia ofiary ochrony ubezpieczeniowej, mimo że ubezpieczony sprawca z ochrony takiej nie korzysta)⁵.

Dodatkowo należy zauważyć, że wydatkowanie przez poszkodowanego w wypadku drogowym określonych środków na pełnomocnika, który ma owe roszczenie przedstawić zakładowi ubezpieczeń i ewentualnie wyegzekwować (mając jednak ciągle na uwadze postępowanie przedsądowe), nie bardzo mieści się w kategoriach normalnych następstw wyrządzenia szkody „w związku z ruchem pojazdu”. Zatem wydaje się wątpliwe, czy tego rodzaju wydatki poszkodowanego mieszczą się w zakresie zobowiązania sprawcy szkody w rozumieniu art. 361 §1 k.c. Zwróćmy bowiem uwagę na znamieny fakt, iż zdecydowana większość roszczeń z umów ubezpieczenia jest załatwiana polubownie (ponad 90 proc.) i nadto większość uprawnionych z umów ubezpieczenia nie zgłasza swych roszczeń do ubezpieczyciela przy pomocy pełnomocnika.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że w tzw. postępowaniu likwidacyjnym przeprowadzonym przez jednostki organizacyjne zakładu ubezpieczeń – zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwa⁶ – uprawniony ma minimalne obowiązki proceduralno-dowodowe: wykazuje zawarcie umowy ubezpieczenia, opłacanie składki oraz przeniesienie szkody wskutek wypadku ubezpieczeniowego. W pozostałym zakresie cały ciężar postępowania likwidacyjnego (ustalenie odpowiedzialności i jej zakresu, ustalenie szkody i jej rozmiaru oraz ustalenie należnego odszkodowania) obarcza zakład ubezpieczeń, który w dodatku ponosi wszelkie koszty tego postępowania. W tym stanie rzeczy można postawić pytanie: po co poszkodowanemu już

4. Szeroko na ten temat E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych – ewolucja i kierunki przemian*, Bydgoszcz 1992, s. 167–170.

5. Wówczas zakładowi ubezpieczeń, który wypłacił odszkodowanie poszkodowanemu, przysługuje tzw. regres szczególny (nietypowy) do ubezpieczonego sprawcy.

6. Zob. zwłaszcza uchwałę SN z dnia 25 sierpnia 1994 r., III CZP 107/94, OSNC 1995, z. 1, poz. 15 oraz niepubl. wyrok SN z dnia 22 listopada 1998 r. II CKN 114/98.

w fazie postępowania likwidacyjnego (kiedy jeszcze nie wiadomo, czy zakład ten nie uzna roszczenia i nie zaspokoi dobrowolnie jego żądań) jest potrzebny pełnomocnik?

W konkluzji możemy stwierdzić, że wydatki finansowe poszkodowanego poniesione w związku z ustanowieniem pełnomocnika już w fazie przedsądowego dochodzenia roszczeń od zakładu ubezpieczeń najwyraźniej nie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem sprawcy wypadku drogowego, który szkodę wyrządził. I z tego między innymi powodu trudno te wydatki zaliczyć do składników poniesionej przez poszkodowanego szkody w rozumieniu art. 361 k.c.

Poczynione wywody skłaniają do zasygnalizowania jeszcze dodatkowej kwestii. Chodzi o jurydyczną formułę szkody przyjętą w naszym prawie cywilnym. Otóż zgodnie z tradycyjną doktryną (która wciąż ma w naszej nauce zwolenników)⁷, przez szkodę zwykło się rozumieć jedynie uszczerbek w dobrach majątkowych poszkodowanego wyrządzony mu przez sprawcę wbrew jego woli. Tymczasem wydatki poczynione przez poszkodowanego na ustanowienie pełnomocnika, to wydatki poniesione dobrowolnie, a nawet w pełni świadomie. Zatem nawiązując do owego tradycyjnego pojęcia szkody w prawie cywilnym, trudno byłoby tego rodzaju wydatki i koszty poniesione przez poszkodowanego w ogóle traktować *ex definitione* jako szkodę.

Ostatnia uwaga wiąże się z wykładnią gramatyczno-logiczną art. 15 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. W przepisie tym powiedziano, że w granicach sumy gwarancyjnej ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń jest obowiązany zwrócić ubezpieczającemu niezbędne koszty obrony w postępowaniu karnym i koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, podjętych na polecenie lub za zgodą zakładu ubezpieczeń. Zwróćmy uwagę, że w zakres owych „kosztów obrony sądowej” mogą wejść także koszty wynagrodzenia pełnomocnika procesowego poszkodowanego, które mocą wyroku sądu ubezpieczający będzie zmuszony zapłacić poszkodowanemu. Oczywiście, dzięki ubezpieczeniu OC koszty te *de facto* obciążają ubezpieczyciela. Z kolei na zasadzie *actio directa* poszkodowany otrzyma ich refundację bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Z powyższego zapisu wynika wyraźnie, iż *a contrario* inne koszty obrony, w tym także koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym, nie są objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach omawianego ubezpieczenia OC. Innymi słowy, tego rodzaju koszty nie są objęte zakresem zobowiązania ubezpieczyciela. A przecież o zakresie tym decyduje wyłącznie zawarta umowa⁸ ubezpieczenia OC o treści określonej w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych.

7. Zob. obszerne wywody na ten temat W. Warkałto, *Odpowiedzialność odszkodowawcza – funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1978, s. 129 oraz podana tam literatura.

8. Roszczenie poszkodowanego w wypadku drogowym do zakładu ubezpieczeń (*actio directa*) ma bowiem podwójną „naturę”, czyli jest roszczeniem „deliktowo-kontraktowym”. Ma swoje źródło w fakcie wyrządzenia poszkodowanemu szkody (co nadaje mu charakter deliktowy), ale może być realizowane w stosunku do ubezpieczyciela tylko w ramach zobowiązań tegoż ubezpieczyciela, wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia OC (czyli jego zakres ma naturę „kontraktową”). Koncepcję powyższą wprowadził do literatury W. Möller: *De la double nature de l'action directe*, [w:] *Études offertes à Monsieur la Professeur André Besson*, Paris 1976, s. 249–260; w polskiej literaturze zob. m.in. E. Kowalewski, *Odszkodowanie ubezpieczeniowe za utracone korzyści*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1996, s. 50; K. Ludwichowska, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe*, Toruń 2008, s. 291.

III. Ubezpieczeniowe postępowanie likwidacyjne.⁹ Postępowanie likwidacyjne a inne postępowania prejurysdykcyjne¹⁰

Omówiwszy zagadnienie zakresu i charakteru odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC należy poświęcić kilka uwag samemu postępowaniu likwidacyjnemu i jego specyfice.

Postępowanie likwidacyjne (postępowanie w sprawie roszczeń ubezpieczeniowych) jest regulowane art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w zakresie ubezpieczeń dobrowolnych) oraz art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, a także stosownymi przepisami kodeksu cywilnego (np. art. 817 czy art. 818). Jest to postępowanie wyjaśniające, w którego ramach ubezpieczyciel podejmuje – określony m.in. w art. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej – zespół czynności mających na celu wyjaśnienie wszystkich okoliczności wypadku ubezpieczeniowego. Celem postępowania jest likwidacja następstw takiego wypadku. Wreszcie jest to postępowanie prejurysdykcyjne – czynności ubezpieczyciela powinny bowiem zmierzać do zaspokojenia roszczeń uprawnionego bez konieczności wstępowania przez niego na drogę sądową.

Postępowanie likwidacyjne nie jest jednak postępowaniem ani obligatoryjnym (uprawniony może ze swoim roszczeniem wystąpić bezpośrednio do sądu) ani kontradiktoryjnym¹¹ – nie zakłada bowiem „z góry” konfliktu pomiędzy ubezpieczycielem a uprawnionym. Obowiązki uprawnionego w postępowaniu likwidacyjnym są ograniczone (chodzi tu o takie czynności jak np. udzielanie ubezpieczycielowi ewentualnych informacji w celu wyjaśnienia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego), a jego główny ciężar – w tym ciężar finansowy – spoczywa na ubezpieczycielu. **Zasadniczym obowiązkiem uprawnionego jest zawiadomienie o wypadku i/lub zgłoszenie szkody oraz poparcie swoich żądań stosownymi dowodami (np. dokumentami).** W tym zakresie obowiązki uprawnionego w postępowaniu likwidacyjnym nie różnią się od działań, jakie przedsięwziąć musi osoba dochodząca roszczeń od podmiotu innego niż ubezpieczyciel. Chodzi tu m.in. o rozkład ciężaru dowodu, który w postępowaniu likwidacyjnym jest przecież oparty o art. 6 k.c. Co więcej, uprawnionemu przysługuje w toku postępowania likwidacyjnego szereg uprawnień, takich jak np. prawo dostępu do tzw. akt szkodowych oraz możliwość uzyskiwania odpisów z tychże akt (por. m.in. art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

9. Zob. szeroko na ten temat w: E. Kowalewski (red.), D. Fuchs, M. Serwach, W.W. Mogilski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń–Bydgoszcz 2006, s. 292–324.

10. Termin wprowadzony przez K. Piaseckiego [w:] *Procedury poprzedzające sądowe postępowanie cywilne*, „Palestra” nr 7–8/1985, s. 18, użyty przez E. Kowalewskiego, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych...*, op.cit., s. 177 i nast.

11. Stąd za niesłuszne uznać należy pojawiające się w piśmiennictwie próby porównywania uprawnień procesowych osób poszkodowanych w zakresie kosztów działania poprzez pełnomocnika (wyrażających się w możliwości żądania zwrotu kosztów zastępstwa procesowego) do sytuacji poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym, co – w drodze analogii – miałyby prowadzić do przyznania poszkodowanemu roszczenia o zwrot kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym – por. A. Wąsiewicz, M. Orlicki, *Koszt usługi likwidacji szkody jako element odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1999, s. 4–11.

W rezultacie postępowanie likwidacyjne nie musi wiązać się z nadmiernymi uciążliwościami dla uprawnionego (wysiętek, utrata czasu, angażowanie znacznych środków itp.) albo każdorazową koniecznością weryfikacji oferty odszkodowania lub innego świadczenia, które ma zostać wypłacone przez ubezpieczyciela. Czynny i osobisty udział w postępowaniu likwidacyjnym jest bowiem przejawem współpracy wierzyciela z dłużnikiem w wykonaniu zobowiązania (art. 354 §2 k.c.), a więc stanowi o należytej staranności wierzyciela (uprawnionego) w dochodzeniu jego roszczeń.

Wskazana współpraca winna uwzględniać również zobowiązanie wierzyciela do nieeskalowania roszczeń oraz minimalizowania rozmiarów szkody. Trudno bowiem uznać za zachowanie spełniające wymogi określone art. 354 §2 k.c. występowanie uprawnionego poprzez pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, które zasadza się na przesłaniu faktury VAT określającej koszty naprawy uszkodzonego pojazdu wraz z pismem przewodnim wzywającym do ich zapłaty. Ponadto, weryfikacja roszczeń uprawnionego odbywać się powinna – co do zasady – na etapie postępowania sądowego, na co wskazuje m.in. treść art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.¹² Postępowanie likwidacyjne nie jest bowiem postępowaniem instancyjnym – nawet jeżeli pisma ubezpieczyciela zawierają pouczenie o możliwości „odwołania” się od pierwotnej propozycji świadczenia, to uprawniony nie jest w żaden sposób zobligowany do wyczerpania owego trybu rozpatrywania jego roszczeń. Co więcej, na etapie postępowania jurysdykcyjnego uprawnionemu przysługuje – w oparciu o art. 98 k.p.c. – roszczenie o zwrot kosztów zastępstwa.

Wreszcie zauważyć trzeba, że **w prawie polskim występuje szereg postępowań pre-jurysdykcyjnych, takich jak np. postępowania reklamacyjne, które w przeciwieństwie do postępowania likwidacyjnego, nie dość, że są obligatoryjne, to jeszcze wyłączają drogę sądową do czasu ich zakończenia.** Chodzi tu m.in. o:

1. postępowanie reklamacyjne z art. 61 i nast. ustawy z dnia 12 czerwca 2003 r. – Prawo pocztowe¹³;
2. postępowanie reklamacyjne z art. 75 i nast. ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. – Prawo przewozowe¹⁴;
3. postępowanie reklamacyjne z art. 106 i nast. ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne¹⁵.

Zadać można więc pytanie – postępując się argumentacją *a maiori ad minus* – że skoro zwrot poniesionych kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w ubezpieczeniowym postępowaniu likwidacyjnym ma być pokrywany standardowo, to czy koszty takie powinno też zwracać się np. nadawcy przesyłki, który angażuje radcę prawnego do dochodzenia jego roszczeń od przewoźnika? Nie dość, że wskazane postępowania reklamacyjne mają o wiele donioślejszy – z punktu widzenia ich normatywnego znaczenia – charakter, to jeszcze są o wiele bardziej skomplikowane i wiążą się niekiedy np. z koniecznością obalania domniemań przewidzianych przepisami ustawy (zob. art. 65 ust. 4 prawa przewozowego). Udzielenie odpowiedzi

12. Przyjąć należy, że z przepisów tych wynika zamiar ustawodawcy, aby oferty świadczeń ubezpieczycieli na rzecz uprawnionych weryfikowane były właśnie przez sądy.

13. Tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., Nr 189, poz. 1159 ze zm.

14. Tekst jedn. Dz. U. z 2000 r., Nr 50, poz. 601 ze zm.

15. Dz. U. Nr 171, poz. 1800 ze zm.

przeczącej byłoby równoznaczne z uprzywilejowanym traktowaniem osób dochodzących roszczeń od ubezpieczycieli, co oczywiście uznać należy za niedopuszczalne w świetle standardów polskiego prawa.

Wreszcie rodzi się poważna wątpliwość, czy zwrot poniesionych kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym ma dotyczyć tylko roszczeń poszkodowanych w ramach ubezpieczenia OC? A co w przypadku roszczeń ubezpieczających, ubezpieczonych czy uprawnionych z umów ubezpieczenia np. umów ubezpieczenia autocasco lub umów ubezpieczenia na życie? Naszym zdaniem żadne racjonalne argumenty nie przemawiają w omawianym zakresie za faworyzowaniem wyłącznie osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, dochodzących roszczeń odszkodowawczych w „trybie” ubezpieczeniowego postępowania likwidacyjnego, który to tryb (mimo podwójnego uregulowania w ustawie o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych) jest jednolity dla wszystkich roszczeń dochodzonych od zakładów ubezpieczeń.¹⁶

IV. Zagadnienie kosztów wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym w orzecznictwie sądowym

Omawiany w ramach niniejszego opracowania problem był już przedmiotem rozstrzygnięć Sądu Najwyższego. **Na wstępie zaznaczyć należy, że orzeczenia zapadły co prawda jeszcze przed wejściem w życie obecnie obowiązującej ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, niemniej zachowały one aktualność, a to ze względu na trafne tezy odnoszące się m.in. do akcesoryjnego charakteru odpowiedzialności ubezpieczyciela OC sprawcy szkody.** Obszerne fragmenty uzasadnień wyroków SN zostaną przedstawione i skomentowane poniżej.

W wyroku z dnia 11 czerwca 2001 r. (V CKN 266/00)¹⁷ SN stwierdził wprost, że koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego, poniesione w postępowaniu przedsądowym, nie mieszczą się w odszkodowaniu należnym poszkodowanemu w kolizji drogowej, gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawarta ze sprawcą szkody. Niewątpliwie jest, że zasady prawa cywilnego rozstrzygają o tym, kiedy zachodzi wypadek ubezpieczeniowy wywołujący odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń (np. art. 415, art. 435 czy art. 436 k.c.), jak i decydują o rodzaju i wysokości odszkodowania przypadającego na rzecz poszkodowanego (art. 361–363 k.c.).

16. Występują tu tylko pewne odmienności co do terminów przedawnienia roszczeń (zob. art. 819 k.c.) oraz co do typu współodpowiedzialności osób zobowiązanych do naprawienia szkody (sprawca oraz ubezpieczyciel OC jako dłużnicy *in solidum*); ten ostatni problem wyjaśnia E. Kowalewski [w:] *W sprawie odpowiedzialności PZU z obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 5/1973, s. 13–15 oraz G. Bieniek, *Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe*, Warszawa 2006, s. 174 i nast.

17. OSP nr 3/2002 poz. 40 z głosem aprobującą E. Kowalewskiego; w tym zakresie zob. też analogiczne stanowisko M. Serwach [w:] Z. Brodecki (red.), M. Glicz (red.), M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Tom I*, Warszawa 2010, s. 767.

Nie można jednak omijać pewnych charakterystycznych cech, decydujących o wysokości odszkodowania należnego poszkodowanemu, gdy zobowiązanie do wypłaty odszkodowania wynika z umowy odpowiedzialności cywilnej zawartej przez zakład ubezpieczeń ze sprawcą szkody. Wierzytelność poszkodowanego przeciwko zakładowi ubezpieczeń wypływa ze stosunku prawnego, powstającego między tymi stronami, a jego podstawą jest istnienie umowy ubezpieczenia OC zawartej przez zakład ubezpieczeń i sprawcę szkody oraz fakt wyrządzenia szkody przez posiadacza pojazdu. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec poszkodowanego doznaje pewnych ograniczeń, przewidzianych w przepisach obowiązującego prawa. **Nie mamy więc do czynienia z odpowiedzialnością absolutną, gdyż jej granice określone są zarówno przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jak i adekwatnym związkiem przyczynowym.**

Analogiczne stanowisko zajął SN w wyroku z dnia 20 lutego 2002 r. (V CKN 908/00), przedstawiając jednocześnie przekonujący wywód odnośnie adekwatnego związku przyczynowego w tym zakresie. Istnienie związku przyczynowego wpływa na ustalenie odszkodowania bezpośrednio, stanowiąc przesłankę odpowiedzialności decydującą o tym, czy dana osoba w ogóle ponosi odpowiedzialność za szkodę oraz pośrednio, wyznaczając granice tej odpowiedzialności. Pierwotne znaczenie ma ustalenie istnienia normalnego związku przyczynowego, a ocena, czy określony skutek jest „normalny” (typowy, występujący w zwykłej kolejności rzeczy) zawsze powinna być dokonywana na podstawie całości okoliczności konkretnej sprawy, przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego (a w pewnych sytuacjach także zasad wiedzy naukowej).

Podobnie jest z oceną pojęcia szkody, w tym znaczeniu, że ocena, czy szkoda nastąpiła, nie ma charakteru abstrakcyjnego, lecz – gdy ocenić trzeba określone roszczenie odszkodowawcze – pojęcie to wymaga skonkretyzowania, odniesienia do ustalonych okoliczności sprawy. Gdy rzecz dotyczy pojęcia szkody, nie można tracić z pola widzenia tego, że aby mówić o szkodzie w rozumieniu art. 361 k.c., trzeba stwierdzić uszczerbek (zmniejszenie) majątku poszkodowanego, który nastąpił wbrew woli uprawnionego. To kryterium nie zawsze jest możliwe do jednoznacznego określenia, zwłaszcza w odniesieniu do kosztów i wydatków już poniesionych przez poszkodowanego. **Jeśli ich poniesienie było skutkiem działania samego poszkodowanego, to dalszej oceny będzie wymagać stwierdzenie, czy był on zmuszony do ich poniesienia** (tak będzie z reguły w wypadku kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała), czy też poniósł je dobrowolnie (a więc nie wbrew swojej woli). Przy dokonywaniu oceny pojęcia w tym aspekcie ujawni się potrzeba oceny konkretnych okoliczności sprawy. **Zatem to, że pewne wydatki poszkodowany określa mianem szkody, mimo że zostały poniesione dobrowolnie, nie przesądza o konieczności ich kompensacji, w szczególności gdy pozostają one bez dostatecznych podstaw do uznania ich za normalne następstwa zdarzenia wywołującego szkodę (uszkodzenia samochodu).**

Z kolei w wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r. (IV CKN 387/01) SN zaprezentował co prawda analogiczne stanowisko, jednakże zostało ono uzasadnione odmiennie – choć również trafnie – aniżeli w przypadku wyroku w sprawie V CKN 266/00. Sąd podniósł przede wszystkim, że szkoda powstaje (zwykle) w chwili wypadku komunikacyjnego i podlega naprawieniu według zasad określonych w art. 363 §2 k.c. Ubezpieczyciel zobowiązany jest, poza zwrotem uzasadnionych okolicznościami zdarzenia kosztów mających na celu zapobieżenie zwiększeniu szkody, pokryć niezbędne koszty obrony sądowej przeciw roszczeniu osoby

trzeciej. Inne koszty obrony, w tym także koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym, nie są objęte zakresem odszkodowania należnego od zakładu ubezpieczeń. SN – podzielając stanowisko doktryny – przyjął słusznie, że stosunek ubezpieczenia OC – i to zarówno w aspekcie powstania obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń, jak i w aspekcie zakresu tego świadczenia – ma charakter akcesoryjny wobec cywilnoprawnego stosunku odszkodowawczego łączącego ubezpieczającego i poszkodowanego.¹⁸ Co więcej, sąd zaakcentował, że poniesienie przez poszkodowanego kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działaniem sprawcy wypadku komunikacyjnego. Gdyby koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego poniesione w postępowaniu przedsądowym wchodziły w zakres należnego odszkodowania, to niewątpliwie w okolicznościach sprawy należałoby rozważyć, jaka ich wysokość mogłaby być uznana jako pozostająca w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem wywołującym szkodę. W postępowaniu likwidacyjnym poszkodowany ma bowiem niewielkie obowiązki proceduralne, do których należy, oprócz wystąpienia z wnioskiem, przede wszystkim udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego, natomiast zasadniczy ciężar tego postępowania spoczywa na zakładzie ubezpieczeń.¹⁹

Uniwersalny charakter przytoczonych orzeczeń SN polega przede wszystkim na prawidłowym ustaleniu charakteru oraz granic odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniu OC.

Oczywiście problem zwrotu kosztów pełnomocnika działającego w imieniu poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym był przedmiotem rozstrzygnięć także sądów niższych instancji²⁰, których analiza prowadzi – co do zasady – do podobnych wniosków, które znajdujemy w przywołanych orzeczeniach SN.

W wyroku Sądu Rejonowego w Sopocie z dnia 15 grudnia 2006 r. (I C 288/06) stwierdzono, że poniesienie kosztów wynagrodzenia pełnomocnika nie wynikało bezpośrednio ze zdarzenia szkodzącego, jakim był wypadek komunikacyjny. **Koszty te powstały wyłącznie z inicjatywy samego poszkodowanego. Skoro tak, to poszkodowany – mając na uwadze art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c. – obowiązany był do wykazania, że poniesienie takich kosztów było konieczne i obiektywnie uzasadnione.** Jeżeli ubezpieczyciel od początku postępowania nie kwestionuje swej odpowiedzialności, a udział pełnomocnika ograniczał się do zgłoszenia szkody (przesłanie dokumentów za pomocą poczty), to brak jest podstaw do uznania udziału pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym za niezbędny; ergo poniesienie przez poszkodowanego kosztów jego wynagrodzenia również nie było niezbędne. Inaczej mówiąc, koszty te nie mieściły się w zakresie dyspozycji art. 361 §2 k.c.

Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia w wyroku z dnia 4 lutego 2009 r. (VI C 1177/08) przyjął z kolei, że z **samego faktu, iż jakieś zdarzenie faktyczne jest następstwem zdarzenia szkodzącego, nie wynika jeszcze w sposób konieczny, że jest to następstwo**

18. Zob. opracowania przywołane w przypisach 2 oraz 3.

19. W tym zakresie por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 25 sierpnia 1994 r., III CZP 107/94, OSNC 1995, nr 1, poz. 15 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 grudnia 1998 r., II CKN 114/98, niepubl.

20. Wszystkie orzeczenia sądów niższych instancji cytowane w niniejszym opracowaniu dostępne na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych: www.rzu.gov.pl.

typowe (normalne). Skoro postępowanie likwidacyjne nie budziło wątpliwości²¹, to uznać należy, że sprawa poszkodowanego była sprawą typową, o małym bądź znikomym stopniu skomplikowania. W konsekwencji koszt ustanowienia pełnomocnika nie mieści się w pojęciu typowych następstw zdarzenia, z którego wynika szkoda.²²

Sąd Rejonowy w Malborku przyjął w jednym ze swoich rozstrzygnięć (wyrok z dnia 6 października 2009 r.), że roszczenie o zwrot kosztów ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym jest bezzasadne, jeżeli podstawą odpowiedzialności jest umowa ubezpieczenia OC (przywołując jednocześnie omówione wcześniej orzeczenia SN z 2001 oraz 2003 roku). **Sąd przywołał tutaj reprezentowane przez SN oraz doktrynę stanowisko, iż odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku umowy ubezpieczenia OC podlega wielu ograniczeniom, wynikającym m.in. z art. 38 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.** Ponadto, wydatek na wynagrodzenie pełnomocnika ma charakter dobrowolny, a skoro poszkodowany nie wykazał, że wydatek ten był niezbędny dla zabezpieczenia jego praw (w sprawie tej konieczne okazało się wyłącznie zgłoszenie i udokumentowanie szkody), nie było przesłanek, by uznawać roszczenie w tym zakresie.

Sprzeciw wobec – zgłoszonego w toku postępowania sądowego – żądania zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym z art. 98 k.p.c. podniósł Sąd Rejonowy w Słupsku w sprawie o sygnaturze akt IX C 181/07 (wyrok z dnia 13 października 2009). Zdaniem sądu **suma ta nie mieściła się w kosztach procesu niezbędnych do celowego dochodzenia praw poszkodowanego** – w postępowaniu cywilnym nie ma możliwości domagania się zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika na etapie przedsądowym.

Znamienne jest, że nawet w wyrokach, w których sądy powszechne uwzględniały roszczenie o zwrot poniesionych przez poszkodowanego kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, nie czyniły tego na zasadzie automatyzmu. **Słusznie przyjmowano bowiem, że koszty takie mogą, ale nie muszą, wchodzić w zakres odszkodowania, a ich ewentualna zasadność powinna być oceniana *ad casum***²³. Co więcej większość orzeczeń sądów powszechnych zapadłych w latach 2006–2011 dotyczyła poszkodowanych będących obcokrajowcami, co nie pozostaje bez wpływu na rozstrzygnięcie o słuszności roszczenia o zwrot kosztów. Za decydujące kryteria przyznania owych kosztów uznawano tu m.in. nieznanomość języka czy nieznanomość prawa, ale także obowiązek minimalizowania rozmiarów szkody (koszty tłumaczeń dokumentów, koszty zagranicznych dojeżdżeń i przekazów pieniężnych, koszty ewentualnych przyjazdów do Polski itp., które przewyższałyby koszt ustanowienia pełnomocnika). Jednak i w takich sprawach sądy dalekie

21. Przez co SR rozumiał brak wątpliwości co do osoby sprawcy, wysokości szkody, konieczności pozyskania ekspertyz czy opinii biegłych itp.

22. Brak adekwatnego związku przyczynowego stwierdzony został też w sprawie rozpatrywanej przez Sąd Rejonowy w Gnieźnie (wyrok z dnia 28 października 2009 r., I C 281/09), a także w wyroku Sądu Okręgowego w Częstochowie z dnia 19 marca 2009 r. (VI Ca 93/09).

23. Tak orzekł Sąd Okręgowy w Poznaniu w wyroku z dnia 19 marca 2010 r., II Ca 153/10; inne orzeczenia, w których uwzględniano roszczenie o zwrot kosztów wynagrodzenia pełnomocnika: zob. wyrok Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 20 maja 2008 r. (I C 16/08), wyrok Sądu Rejonowego w Mikołowie z dnia 30 października 2008 r. (I C 84/08), wyrok Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 16 lutego 2010 r. (I C 475/09) czy wyrok Sądu Rejonowego w Nysie z dnia 2 kwietnia 2010 r. (I C 380/09).

były od kształtowania jakichkolwiek „standardów odszkodowawczych” i oceniały roszczenia indywidualnie, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy (*vide* omówiony wcześniej wyrok Sądu Rejonowego w Sopocie).

Wreszcie należy zwrócić uwagę także na orzeczenia Sądu Najwyższego, których przedmiotem były inne – aniżeli koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego – kwestie związane z postępowaniem likwidacyjnym. Chodzi tu przede wszystkim o poniesione przez poszkodowanego koszty sporządzenia ekspertyz bądź opinii rzeczoznawców. W uchwale z dnia 18 maja 2004 (III CZP 24/04)²⁴ SN przyjął, że odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów **może – stosownie do okoliczności sprawy – obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego**. Zaakcentowana więc została konieczność indywidualnej oceny roszczeń zgłaszanych przez poszkodowanych, których przedmiotem ma być kompensacja wydatków poniesionych z ich własnej inicjatywy.

Analiza orzecznictwa prowadzi do następującej konkluzji – **jeżeli nawet dopuścimy kompensację w zakresie kosztów wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym, to roszczenie takie nie może być kompensowane na zasadzie swoistego automatyzmu**. Inaczej mówiąc, nie należy się zawsze i każdemu. Sądy albo odmawiały uznania zasadności roszczeń ze względu na brak adekwatnego związku przyczynowego ze zdarzeniem szkodzącym, albo uznawały, że poniesienie kosztów nie było konieczne (niezbędne). Oba stanowiska – z punktu widzenia prawa ubezpieczeniowego, a także dogmatyki prawa odszkodowawczego – uznać należy za jurydycznie poprawne.

V. Znaczenie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r. (III CZP 5/11) dla omawianej problematyki

Wskazana uchwała dotyczy zagadnienia zwrotu poszkodowanemu kosztów najmu pojazdu zastępczego, jednakże jej aktualność oraz znaczenie zdecydowanie wykracza poza ten obszar. Rozpatrując kwestię kosztów ponoszonych przez poszkodowanego, SN opowiedział się w sposób jednoznaczny za tzw. zasadą indywidualizacji odszkodowania – wysokość szkody, a co za tym idzie jej kompensacja, musi zawsze odbywać się *ad casum*, a więc z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy. Odrzucono więc koncepcję tzw. standardów odszkodowawczych i podkreślono akcesoryjny charakter odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC. Zdaniem sądu poniesienie przez poszkodowanego kosztów najmu pojazdu musi pozostawać w adekwatnym związku przyczynowym, a poszkodowany musi wykazać i udowodnić ich poniesienie zgodnie z regułami przyjętymi zarówno w art. 6 k.c., jak i 232 k.p.c. **Jednakże najistotniejszą tezą postawioną przez SN jest przyznanie roszczenia o kompensację kosztów poniesionych przez poszkodowanego tylko, jeżeli takowe były celowe i ekonomicznie uzasadnione**.

Jak słusznie wskazano w uzasadnieniu uchwały (por. s. 15) „Na dłużniku powinien (...) ciążyć obowiązek zwrotu wydatków celowych i ekonomicznie uzasadnionych, pozwalających na wyeliminowanie negatywnych dla poszkodowanego następstw, niedających się wy-

24. Z głoszą aprobującą E. Tomaszewskiej, zob. GSP-Prz. Orz. nr 1/2006, s. 73–80.

eliminować w inny sposób, z zachowaniem rozsądnej proporcji między korzyścią wierzyciela a obciążeniem dłużnika”. Preferowane jest więc w tym zakresie rozsądne i „ekonomiczne” podejmowanie działań przez poszkodowanego. Wskazane przesłanki uzasadniające roszczenie muszą także zostać wykazane przez poszkodowanego. Wreszcie zwrot kosztów poniesionych przez poszkodowanego (z jego własnej inicjatywy) nie będzie następował zawsze w ich pełnej wysokości. Otóż zdaniem SN zakres kompensacji tych kosztów wyznaczać powinno – w każdej konkretnej sytuacji – kryterium ich „ekonomicznej zasadności”, którą rozważać należy przy uwzględnieniu:

1. obowiązku współdziałania poszkodowanego (wierzyciela) z zobowiązanym do naprawienia szkody (dłużnikiem) w kierunku zapobiegania szkodzie i minimalizacji jej rozmiarów (art. 354 §2 oraz – w zakresie kompensacji ubezpieczeniowej – art. 826 k.c.);
2. obowiązku nieprzyczyniania się poszkodowanego do zwiększania rozmiarów szkody (art. 362 k.c.); oraz
3. zasady *compensatio lucri cum damno*, czyli pomniejszenia kwoty odszkodowania o wszelkie „korzyści”, jakie poszkodowany odniósł w związku z faktem wyrządzenia szkody, a w szczególności o zaoszczędzone czy „nieponiesione” w związku z tym koszty.

Przedstawiona uchwała SN ma – naszym zdaniem – istotne znaczenie dla omawianej w ramach niniejszego opracowania problematyki. **Nawet bowiem jeżeli uznamy, że koszty wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym wchodzi w zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela OC i pozostają w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym, to nie przesądza to o zasadności roszczenia o zwrot tychże kosztów – muszą one być jeszcze celowe i ekonomicznie zasadne.** Wykazanie tych kryteriów może mieć miejsce wyłącznie przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności konkretnej sprawy i sytuacji odszkodowawczej, co przesądza o kwalifikacji roszczenia jako roszczenia *ad casum* (o czym była już mowa). Jeżeli więc do efektywnej realizacji roszczenia wystarczyło przesłanie zgłoszenia szkody w pojeździe (wraz z dokumentem księgowym, np. fakturą wystawioną przez warsztat naprawczy), to mamy do czynienia z czynnościami, których wykonania można wymagać od każdego przeciętnego człowieka. Tym samym korzystanie w takiej sytuacji z usług pełnomocnika nie byłoby celowe. Ewentualnej oceny celowości (niezbędności) roszczenia należy dokonywać z uwzględnieniem szeregu czynników podmiotowych (odnoszących się przede wszystkim do osoby samego poszkodowanego), przedmiotowych, jak i temporalnych oraz miejscowych, dotyczących wypadku.

Na marginesie zauważyć należy, że z powołaną uchwałą SN wyraźnie korespondują rozstrzygnięcia części sądów powszechnych²⁵, w których operuje się m.in. kryterium konieczności bądź niezbędności poniesienia kosztów pełnomocnika.

VI. Podsumowanie

W rezultacie należy odmówić słuszności poglądowi, że koszt zastępstwa poszkodowanego przez pełnomocnika w ubezpieczeniowym postępowaniu likwidacyjnym podlega zawsze kompensacji w ramach odpowiedzialności ubezpieczyciela OC sprawcy. Autorzy

25. Por. omówiony wcześniej wyrok SR w Sopocie.

niniejszego opracowania nie opowiadają się oczywiście za całkowitym odrzuceniem możliwości zwrotu wskazanych kosztów, pod warunkiem jednak uwzględnienia zasady „indywidualizacji odszkodowania cywilnoprawnego”²⁶. Inaczej mówiąc, dopuszczalność takiego odszkodowania powinna być ustalana *ad casum*, czyli z uwzględnieniem wszystkich okoliczności oraz aspektów konkretnego przypadku. Wreszcie kompensacja kosztów wynagrodzenia pełnomocnika powinna być oceniana z zastosowaniem kryteriów ich ekonomicznej zasadności oraz celowości ich poniesienia.

Na marginesie należy zaznaczyć, że w najnowszej literaturze nie pozostawia się cienia wątpliwości co do tego, że koszty związane z postępowaniem likwidacyjnym (przedsądowym) – w ramach ubezpieczenia OC – nie mieszczą się w pojęciu świadczenia ubezpieczeniowego. Jak słusznie podnosi bowiem M. Krajewski, „Jeżeli chodzi o koszty związane z bezpośrednim dochodzeniem roszczeń przez poszkodowanego wobec ubezpieczyciela należy przyjąć, że w żadnym wypadku nie stanowią one świadczenia ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia OC”²⁷.

Przeciwko tezie, że koszty pełnomocnika, ustanowionego przez poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym, powinny być wliczone w poczet odszkodowania płatnego z tytułu ubezpieczenia OC, można przytoczyć jeszcze wiele ważkich, a nawet pryncypialnych argumentów²⁸, które jednak – głównie ze względu na ograniczony zakres niniejszego opracowania – powinny być przedmiotem odrębnych rozważań.

Literatura:

- Bieniek G., *Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe*, Warszawa 2006.
- Brodecki Z. (red.), Glicz M. (red.), Serwach M. (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Tom I*, Warszawa 2010.
- Kowalewski E., glosa do wyroku SN z 11 czerwca 2001 (V CKN 266/2000), „OSP” nr 3/2002.
- Kowalewski E., *Odszkodowanie ubezpieczeniowe za utracone korzyści*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1996.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych – ewolucja i kierunki przemian*, Bydgoszcz 1992.
- Kowalewski E., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Toruń 1981.
- Kowalewski E., *W sprawie odpowiedzialności PZU z obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 5/1973.
- Kowalewski E. (red.), Fuchs D., Serwach M., Mogilski W.W., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń–Bydgoszcz 2006.

26. Na zasadę tę powołuje się SN w cytowanej uchwale z dnia 17 listopada 2011 r.; zob. też na ten temat L. Stecki, który pisze m.in. „Kompensacja szkód musi być (...) oceniana na tle konkretnych warunków”. L. Stecki, *Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane*, [w:] J. Błęszyński (red.), J. Rajski (red.) *Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985, s. 235.

27. Zob. M. Krajewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej...*, op.cit., s. 252.

28. Jednym z takich argumentów jest – pomijany w dotychczasowych dyskusjach czy wypowiedziach – fakt, iż standardowa kompensacja poniesionych przez poszkodowanego wydatków na wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym będzie *de facto* dla poszkodowanego niekorzystna – prowadzić będzie bowiem do szybszej konsumpcji sumy gwarancyjnej (sumy ubezpieczenia).

- Kowalewski E., Ziemiak M.P., *W sprawie legalności ubezpieczeniowych kancelarii odszkodowawczych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 1/2011.
- Krajewski M., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa 2011.
- Ludwichowska K., *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe*, Toruń 2008.
- Möller W., *De la double nature de l'action di recte*, [w:] *Études offertes à Monsieur la Professeur André Besson*, Paris 1976.
- Piasecki K., *Procedury poprzedzające sądowe postępowanie cywilne*, „Palestra” nr 7–8/1985.
- Raczyński A., *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa 2010.
- Stecki L., *Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane*, [w:] J. Błeszyński (red.), J. Rajski (red.), *Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985.
- Szpunar A., *Legitymacja bierna w procesie odszkodowawczym z tytułu ubezpieczeń komunikacyjnych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 12/1997.
- Szpunar A., *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, Poznań 1979.
- Tomaszewska E., *Glosa do uchwały SN z dnia 18 maja 2004 (III CZP 24/04)*, GSP-Prz.Orz. Nr 1/2006.
- Warkało W., *Odpowiedzialność odszkodowawcza – funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1978.
- Warkało W., Marek W., Mogiński W., *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983.
- Wąsiewicz A., Orlicki M., *Koszt usługi likwidacji szkody jako element odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1999.

On refund of plenipotentiary's remuneration in insurance liquidation proceedings – Summary

The purpose of the paper is to challenge a thesis that a party injured in e.g. road accident is always entitled to claim – from her civil liability insurer – compensation of costs beard for remuneration of a plenipotentiary in insurance liquidation proceedings.

At first a broad analysis on scope of insurer's liability in civil liability insurance is introduced. This includes so called accessory character of such liability as well as the nature of actio directa principle. Next the authors move on to the issue of insurance liquidation proceedings which according to Polish law are specific, non-contradictory and prejudicial proceedings aimed at satisfying insurance claims. A relevant comparison to other prejudicial procedures (e.g. in telecommunication or transportation law) is made. It is followed by review of recent Polish jurisprudence on reimbursement of plenipotentiary's remuneration and comments to significant judgments. Finally the authors discuss the Supreme Court judgment of November 17th, 2011 (III CZP 5/11) and its particular relevance to the issue of compensation of costs beard for remuneration of a plenipotentiary in insurance liquidation proceedings.

The article ends with a overall conclusion that a compensation of costs beard for remuneration of a plenipotentiary in insurance liquidation proceedings is rather exceptional then conventional.

PROF. ZW. DR HAB. EUGENIUSZ KOWALEWSKI – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu.

PROF. ZW. DR HAB. MIROSŁAW NESTEROWICZ – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu.

PROF. DR HAB. EWA BAGIŃSKA – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu.

DR MONIKA WAŁACHOWSKA – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu.

MGR MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu oraz Okręgowa Izba Radców Prawnych w Toruniu.

DR WŁADYSŁAW WOJCIECH MOGILSKI – prawnik, prowadzi Biuro Doradztwa Ubezpieczeniowego PARTNER w Gdańsku.

DR MAŁGORZATA SERWACH – adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI
MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK

Stypizowane sytuacje faktyczne, w których kompensacja ubytku wartości handlowej pojazdu nie jest adekwatna

W poniższym artykule przedstawiono najczęściej spotykane okoliczności dotyczące roszczeń odszkodowawczych za utratę wartości handlowej pojazdu uszkodzonego w wypadku drogowym.

Na wstępie autorzy stwierdzają, że w przypadku odszkodowań za utratę wartości handlowej pojazdu nie istnieją standardy odszkodowawcze. Standardy takie nie są znane polskiemu prawu cywilnemu (szczególnie jego podstawowym zasadom i aksjologii), gdyż powinna mieć tu zastosowanie zasada tak zwanej „indywidualizacji odszkodowania na gruncie prawa cywilnego”.

Kolejna część artykułu dotyczy formy odszkodowania, w aspekcie utraty wartości handlowej pojazdu, w przypadkach rozliczenia utraty wartości w oparciu o wycenę (tj. kiedy odszkodowanie jest oparte na kalkulacji kosztów) lub rozliczenia szkody w oparciu o fakturę (tj. kiedy wysokość odszkodowania jest równa kwocie podanej na fakturze wystawionej przez stację napraw). Autorzy stwierdzają, że w przypadku rozliczenia utraty wartości w oparciu o wycenę, utrata wartości handlowej po prostu nie istnieje, w związku z czym jakiegokolwiek roszczenia odszkodowawcze są bezzasadne.

Następnie autorzy przedstawiają szereg okoliczności faktycznych (stypizowanych) związanych z nieuzasadnionym żądaniem odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej; chodzi o sytuacje dotyczące: wieku uszkodzonego pojazdu, jego stanu technicznego przed wypadkiem i związane z tak zwanymi „drobnymi uszkodzeniami”, sytuacji kiedy sprawca wypadku nie jest objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej lub nie wywiązał się z obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia, problemów związanych ze wspólną odpowiedzialnością i udziałem poszkodowanego w uszkodzeniach, do jakich doszło, problemów samochodów zabytkowych itp.

Na końcu, powołując się na niektóre decyzje Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) oraz na orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r. (III CZP, 5/11), autorzy wyraźnie podkreślają, że wspomnianych standardów odszkodowawczych nie powinno się ani narzucać ubezpieczycielom, ani argumentować kwestią ochrony konsumentów.

W konkluzji autorzy stwierdzają, że wszystkie przypadki odszkodowań za utratę wartości handlowej pojazdu uszkodzonego w wypadku drogowym powinny być traktowane i osądzone indywidualnie.

I. Uwagi wprowadzające – krytyka koncepcji *standardu odszkodowawczego*

Problematyka odszkodowania na tle wypadków komunikacyjnych jest ważna – i to zarówno w aspekcie cywilnoprawnym, jak i ubezpieczeniowym – a jej aktualność stale rośnie, wraz z dynamicznym rozwojem motoryzacji. Ma ona także niebagatelne znaczenie w wymiarze ekonomicznym, i to zarówno z punktu widzenia indywidualnych posiadaczy pojazdów, jak również w aspekcie gospodarczego funkcjonowania setek tysięcy przedsiębiorców w obszarze ich aktywności rynkowej, wytwórczej i usługowej. Można zatem bez cienia przesady skonstatować, że problematyka odszkodowań wiążących się z następstwami wypadków komunikacyjnych ma wymiar powszechny, niejako ogólnospołeczny.

Dyskutowana jest przede wszystkim kwestia zakresu odszkodowania należnego poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych; liczba sporów sądowych na tym tle jest znaczna i stale rośnie. Pożądane byłoby, aby obowiązywały w tym zakresie tzw. standardy odszkodowawcze, istotne nie tylko dla praktyki (zwłaszcza ubezpieczeniowej), ale także dla milionów potencjalnych ofiar narażonych na ryzyko masowych szkód komunikacyjnych.

Mówiąc o takich standardach, mamy na uwadze oczywiście wiele problemów bardziej szczegółowych, takich jak np. zasada pełnego odszkodowania i jej ograniczenia, kwestia zakresu i sposobu naprawienia szkody (zwłaszcza w uszkodzonym pojeździe) oraz wiele innych. Jednym z nich jest problem odszkodowania za tzw. ubytek wartości handlowej pojazdu „pokolizyjnego” po jego naprawie. Czy poszkodowanemu przysługuje – obok roszczenia o refundację poniesionych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu – także dodatkowo roszczenie o skompensowanie mu przez odpowiedzialnego cywilnie sprawcę (także jego ubezpieczyciela OC) owego ubytku wartości handlowej? Czy roszczenie takie ma być brane pod uwagę w każdym przypadku (standard), czy też tylko w niektórych sytuacjach i stanach faktycznych? Powyższy problem autorzy artykułu ujęli w formie pytania, czy raczej dylematu: standard odszkodowawczy czy roszczenie *ad casum*?

Dalsze rozważania będą swoistym rozwinięciem powyższej kwestii, a ich celem – w intencji autorów – jest wskazanie złożoności i specyfiki rozlicznych sytuacji faktycznych, powstających w związku z wypadkami komunikacyjnymi. Złożoność i różnorodność, także w aspekcie dogmatycznym, owych sytuacji (nazwanych przez nas „stypizowanymi”) sprawia, że poszukiwanie czy próba sformułowania jakiegoś standardu odszkodowawczego, obowiązującego dla wszystkich „powypadkowych” stanów faktycznych i wszystkich poszkodowanych, wydaje się niemożliwa. Stąd też, opowiadając się za ideą „indywidualizacji odszkodowania cywilnoprawnego”¹, rozumianą jako każdorazowe uwarunkowanie wysokości i zakresu szkody podlegającej naprawieniu od rozlicznych okoliczności, cech i aspektów towarzyszących konkretnej sytuacji odszkodowawczej, postulujemy, aby – zamiast tworzyć sztywne i sztuczne standardy w zakresie kompensacji ubytku wartości handlowej pojazdów „ponaprawczych” – zmienić aksjologiczny aspekt owego dyskursu i ukierunkować go na petryfikację poglądu, że roszczenia tego rodzaju mogą i powinny być rozważane wyłącznie *ad casum*². **Sama bowiem teza o potrzebie standaryzacji**

-
1. Podzielił ją zresztą SN w uchwale z dnia 17 listopada 2011 r. (III CZP 5/11) w sprawie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego (tekst uchwały wraz z uzasadnieniem dostępny na: www.rzu.gov.pl).
 2. Podobnie jak uczynił to SN w uchwale, o której mowa w przypisie 1.

w omawianej kwestii jest sprzeczna z aksjologią cywilnego prawa odszkodowawczego.³ Nauka prawa odszkodowawczego kwestię ustalania odszkodowania ujmuje bowiem w sposób zindywidualizowany⁴, odpowiednio do okoliczności konkretnej sytuacji faktycznej i jej uwarunkowań prawnych (np. obowiązek współdziałania poszkodowanego z dłużnikiem w kwestii minimalizacji szkody⁵, zasada *compensatio lucri cum damno*, obowiązek nieprzyczyniania się do powstania szkody czy też zwiększenia jej rozmiarów⁶). Wreszcie podkreślić trzeba, że wspomnianego standardu odszkodowawczego w zakresie ubytku wartości handlowej uszkodzonej rzeczy (nie musi to być przecież wyłącznie pojazd) nie da się wywieść bezpośrednio z zasady pełnego odszkodowania, bowiem nie ma ona w polskim prawie charakteru absolutnego.⁷

II. Uwarunkowanie roszczenia od sposobu naprawienia szkody w pojeździe – metoda kosztorysowa oraz metoda fakturowa

Uszkodzone w wypadkach komunikacyjnych pojazdy poddawane są z reguły naprawie, co potocznie określa się jako „reparacja”. W terminologii dogmatyki kodeksu cywilnego (art. 363 k.c.) możemy zaś mówić o przywróceniu uszkodzonego pojazdu do stanu poprzedniego (przedwypadkowego) jako sposobie naprawienia szkody⁸, oczywiście o ile (*scil.*) sprawca szkody (także jego ubezpieczyciel OC) zobowiązany jest do jej naprawienia, czyli ponosi za taką szkodę odpowiedzialność cywilną.

Poszkodowany może jednak wybrać naprawienie doznanej szkody w innej formie, czyli w postaci odszkodowania pieniężnego ustalonego niejako *ex ante*, w oparciu o odpowiednie wyliczenie i kalkulację kosztów naprawy pojazdu powypadkowego⁹, co w terminologii

3. Zob. też stanowisko autorów niniejszego artykułu odnośnie standardów odszkodowawczych w zakresie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego – E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Stypizowane stany faktyczne, w których refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego nie jest adekwatna*, [w:] E. Kowalewski (red.) *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011, s. 105–106 oraz s. 124–125 i powołana tam literatura.
4. Np. poszkodowany musi w każdym wypadku wykazać szkodę oraz udowodnić jej wysokość, nie mówiąc już o wykazaniu innych przesłanek odpowiedzialności sprawcy (np. wina, brak przesłanek egzoneracyjnych, związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem sprawcy a zaistniałą szkodą). To z kolei oznacza, że naszemu prawu odszkodowawczemu obca jest formuła „ryczałtów odszkodowawczych” (tzw. *damages caps*).
5. Wynikająca z art. 354 §2 k.c.
6. Zob. art. 362 k.c.
7. Zob. B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)*, [w:] *Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. L. Ogiegło, W. Popiołek, M. Szpunar, Warszawa 2005, s. 1069 i nast.; W. Warkałło, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 121 i nast.; L. Stecki, *Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane* [w:] J. Błeszyński (red.), J. Rajski (red.), *Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985, s. 229–245.
8. Tak też: E. Kowalewski, M. Nesterowicz, *Glosa do uchwały SN z dnia 12 października 2001 r. III CZP 57/01*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2003, s. 69–74; analogicznie rozumie reparację uszkodzonego pojazdu w kontekście sposobu naprawienia szkody SN w uchwale przywołanej w przypisie 1.
9. Por. art. 363 k.c.

ubezpieczeniowej określa się jako „likwidację kosztorysową”. W takim przypadku odszkodowania nie kwantyfikuje się według udokumentowanych kosztów naprawy pojazdu (według tzw. metody fakturowej¹⁰), co w naturalny sposób przekłada się na brak możliwości precyzyjnego ustalenia wysokości roszczenia dodatkowego w postaci odszkodowania za utratę wartości handlowej pojazdu. Co więcej, poszkodowany może nie być zainteresowany naprawą uszkodzonego pojazdu, a nawet w ogóle (np. w przypadku szkody bagatelnej) może takiej naprawy nie dokonywać. Poprzez wybór wskazanego sposobu kompensacji szkody w pojeździe poszkodowany niejako manifestuje, że nie odczuwa negatywnych skutków uszkodzenia pojazdu w zakresie jego wartości handlowej.¹¹ Skoro więc potencjalna utrata wartości handlowej jest dla poszkodowanego irrelevantna, to trudno mówić tu o potrzebie kompensacji.

Wydaje się oczywiste, że w obu przypadkach, czyli w aspekcie wybranego przez poszkodowanego sposobu naprawienia szkody w pojeździe¹², dogmatyczne podejście do problemu, czy w zakres należnego odszkodowania wchodzi tzw. ubytek handlowy wartości naprawionego pojazdu, musi być z natury rzeczy odmienne. Przy kalkulacji kosztorysowej rzeczywiście poniesione (także udowodnione) koszty naprawy schodzą niejako na dalszy plan. Innymi słowy, nie one będą wyznaczać wysokość odszkodowania; wyznacznikiem jego wysokości będzie odpowiednia kalkulacja kosztorysowa, przy założeniu, że jest ona odpowiednia i rzetelna.

Reasumując przytoczone uwagi, należałoby – stosując pewne uproszczenie – sformułować tezę postulatyczną, że roszczenie poszkodowanego o kompensację ubytku wartości handlowej pojazdu po naprawie, rozumiane jako swoiste roszczenie komplementarne (uzupełniające w stosunku do poniesionych kosztów naprawy pojazdu) rozpatrywane może być tylko przy tzw. fakturowej metodzie rozliczenia kosztów naprawy. Oczywiście, byłoby ono warunkowe w tym sensie, że wchodziłoby w grę tylko wtedy, gdy technologicznie właściwy proces naprawy „nie zdołał” przywrócić pełnej wartości handlowej pojazdu sprzed wypadku.

Pogląd odmienny, spotykany raczej sporadycznie, uznający zasadność i dopuszczalność takiego roszczenia także w przypadku „czysto” pieniężnego sposobu naprawienia szkody (metoda kosztorysowa), który to sposób, *nota bene*, wybiera – co do zasady – sam poszkodowany (*vide* art. 363 k.c.), wydaje się nie do zaakceptowania. Powody są pryncypialne. Takie postawienie sprawy na gruncie dogmatyki prawa odszkodowawczego musiałoby apriorycznie zakładać, że żadna naprawa pojazdu (nawet przy zastosowaniu najnowszych technologii) nie

10. Gdzie poniesione koszty naprawy uszkodzonego pojazdu ubezpieczyciel zwraca bezpośrednio poszkodowanemu w oparciu o przedłożone przez niego faktury, rachunki itp., bądź gdzie ubezpieczyciel przekazuje odszkodowanie bezpośrednio zakładowi naprawczemu (jako *de facto* wynagrodzenie za usługę naprawy) np. na podstawie stosownego upoważnienia do żądania zapłaty od ubezpieczyciela, udzielonego zakładowi naprawczemu przez poszkodowanego.

11. Zob. też analogiczne stanowisko przy kosztorysowej metodzie likwidacji szkody w zakresie refundacji kosztów najmu pojazdu – M.P. Ziemiak, *Polemika ze stanowiskiem niektórych instytucji i urzędów w kwestii uprawnień poszkodowanego do najmu pojazdu zastępczego*, [w:] E. Kowalewski, *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011, s. 192.

12. W rzeczywistości współczesna doktryna prawa odszkodowawczego odchodzi od dychotomicznego podziału sposobu naprawienia szkody (*restitutio in integrum* i odszkodowanie pieniężne), wyodrębniając tzw. reparację jako trzeci sposób – szeroko na ten temat zob. L. Stecki, *op.cit.*, s. 231.

jest nigdy w stanie przywrócić jego pełnej wartości. Na płaszczyźnie filozofii bytu (ontologii) oznaczałoby to nawiązanie do fatalistycznych koncepcji predestynacji, hołdującej „metafizycznej” tezie o bezsilności człowieka współczesnego, stojącego bezradnie w obliczu jakiejś aksjologicznej niedoskonałości świata i to pomimo posługiwania się przecież najnowszymi zdobyczami nauki i techniki oraz wyrafinowanymi wytworami i instrumentami współczesnej technologii. Krótko mówiąc, obrona poglądu, że każda naprawa pojazdu musi zawsze powodować obniżenie jego wartości (także handlowej), jest tezą raczej demagogiczną, deprecjonującą cywilizacyjne i technologiczne możliwości współczesnych społeczeństw. Nadto filozofia głosząca „nienaprawialność” rzeczy (przedmiotów, maszyn, urządzeń, samochodów itp.) brzmi cokolwiek kuriozalnie, afirmując swoisty defetyzm technologiczny, który cechował – być może – cywilizacje prymitywne, funkcjonujące w kręgu *sui generis* „bezbronności” wobec wyzwań świata zewnętrznego.

Z tego co zostało powiedziane należałoby wywieść, że ustalone *a priori* koszty przywrócenia danej rzeczy (w tym przypadku – samochodu) do stanu poprzedniego powinny zakładać rzeczywiste i pełne przywrócenie naprawianego pojazdu do stanu poprzedniego, także w aspekcie jego wartości handlowej. **W konsekwencji, przy tzw. kosztorysowej metodzie ustalania odszkodowania – naszym zdaniem – roszczenie o refundację ubytku wartości handlowej nie powinno w ogóle wchodzić w grę**

Zatem ewentualne odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie powinno być rozważane jedynie przy ustalaniu rozmiaru szkody w pojeździe według kosztów naprawy (metoda fakturowa). Stanowczo jednak twierdzimy, że także i przy tym sposobie ustalenia wysokości odszkodowania roszczenie z tytułu ubytku wartości handlowej nie może być traktowane jako standard. *A rebours*, powinno ograniczyć się wyłącznie do takich sytuacji i stanów faktycznych, w których – pomimo pełnej i technologicznie nienagannej reparacji – wartość handlowa naprawionego pojazdu będzie rzeczywiście i realnie niższa aniżeli wartość, jaką dany pojazd prezentowałby, gdyby nie uległ wypadkowi, a więc przy założeniu, że proces naprawy był należyty (staranny).

W dalszej części rozważań przedstawione zostaną pewne stypizowane sytuacje faktyczne, w których roszczenie o refundację ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie będzie adekwatne, bądź będzie co najmniej wątpliwe. W rozważaniach tych – z powodów wyłożonych wcześniej – nie zajmujemy się metodą kosztorysową (jako czysto pieniężnym sposobem naprawienia szkody, ustalonej w oderwaniu od poniesionych przez poszkodowanego rzeczywistych kosztów naprawy pojazdu powypadkowego).

III. Stypizowane sytuacje faktyczne, w których kompensacja ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie jest adekwatna albo budzi wątpliwości

Na samym wstępie zauważyć należy, że mnogość okoliczności, cech i aspektów towarzyszących konkretnej sytuacji odszkodowawczej uniemożliwia – co jest oczywiste – sformułowanie zamkniętego katalogu sytuacji, w których należałoby odmówić zasadności roszczeniu o odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie. Niemniej

możliwe jest przytoczenie co najmniej piętnastu przykładów, w których można mieć istotne wątpliwości w omawianym zakresie.

1. Pojazd poddany naprawie należy do kategorii pojazdów wieloletnich

Rzeczą naturalną jest, że z wiekiem (tj. z upływem okresu eksploatacji) samochody tracą swoją pierwotną wartość handlową, co zresztą bardzo dobrze widoczne jest także w praktyce ubezpieczeniowej.¹³ Czym innym jest kompensowanie ubytku wartości handlowej w przypadku pojazdów nowych bądź względnie nowych, a czym innym próba uzyskania takiej kompensacji w przypadku pojazdu, którego wiek przekracza np. 10 lat. Chodzi tu oczywiście o obiektywnie postrzeganą utratę wartości handlowej, która z biegiem czasu maleje. Uszkodzenie pojazdu nowego bądź relatywnie nowego wiąże się dla jego posiadacza z większymi konsekwencjami niż dla posiadacza pojazdu używanego od wielu lat. Swoistą „niepisaną regułą” jest zmiana pojazdu – tzw. „wymiana na nowy lub nowszy model” – po 2–3 latach użytkowania pojazdu (zakupionego jako nowy lub względnie nowy). Uszkodzenie pojazdu znajdującego się w takim „przedziale wiekowym” może powodować znaczny spadek jego wartości, z pewnością o wiele bardziej odczuwalny niż w przypadku pojazdu 10-letniego, który i tak poddawany był prawdopodobnie wielu naprawom (a więc gdzie potencjalna utrata wartości handlowej byłaby minimalna). Oczywiście pewnym problemem może być tu precyzyjne określenie, co dokładnie oznacza pojazd nowy bądź względnie (relatywnie) nowy. W części krajów członkowskich UE przyjmuje się tu wiek 1–2 lata (np. w Niemczech jest to okres półtorarocznego użytkowania pojazdu liczonego od momentu jego zakupu)¹⁴. Pomocnym może być tu też odwołanie się do praktyki ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczeń autocasco, gdzie większość ubezpieczycieli albo wyłącza spod zakresu takich ubezpieczeń auta starsze niż 10 lat, albo żąda za ich ubezpieczenie dodatkowej składki.

2. Poddany naprawie pojazd był już pojazdem „powypadkowym”

W realiach coraz bardziej zatłoczonych polskich dróg i ulic, wielokrotne naprawy pojazdów na skutek kolizji czy wypadków drogowych są rzeczą dość częstą. Nie trudno jest więc wyobrazić sobie sytuację, w której posiadacz pojazdu (uszkodzonego więcej niż jeden raz) domaga się – po kolejnej już naprawie (trzeciej, czwartej, piątej itd.) – odszkodowania za utratę wartości handlowej takiego pojazdu (szczególnie jeżeli uszkodzeniu uległy te części czy elementy pojazdu, które

13. Np. w ramach ubezpieczenia autocasco, mimo ustalenia przez strony umowy ubezpieczenia wartości pojazdu na dzień zawierania umowy, utrata wartości handlowej jest zazwyczaj brana pod uwagę przez ubezpieczyciela przy ustalaniu wysokości odszkodowania – stąd jeżeli np. 3-letni pojazd ubezpieczony został na kwotę 30 000 zł w roku 2010, a następnie został skradziony rok później (2011), to zazwyczaj regułą jest, że ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie w wysokości uwzględniającej utratę wartości handlowej (np. w kwocie 24 000 zł), ustalonej w oparciu np. o notowania rynkowe danego modelu pojazdu czy systemy takie jak np. Info-Expert (co do dopuszczalności takiej praktyki w ramach ubezpieczenia AC zob. m.in. wyrok SN z dnia 9 października 2003 r., V CK 277/02).

14. Zob. E. Kowalewski, *Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu po naprawie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 3/2011, s. 25–38.

naprawiane były w ramach „poprzedniej” reperacji). Ustalenie standardu odszkodowawczego, zgodnie z którym każdorazowe uszkodzenie pojazdu aktualizuje roszczenie o odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu, mogłoby prowadzić do sytuacji stricte patologicznych. Poszkodowany, zgłaszając takie roszczenia do odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (także jego ubezpieczyciela OC), mógłby w krótkim czasie uzyskać odszkodowania, których wysokość dorównywałaby lub nawet przekraczała wartość pojazdu. W rezultacie, możliwość nieograniczonego zgłaszania omawianego roszczenia mogłaby skutkować eskalacją zachowań o charakterze fraudulentnym, a więc przyczynić się do wzrostu przestępczości ubezpieczeniowej w tym zakresie.

3. Przypadek tzw. szkód bagatelnych

Chodzi tu przede wszystkim o wspomniane już wcześniej szkody bagatelne (np. niewielkie rysy, wgniecenia w powłoce nadwozia itp.) albo uszkodzenia tych elementów pojazdu, których wymiana *ipso facto* nie generuje ubytku wartości handlowej (np. wymiana uszkodzonego lusterka czy listwy bocznej drzwi pojazdu). W omawianym przypadku zwrócić uwagę należy przede wszystkim na koszty ustalenia potencjalnego ubytku wartości handlowej, szczególnie jeżeli poszkodowany nie zgodzi się z propozycją odszkodowania ustaloną przez ubezpieczyciela. Ewentualnych dalszych ustaleń w sporze między ubezpieczycielem a poszkodowanym dokonywać będzie rzeczoznawca samochodowy, działający z inicjatywy poszkodowanego. Oczywiście poszkodowany domagać się będzie od ubezpieczyciela zwrotu kosztów zatrudnienia rzeczoznawcy. Czy jednak zasadnym jest powoływanie rzeczoznawcy (czy biegłego sądowego w przypadku sporu sądowego) w celu wykazania znikomego czy minimalnego ubytku wartości handlowej, w sytuacji gdy koszty udziału rzeczoznawcy (biegłego) będą przekraczać kwotę takiego ubytku? Przykładowo, badanie przeprowadzone przez biegłego wykaże wartość ubytku w kwocie 250 zł, przy kosztach pracy rzeczoznawcy (biegłego) wartych 500–1000 zł. Po raz kolejny można zadać pytanie, czy ekonomicznie zasadne i spójne z aksjologią prawa odszkodowawczego jest „tolerowanie” sytuacji, w których koszty ustalenia wysokości odszkodowania przekraczają jego nominalną wartość?

4. Sprawca wypadku komunikacyjnego nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia OC¹⁵

Truizmem jest stwierdzenie, że krąg podmiotów, które mogą potencjalnie ponosić cywilną odpowiedzialność za szkody wynikłe z wypadków komunikacyjnych oraz krąg posiadaczy pojazdów mechanicznych, którzy mają ustawowy obowiązek zawarcia ubezpieczenia OC za szkody powstałe w związku z ruchem posiadanego przez nich pojazdu, nie musi się w praktyce pokrywać. Co więcej, w rzeczywistości nigdy się nie pokrywa, albowiem wypadki komunikacyjne powodują nie tylko posiadacze pojazdów mechanicznych, ale także – i to bynajmniej nie sporadycznie – inne osoby czy podmioty. Wystarczy wskazać na rowerzystów, pieszych, rolników „prowadzących” pojazdy niepodlegające rejestracji (np. zaprzęgi konne), przedsiębiorców

15. Podobnie owa sytuacja wygląda przy rozpatrywaniu uprawnień do kompensacji kosztów najmu pojazdu zastępczego – zob. E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Stypizowane stany faktyczne...*, op.cit., s. 106–108.

i instytucje odpowiedzialne za utrzymanie infrastruktury drogowej (odpowiedzialni za przystawki dziury i wyłomy na powierzchni dróg), a nawet na opiekunów dzieci, które mogą być sprawcami różnego rodzaju zdarzeń na drogach (np. rodzice czy nauczyciele)¹⁶. Wreszcie nie należy zapominać o częstych w naszych warunkach wypadkach drogowych powodowanych przez zwierzęta (zarówno żyjące w stanie wolnym, jak i hodowlane)¹⁷. Jeżeli takie osoby czy podmioty, niepodlegające przecież *ex lege* obowiązkowemu ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (zob. art. 23–24 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁸), ponosić będą odpowiedzialność cywilną za spowodowanie wypadku komunikacyjnego, w którego wyniku poszkodowanemu zniszczony lub uszkodzony zostanie pojazd mechaniczny, to upieranie się przy standardowej regule, że w każdej takiej sytuacji poszkodowany ma bezwzględne prawo żądania refundacji ubytku wartości handlowej pojazdu i to „kosztem” osoby odpowiedzialnej (np. pieszego, który nie pracuje i nie posiada majątku), graniczy z absurdem; często bowiem takie koszty (skoro nie zapłaci za nie żaden ubezpieczyciel) będą niemożliwe do wyegzekwowania.

Z drugiej natomiast strony nie można znaleźć żadnych powodów dogmatycznych (także w warstwie aksjologii prawa odszkodowawczego), aby różnicować tzw. standardy odszkodowawcze w kwestii uprawnienia do żądania odszkodowania za ubytek wartości handlowej w odniesieniu do posiadaczy, których pojazd uszkodzony został przez sprawcę ubezpieczonego oraz w odniesieniu do tych, którym pojazd zniszczył lub uszkodził sprawca „nieubezpieczonego”. Próba podtrzymania takiej „koncepcji” byłaby – mówiąc eufemistycznie – nieco kuriozalna.

5. Sprawca wypadku nie zawarł wymaganego ubezpieczenia OC¹⁹

Nie wszyscy posiadacze pojazdów mechanicznych spełniają ustawowy obowiązek zawarcia (także posiadania) wymaganego ubezpieczenia OC. Dostępne statystyki w tym zakresie (zwłaszcza ujawniane przez UFG)²⁰ dowodzą, że sytuacje takie nie są w Polsce bynajmniej odosobnione czy sporadyczne – wynika z nich, że w skali rocznej liczba takich przypadków osiąga rząd kilkuset tysięcy. Dla przykładu, UFG szacuje, że w samym tylko roku 2010 po polskich drogach poruszało się ok. 200 tysięcy pojazdów, których posiadacze nie dopełnili ustawowego obowiązku zawarcia ubezpieczenia OC. Zatem realna możliwość, że poszkodowany w wypadku komunikacyjnym (w którym zniszczono lub uszkodzono jego własny pojazd) natknie się na takiego nieubezpieczonego posiadacza innego pojazdu, będącego sprawcą wypadku, jest obarczona wcale niemałym stopniem prawdopodobieństwa.

Z jednej strony, na skutek szczególnych rozwiązań zawartych w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, odpowiedzialność za skutki takiego wypadku obciąża UFG, z drugiej natomiast nie jest już takie oczywiste, czy zakres odpowiedzialności UFG w opisanej sytuacji

16. Np. odpowiadający na podstawie art. 427 k.c.

17. W grę wchodzić może np. odpowiedzialność na zasadzie art. 431 k.c.

18. Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm., zwana dalej „ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych”.

19. Por. E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Stypizowane stany faktyczne...*, op.cit., s. 108–109.

20. Zob. m.in. informacje dostępne na stronie internetowej Funduszu (www.ufg.pl), jak i na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl).

powinien iść tak daleko, aby pokrywany były rutynowo i standardowo ze środków tego Funduszu ubytek wartości handlowej uszkodzonego pojazdu, skoro oczywiste jest, że środki finansowe UFG tworzone są z „wpłat” dokonywanych przez ubezpieczycieli, prowadzących komunikacyjne ubezpieczenia OC²¹. Jest jednak pewne, że wypłaty odszkodowań z omawianego tytułu obciążające UFG ulegną zwiększeniu, co wymagać będzie zapewne znaczącego zwiększenia wpłat na ten Fundusz ze strony ubezpieczycieli. To zaś – co również jest pewne – spowoduje, że ubezpieczyciele „odbiją” sobie wzrost kosztów ubezpieczenia w postaci zwiększonych składek. Krótko mówiąc, zapłacą za to wszyscy posiadacze pojazdów zobowiązani do zawarcia ubezpieczenia OC (na dzień dzisiejszy to właściciele ok. 15 milionów pojazdów). Co gorsza, zdecydowana większość ubezpieczonych posiadaczy nie powoduje wypadków komunikacyjnych i nie uszkadza ani nie niszczy innym posiadaczom ich pojazdów (!).

Trzeba też pamiętać, że w określonych sytuacjach, w których istnieje odpowiedzialność subsydiarna UFG, Fundusz ten jest ustawowo zwolniony z kompensacji niektórych szkód, za które ponosi cywilną odpowiedzialność sprawca wypadku (nieubezpieczony). Jeżeli bowiem poszkodowany może zaspokoić swoje roszczenia odszkodowawcze na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego (np. AC czy ASSISTANCE), Fundusz nie ma obowiązku zaspokajania takiej szkody (art. 106 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych)²². W konsekwencji, wielu poszkodowanych, którzy posiadają ubezpieczenie AC (z opcją ochrony za ubytek wartości handlowej), nie będzie mogło otrzymać refundacji takiego ubytku wartości od UFG, czyli z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody. Co gorsza, ubezpieczyciel, który zrefundował taki ubytek z tytułu ubezpieczenia AC (o ile opcja taka została zastrzeżona w umowie ubezpieczenia), pozbawiony jest *ex lege* możliwości regresowania tych kosztów od UFG (art. 106 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

6. Uszkodzony w wypadku pojazd należy do kategorii pojazdów nietypowych

Uszkodzone w następstwie wypadku komunikacyjnego pojazdy – co jest oczywiste – to nie tylko pojazdy samochodowe, tzw. auta. Nikt nie zaprzeczy, że sprawca wypadku drogowego może spowodować zniszczenie lub uszkodzenie całego wachlarza typów, rodzajów, kategorii i odmian bardzo różnych pojazdów czy wehikułów. Przykładowo wymienić można pojazdy rolnicze (w tym zaprzęgi konne), rowery, quady, wózki widłowe, maszyny budowlane na podwoziach samochodowych, pojazdy szynowe (tramwaje, lokomotywy, wagony), a nawet samoloty, zwłaszcza gdy poruszają się po płycie lotniska, gdzie uszkodzone zostać mogą przez samochody obsługi lotniska np. w czasie manewrów *follow me*²³.

21. Zob. art. 117 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

22. Art. 106 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – jeżeli poszkodowany, w przypadku szkody w mieniu, może zaspokoić roszczenie na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego, Fundusz wyrównuje szkodę w części, w której nie może być zaspokojona, wraz z uwzględnieniem utraconych zniżek składki oraz prawa do zniżek składki.

23. Nie jest to bynajmniej przykład czysto abstrakcyjny. Wypadek taki miał miejsce w dniu 28 września 2005 r. na poznańskim lotnisku „Ławica”, gdzie w wyniku wadliwych manewrów samochodu obsługi lotniska w czasie operacji *follow me* został poważnie uszkodzony samolot pasażerski przewoźnika tureckiego. Zarządca portu lotniczego nie kwestionował odpowiedzialności cywilnej wynikającej z „winy” kierującego samochodem.

Czy zasada rutynowego i każdorazowego obarczania odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (choćby nawet objętego ubezpieczeniem OC) obowiązkiem refundacji poszkodowanemu tzw. ubytku wartości handlowej powinna obowiązywać w każdym wypadku? Już samo postawienie takiego pytania brzmi więcej niż kuriozalnie, nie mówiąc już o tym, że taka „reguła odszkodowawcza” może nie być w ogóle wykonalna. Kodeksowe przepisy o odpowiedzialności za szkodę (art. 415, 435, 436 itd.) oraz przepisy dotyczące sposobu naprawienia szkody (art. 363) czy dotyczące rozmiarów i zakresu należnego poszkodowanemu odszkodowania (art. 361–362) nie różnicują normatywnie „sytuacji odszkodowawczych” w zależności od kazuistycznej specyfikacji czy typizacji składników majątkowych, które zostały zniszczone lub uszkodzone. Krótko mówiąc – w zakresie należnego poszkodowanemu odszkodowania ogólna reguła odszkodowawcza nie jest i nie powinna być uzależniona od rodzajów składnika majątkowego, który został uszkodzony lub zniszczony. To, czy chodziło o samochód, czy np. przysłowiowy wóz konny rolnika jest z tego punktu widzenia bez znaczenia.

Reasumując, zwolennicy tzw. standardowego kompensowania poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych ubytku wartości handlowej pojazdu – odnoszący ten standard tylko do samochodów – rozmijają się z fundamentalnymi zasadami kodeksu cywilnego w zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej, nie wspominając już o tym, że tak ujęta teza jest mało poważna i niemożliwa do obrony w kategoriach logiki, o kodeksowej dogmatyce stosunków odszkodowawczych nie wspominając.

7. Przypadek pojazdu zabytkowego

Oczywiste jest, że w przypadku pojazdów zabytkowych zagadnienie ubytku wartości handlowej po ich „powypadkowej” reparacji nabiera specyficznego znaczenia. Wynika to z faktu, że kryterium ich wartości handlowej jest irrelevantne, albowiem nie są one dobrami przeznaczonymi do komercyjnego obrotu (*res extra commercium*). Miarodajna jest natomiast ich wartość zabytkowa lub kolekcjonerska i to w dodatku subiektywnie uwarunkowana gustami konkretnych właścicieli.²⁴ Nawiasem mówiąc, ewentualna wycena ubytku ich wartości handlowej nie może być w ogóle ustalona przez ekspertów do spraw motoryzacji. Za miarodajne mogłyby zostać uznane co najwyżej wyceny konserwatorów zabytków, znawców sztuki czy wyceny dokonywane przez antykwariuszy.

8. Naprawiany pojazd nie będzie w przyszłości przeznaczony do sprzedaży

We wcześniejszej części niniejszego artykułu była już mowa o sytuacji, w której wybór poszkodowanego odnośnie sposobu naprawienia szkody wpływa bezpośrednio na powstanie bądź aktualizację roszczenia o odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu. Dla

24. Tzw. *pretium affectionis* – zob. więcej W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, oprac. A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, Warszawa 2004, s. 104–105. W prawie polskim tak rozumiana „wartość upodobania” nie jest miarodajna dla ustalenia odszkodowania, zob. L. Stecki, *op.cit.*, s. 242 oraz szerzej A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1998, s. 62–63.

przykładu, jeżeli poszkodowany decyduje się dalej korzystać z pojazdu mimo jego naprawy, a po okresie eksploatacji pojazd taki zutilizować (np. oddać go na złomowisko zwane potocznie szrotem albo wyrejestrować i sprzedać „na części”), to po jego stronie nie powstaje roszczenie o kompensację ubytku wartości handlowej, gdyż dla poszkodowanego ubytek ten jest irrelevantny (nie stanowi dla niego szkody). Sytuacja taka będzie najczęściej spotykana w przypadku tzw. posiadaczy flotowych (np. przedsiębiorców przewozowych).

Wydaje się, że w podobnej sytuacji będą np. przedsiębiorcy, którzy użytkują dany pojazd w różnych celach gospodarczych (np. dźwigi samochodowe, ciągniki ze specjalistycznym osprzętem, spychacze itp.). Pojazdy takie (są to często tzw. pojazdy podlegające rejestracji) z reguły nie są sprzedawane na rynku wtórnym, lecz są eksploatowane aż do ich „zerowej” (całkowitej) amortyzacji. Fakt naprawy takiego pojazdu nie będzie miał żadnego (albo prawie żadnego) znaczenia w aspekcie ubytku jego wartości handlowej.

9. Właściciel uszkodzonego pojazdu nie będzie go eksploatował

Można sobie wyobrazić takie sytuacje, jak np. śmierć posiadacza pojazdu (lub jego kalectwo uniemożliwiające dalsze korzystanie z pojazdu), co może oznaczać niezgłoszenie roszczenia o kompensację ubytku wartości handlowej pojazdu. W przypadku śmierci posiadacza można ewentualnie zastanawiać się, czy roszczenie takie przechodzi na jego spadkobierców, pod warunkiem oczywiście, że sam pojazd stanowiłby element masy spadkowej po zmarłym w wypadku posiadacza pojazdu.

10. Ubytek wartości handlowej pojazdu jako skutek oczywiście wadliwej lub niestarannej naprawy

W stanie faktycznym wskazanym powyżej poszkodowanemu przysługiwać powinny nie tyle roszczenia do odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (jego ubezpieczyciela OC), ale przede wszystkim roszczenia do warsztatu naprawczego z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania²⁵, tj. umowy zawartej przez poszkodowanego z warsztatem, której przedmiotem była reperacja uszkodzonego pojazdu. W takim przypadku należy więc ustalić, czy postępowanie warsztatu naprawczego zgodne było z wzorcem należytej staranności (art. 355 k.c.). Przepis ten wyraźnie kładzie akcent na rodzaj stosunków, przez co należy rozumieć rodzaj przedsięwziętej aktywności. Wyższa miara staranności będzie wymagana przy wszelkich czynnościach wymagających znajomości zasad sztuki lub umiejętności, a więc bezsprzecznie i przy świadczeniu usług związanych z naprawą pojazdów. W konsekwencji dłużnik (warsztat) wykonujący zobowiązanie musi uwzględnić m.in. charakter spełnianego świadczenia, zawodowy sposób działania i – jeżeli w konkretnych okolicznościach wymagana jest wyższa miara staranności i przezorności – winien ją zachować²⁶ (np. stosować określoną przez producenta procedurę naprawy, określone części, podzespoły, komponenty itp.). Staranność „profesjonalna” obejmuje takie powinności, które pozostają w związku z zawodowym charakterem działalności gospodarczej i przez to wyznaczają uzasadnione oczekiwania

25. Por. A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz–Poznań 2001, s. 83–84.

26. Orzekł tak SN w wyroku z dnia 21 września 2007 r., V CSK 178/07.

kontrahenta²⁷, jakimi (w przypadku naprawy pojazdu) są przede wszystkim szybka, kompleksowa i należyta naprawa pojazdu poprzez pełne przywrócenie go do stanu sprzed wypadku.

W omawianej sytuacji można byłoby ewentualnie dopuścić tzw. przypadkową solidarność dłużników (*in solidum*). Poszkodowany mógłby dochodzić odszkodowania z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu od odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (także jego ubezpieczyciela OC) albo od warsztatu naprawczego. Pierwszy z zobowiązanych odpowiadałby *ex delicto*, drugi zaś *ex contractu*.

11. Koszty naprawy przekraczają tzw. wartość czasową pojazdu

W przypadku tzw. szkody całkowitej rozważanej na tle ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego, ubezpieczyciel wypłaca poszkodowanemu odszkodowanie pieniężne w wysokości różnicy pomiędzy wartością wraku (pozostałości powypadkowych) a wartością pojazdu przed wypadkiem. Dochodzi więc do sytuacji, w której naprawa pojazdu jest po prostu nieopłacalna, stąd korzystniejsze dla poszkodowanego jest pozbycie się wraku np. poprzez jego sprzedaż (często zresztą przy pomocy ubezpieczyciela). Trudno jest więc rozpatrywać w takim przypadku jakiegokolwiek dodatkowe roszczenie z tytułu ubytku wartości handlowej takiego „skasowanego” pojazdu.

12. Wzrost wartości technicznej lub eksploatacyjnej pojazdu po naprawie

Wzrost wartości pojazdu na skutek naprawy może mieć miejsce, kiedy zniszczone lub uszkodzone na skutek wypadku części, podzespoły czy elementy zostały zastąpione ich nowymi bądź nowszymi odpowiednikami (np. w 5-letnim samochodzie wymieniona została na nowszą bądź lepszą cała jednostka napędowa albo jej kluczowe elementy). W takim przypadku możemy mówić o podwójnym skutku wypadku komunikacyjnego, powodującego po stronie poszkodowanego z jednej strony uszczerbek (uszkodzenie pojazdu), a z drugiej strony określoną korzyść (wzrost wartości). Ewentualne roszczenia poszkodowanego powinny być więc rozpatrywane z uwzględnieniem zasady *compensatio lucri cum damno*. Jeżeli wzrost wartości będzie większy od potencjalnego ubytku, to w takim razie roszczenie o odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu nie wchodziłoby w rachubę.

13. Zderzenie pojazdów, gdy posiadacze ponoszą wzajemną „współodpowiedzialność”

Jeżeli założyć, że współwina posiadaczy wynosi 50 proc. (a odpowiedzialność za szkodę w tym przypadku jest oparta o zasady ogólne – art. 436 §2 k.c.), to – o ile po naprawie oba pojazdy stracą na wartości – danemu posiadaczowi przysługiwałoby odszkodowanie jedynie w wysokości 50 proc. tego ubytku²⁸. Jednocześnie byłby on cywilnie odpowiedzialny (w tym samym stopniu) za ubytek wartości handlowej drugiego pojazdu. Gdyby założyć, że obaj posiadacze

27. Por. uchwała SN z 18 grudnia 1990 r., III CZP 67/90.

28. Zob. analogiczne stanowisko autorów niniejszego artykułu w zakresie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego – E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Stypizowane stany faktyczne...*, op.cit., s. 111–112.

nie są objęci ubezpieczeniem obowiązkowym OC, ich wzajemna odpowiedzialność za ten ubytek uległaby „zniesieniu”. Sytuacja niewiele się zmieni, gdy – wobec braku ubezpieczenia – odpowiedzialność w opisanym przypadku ponosić będzie Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG)²⁹, ponieważ wypłacane przez UFG odszkodowanie będzie dochodzone zwrotnie od odpowiedzialnego (a nieubezpieczonego) sprawcy szkody (regres szczególnie UFG). Co prawda poszkodowani dochodzący roszczeń od ubezpieczyciela (w trybie *actio directa*) otrzymują od ubezpieczycieli (poszczególnych współodpowiedzialnych sprawców) częściową refundację – lecz wobec możliwego regresu zwrotnego (np. przy winie umyślnej) – końcowy efekt będzie taki sam, jak gdyby nie byli ubezpieczeni.

14. Ubytek wartości handlowej pojazdu stwierdzony w następstwie koluzji³⁰

Zgłaszane do zakładów ubezpieczeń roszczenia nie zawsze są „uczciwe”. Częstym przypadkiem, stanowiącym plagę na rynku usług ubezpieczeniowych, jest tzw. koluzja ubezpieczeniowa. Polega ona na tym, że ubezpieczający – działając fraudulentnie i w zмовie z drugą stroną umowy lub osobą trzecią – zmierza do uzyskania odszkodowania, które mu się nie należy. W kwestii stwierdzenia ubytku wartości handlowej „ponaprawczych” pojazdów (o czym w praktyce decyduje rzeczoznawca) nietrudno sobie wyobrazić praktyki typu koluzyjnego, w szczególności w oparciu o zмовę pomiędzy poszkodowanym a określonym rzeczoznawcą. Tak ustalony ubytek wartości handlowej pojazdu, pomijając aspekt prawno-karny takich działań poszkodowanego, nie może być oczywiście uzasadnieniem dla domagania się przez niego stosownej kompensacji od zakładu ubezpieczeń. Uzyskane tą drogą odszkodowanie należałoby nadto uznać za świadczenie niegodzliwe (*conditio ob turpem vel iniustam causam*)³¹.

15. Subiektywnie odczuwany ubytek wartości handlowej pojazdu oraz przypadek kwerulanctwa posiadacza

Na koniec należałoby wskazać na sytuację, kiedy poszkodowany zgłasza roszczenie o odszkodowanie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu mimo braku ustalenia takiego uszczerbku w sposób obiektywny i nienastręczający wątpliwości (np. przez rzeczoznawcę samochodowego). Jest oczywiste, że wyłącznie subiektywne odczucia poszkodowanego (które można określić mianem „szkody urojonej”), nieznajdujące uzasadnienia w obiektywnym stanie rzeczy, nie mogą być podstawą do formułowania roszczeń w omawianym zakresie. Tym niemniej nie można zapominać, że w rzeczywistości tzw. kwerulanctwo poszkodowanych w omawianym obszarze szkód komunikacyjnych występuje. Wynika to choćby z przysłowiowej predylekcji Polaków do notorycznego procesowania się w sprawach błahych (kwerulanctwo).

29. Zob. art. 98 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. Nr 124, Poz. 1152 ze zm.).

30. Z ang. „*Dishonest, secret or fraudulent agreement between litigating parties*”, The New Lexicon Webster’s Encyclopedic Dictionary, New York 1998, s. 193.

31. Zob. art. 412 k.c.

IV. Odrzucenie frazeologii konsumenckiej

Ostatnim aspektem, jaki należy poruszyć w ramach analizowanej problematyki odszkodowania z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu powypadkowego, jest podnoszona przez część urzędów i instytucji (np. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów) konieczność ochrony interesów poszkodowanego uznawanego – niesłusznie – za konsumenta. Inaczej mówiąc, swoisty standard odszkodowawczy w tym zakresie miałby wynikać nie z pryncypiów ogólnego prawa odszkodowawczego, lecz z aksjologii szeroko pojętego prawa konsumenckiego. Służycy temu mają przede wszystkim wskazane próby nadania osobom poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych, zgłaszającym swoje roszczenia odszkodowawcze do ubezpieczyciela OC sprawcy (*actio directa*), statusu konsumenta (art. 22¹ k.c.), co z kolei umożliwiłoby podejmowanie względem ubezpieczycieli działań przewidzianych w ustawie z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów³² w celu „wymuszenia” wspomnianego standardu odszkodowawczego³³. Takie podejście do omawianego problemu jest błędne a jednocześnie alarmujące. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Po pierwsze, Sąd Najwyższy we wspomnianej już uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 17 listopada 2011 r. podjętej w sprawie III CZP 5/11, stwierdził, że osoba poszkodowana przez ubezpieczonego (sprawcę szkody) nie może być uznana za konsumenta usługi ubezpieczeniowej³⁴ w rozumieniu art. 22¹ k.c., co pokrywa się z krytycznymi uwagami doktryny w tym zakresie³⁵. Po drugie, dyspozycja **art. 361 k.c. nie ulega modyfikacji z tej przyczyny, że strona poszkodowana jest, bądź też nie jest, konsumentem lub przedsiębiorcą**³⁶. Inaczej mówiąc, dla kompensacji szkody w ramach odpowiedzialności *ex delicto*, przypisanie poszkodowanemu statusu konsumenta nie wpływa na jego „sytuację odszkodowawczą”, a więc jest normatywnie irrelewantne (nie tworzy żadnego standardu odszkodowawczego). W konkluzji należałoby stanowczo odrzucić wszelkie próby powoływania się na frazeologię konsumencką w zakresie odszkodowania z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu powypadkowego.³⁷

32. Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm.; w szczególności chodzi tu o możliwość uznawania „decyzji” ubezpieczycieli w zakresie kompensacji ubytku wartości handlowej pojazdu powypadkowego za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów (por. art. 24 ustawy).

33. Tak jak ma to miejsce w przypadku refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego – zob. m.in. decyzję UOKiK z dnia 18 listopada 2011 r. nr RPZ 30/2011; decyzja dostępna na: www.uokik.gov.pl.

34. Zob. s. 6 uzasadnienia uchwały; uzasadnienie dostępne na: www.rzu.gov.pl.

35. Zamiast wielu zob. szeroko na ten temat E. Bagińska, E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Poszkodowany w wypadku komunikacyjnym a pojęcie konsumenta z art. 22¹ kodeksu cywilnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 2/2012 (w chwili złożenia niniejszego opracowania do druku powołany numer PA jeszcze się nie ukazał).

36. Op.cit.

37. Szerzej wątek konsumencki poruszają D. Fuchs, W.W. Mogilski, *Poszkodowany w wypadku drogowym w kontekście ubezpieczenia OC sprawcy, na tle pojęcia konsumenta usługi ubezpieczeniowej*, s. 127–151, a także M.P. Ziemiak, *Polemika ze stanowiskiem niektórych instytucji i urzędów w kwestii uprawnień poszkodowanego do najmu pojazdu zastępczego*, s. 183–188, [oba artykuły w:] E. Kowalewski, *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011.

V. Konkluzje

Podobnie jak ma to miejsce w przypadku refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego³⁸, także przy kompensacji ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie może być mowy o jakimkolwiek standardzie odszkodowawczym. Zgodnie z przywołaną już na wstępie zasadą „indywidualizacji odszkodowania cywilnoprawnego”³⁹, dopuszczalność takiego odszkodowania powinna być ustalana *ad casum*, czyli z uwzględnieniem wszystkich okoliczności oraz aspektów konkretnego przypadku i to tylko wówczas, gdy poszkodowany wybiera tzw. fakturową metodę likwidacji szkody.

Certain factual circumstances when compensation of merchantability loss is inadequate – Summary

The following paper presents certain factual circumstances when compensation of merchantability loss for the party injured in a road accident can be doubtful or unjustified.

At first the authors argue that there are no compensation standards when it comes to compensation of merchantability loss. Such standards are unfamiliar to Polish civil law (especially to its basic principles and axiology) as the rule of so called civil damages individualization should apply. This is followed by a detailed analysis on vehicle repair as a mean of compensation as well as merchantability loss in cases of estimated loss settlement (i.e. when the compensation is based on cost calculation) and invoice loss settlement (i.e. when the vehicle is repaired and the compensation amounts to the value indicated in a workshop invoice). The authors state that in case of estimated loss settlement merchantability loss simply does not exist, hence there is no claim aimed at its indemnification.

Then the authors introduce several factual circumstances of merchantability loss compensation inadequacy such as: the issues of damage vehicle age, its technical condition prior to the accident and so called trival damages, situation when the accident perpetrator is not under the insurance cover of civil liability or did not fulfill the obligation of insurance agreement conclusion; problems related with joint responsibility and the contribution of the injured party to damage formation, the problem of historic cars (old-timers) etc.

Finally, by reference to certain decisions of Office of Competition and Consumer Protection (UOKiK) and the Supreme Court judgment of November 17th, 2011 (III CZP 5/11) the authors strongly stress that the said compensation standards cannot be imposed upon insurers by means of consumer protection.

In conclusion the authors state that in many situations compensation of merchantability loss for the party injured in a road accident can be absolute unreasonable as each case should be examined individually.

38. Zob. uzasadnienie uchwały SN z dnia 17 listopada 2011 r. podjętej w sprawie III CZP 5/11.

39. Na zasadę tę powołuje się SN w cytowanej wielokrotnie uchwale z dnia 17 listopada 2011 r.; zob. też na ten temat L. Stecki, który pisze m.in. „Kompensacja szkód musi być (...) oceniana na tle konkretnych warunków”. L. Stecki, *op.cit.*, s. 235.

Literatura:

Bagińska E., Kowalewski E., Ziemiak M.P., *Poszkodowany w wypadku komunikacyjnym a pojęcie konsumenta z art. 22¹ kodeksu cywilnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 2/2012.

Czachórski W., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, oprac. A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, Warszawa 2004.

Fuchs D., Mogiński W.W., *Poszkodowany w wypadku drogowym w kontekście ubezpieczenia OC sprawcy, na tle pojęcia konsumenta usługi ubezpieczeniowej*, [w:] E. Kowalewski, *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)*, [w:] *Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. L. Ogiełto, W. Popiołek, M. Szpunar, Warszawa 2005.

Kowalewski E., *Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu po naprawie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 3/2011.

Kowalewski E., Nesterowicz M., *Glosa do uchwały SN z dnia 12 października 2001 r. III CZP 57/01*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2003.

Kowalewski E., Ziemiak M.P., *Stypizowane stany faktyczne, w których refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego nie jest adekwatna*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011.

Stecki L., *Zasada pełnej kompensacji szkody. Zagadnienia wybrane*, [w:] J. Błeszyński (red.), J. Rajski (red.), *Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985.

Szpunar A., *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1998.

The New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary, New York 1998.

Warkałto W., *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972.

Wąsiewicz A., *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz–Poznań 2001.

Ziemiak M.P., *Polemika ze stanowiskiem niektórych instytucji i urzędów w kwestii uprawnień poszkodowanego do najmu pojazdu zastępczego*, [w:] E. Kowalewski, *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011.

PROF. ZW. DR HAB. EUGENIUSZ KOWALEWSKI – Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego oraz Zakład Prawa Ubezpieczeniowego WPiA UMK w Toruniu.

MGR MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK – Zakład Prawa Ubezpieczeniowego WPiA UMK w Toruniu oraz Okręgowa Izba Radców Prawnych w Toruniu.

WŁADYSŁAW WOJCIECH MOGILSKI, MAŁGORZATA SERWACH

Ochrona ubezpieczeniowa wzajemnych roszczeń ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia OC

Przedmiotem opracowania jest analiza prawna sytuacji, gdy w ramach jednej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) ochroną ubezpieczeniową jest objęty nie tylko ubezpieczający, ale i inne podmioty (ubezpieczeni). Taka sytuacja rodzi problem ochrony ubezpieczeniowej tych podmiotów za szkody wyrządzone sobie nawzajem oraz szkody wyrządzone w relacji: ubezpieczający – ubezpieczeni. Zagadnienie to dodatkowo komplikuje ujęcie pozycji poszkodowanego w ubezpieczeniu OC, który według art. 822 §1 k.c. jest „osobą trzecią”, co na pierwszy rzut oka wyklucza ochronę roszczeń między ubezpieczonymi w jednej umowie ubezpieczenia OC.

W praktyce dla objęcia ochroną ubezpieczeniową roszczeń wzajemnych stosowane są klauzule będące polskimi odpowiednikami „cross liability clause”. Klauzule te mają zapewnić ubezpieczonym taką ochronę, „jakby dla każdego z nich była wystawiona oddzielna polisa” (fragment jednej z klauzul). Poruszana problematyka jest złożona, ale staramy się przedstawić ją w możliwie przystępnej formie, stąd liczne zestawienia i diagramy. Zależy nam, aby tekst miał walory poznawcze i dydaktyczne.

Wprowadzenie

Niniejsze opracowanie dotyczy podmiotowych aspektów umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC). Przedmiotem rozważań jest sytuacja, w której w ramach jednej umowy ubezpieczenia OC ochroną ubezpieczeniową są objęte – poza ubezpieczającym – inne jeszcze podmioty (ubezpieczeni). Problem dotyczy ochrony ubezpieczeniowej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonych sobie nawzajem oraz wyrządzone w relacjach: ubezpieczający – ubezpieczeni. Spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy takie szkody są objęte ochroną w ramach jednej umowy OC, biorąc pod uwagę pojęcie „osoby trzeciej” w ujęciu art. 822 §1 k.c.

Sytuacje, o jakich mowa, najczęściej występują w ubezpieczeniach budowlano-montażowych, gdy jedna polisa obejmuje odpowiedzialność cywilną wielu podmiotów. Innym

przykładem jest wspólne ubezpieczenie OC pracodawcy i pracowników lub ubezpieczenie OC wspólnoty mieszkaniowej i jej członków.¹

W praktyce, dla ochrony roszczeń wzajemnych między ubezpieczonymi w jednej umowie ubezpieczenia OC stosuje się klauzule umowne, stanowiące odpowiedniki „*cross liability clause*” i chociaż mają one różne nazwy,² ich treść jest podobna.

Problem ze stosowaniem tych klauzul wiąże się z wykładnią art. 822 §1 k.c., który na pierwszy rzut oka wyklucza ochronę roszczeń między ubezpieczonymi w jednej umowie ubezpieczenia OC, gdyż rozgranicza poszkodowaną osobę trzecią zarówno od ubezpieczającego, jak i od ubezpieczonego, a poza tym (naszym zdaniem, błędnie) określa relacje między tymi podmiotami za pomocą alternatywy („albo”).

Rozważania służące rozwiązaniu tego problemu będą prowadzone dwutorowo. Przede wszystkim zostanie podjęta próba określenia pozycji ubezpieczonego w strukturze umowy ubezpieczenia OC na cudzy rachunek. Odrębnym wątkiem będzie ustalenie treści pojęcia „*osoba trzecia*” w rozumieniu art. 822 §1 k.c. i wpływu tego pojęcia na zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC.

Aspekty podmiotowe umowy ubezpieczenia OC

1. Zgodnie z art. 822 §1 k.c. „przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony”.³ Przepis ten ukazuje istotną odrębność ubezpieczenia OC, w którym chodzi o ochronę ubezpieczającego przed roszczeniami osób przez niego poszkodowanych, a więc w grę wchodzi swoisty interes ubezpieczeniowy, związany z ryzykiem powiększenia pasywów.⁴

Jak podkreślił swego czasu Sąd Najwyższy, **istota ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** wyraża się tym, że „zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność ponosi ubezpieczający. Taka konstrukcja prawna chroni ubezpieczającego,

-
1. Zob. m.in. M. Jaworski, *Polisy dla właścicieli lokali*, „Gazeta Prawna” z 20 lutego 2008 roku.
 2. Np. klauzula ochrony odpowiedzialności cywilnej wzajemnej (PZU), klauzula odpowiedzialności wzajemnej (WARTA), klauzula odpowiedzialności za zobowiązania wzajemne (ERGO HESTIA, HDI, InterRisk).
 3. W brzmieniu wprowadzonym przez art. 1 ustawy z 13 kwietnia 2007 roku o zmianie ustawy kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 82, poz. 557). Na temat istoty ubezpieczenia OC zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Toruń 1981, s. 11 i n. M. Serwach, [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych, Komentarz*, Tom II, wyd. 2. LEX, Warszawa 2010, s. 305–329.
 4. Zob. E. Kowalewski, *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997, s. 72; A. Raczyński, *Przedmiot ubezpieczenia OC*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005, s. 138, M. Serwach, [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, red. Z. Brodecki i M. Serwach; Zakamycze 2005, s. 643 i n.

który wyrządził szkodę (...), chroni także osobę trzecią stwarzając gwarancję rzeczywistego uzyskania odszkodowania, należnego jej na podstawie przepisów prawa cywilnego” (z uzasadnienia wyroku SN z 5 maja 2003 r. II CKN 454/01).

2. Koniecznym elementem umowy ubezpieczenia są **strony**, czyli ubezpieczyciel i ubezpieczający (art. 805 k.c.). W niektórych sytuacjach pojawiają się również inne podmioty i pojęcie „strony” okazuje się niewystarczające. Zdaniem A. Wąsiewicza, „w stosunku prawnym ubezpieczenia powstałym z umowy ubezpieczenia występować może więcej podmiotów, które wszakże nie są stronami umowy”⁵.

W tej z pozoru lapidarnej wypowiedzi zostały sformułowane dwa ważne założenia konstrukcyjne, istotne dla dalszych rozważań:

- a) odróżnienie **umowy ubezpieczenia od prawnego stosunku ubezpieczenia**.⁶ Stosunek prawny oznacza sytuację, gdy „norma prawna ma dla dwóch lub więcej podmiotów takie znaczenie, że w określonych warunkach sytuacja prawna jednego podmiotu jest połączona w pewien sposób z sytuacją prawną innego podmiotu tego stosunku”⁷. W tym sensie, umowa ubezpieczenia (jako jednorazowy akt woli stron) tworzy jeden lub więcej prawnych stosunków ubezpieczenia, czyli stwarza więź zobowiązaniową pomiędzy podmiotami tych stosunków w określonym przedziale czasowym. Kwestia ta nie budzi kontrowersji,⁸ choć czasami różnice między tymi pojęciami bywają zacierane, a pojęcie „umowa ubezpieczenia” używa się także wówczas, gdy chodzi o „prawny stosunek ubezpieczenia”;
- b) odróżnienie **stron umowy ubezpieczenia od podmiotów prawnego stosunku ubezpieczenia**, istotne, gdy w grę wchodzi różne osoby. Aczkolwiek umowa ubezpieczenia jest zawierana między dwiema stronami, w prawnym stosunku (lub stosunkach) ubezpieczenia mogą wystąpić podmioty, które nie są stronami umowy. Kodeks cywilny osobę zawierającą z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia określa terminem „**ubezpieczający**”.⁹ Można przyjąć, że ubezpieczającym jest podmiot, który we własnym imieniu zawarł umowę ubezpieczenia i jest zobowiązany do zapłacenia składki ubezpieczeniowej.¹⁰ W ubezpieczeniach osobowych, a także we wszystkich ubezpieczeniach zawieranych na cudzy rachunek (art. 808 k.c.) występuje ponadto „**ubezpieczony**”, czyli podmiot ochrony ubezpieczeniowej, który nie jest stroną umowy ubezpieczenia. W umowie ubezpieczenia OC na cudzy rachunek ubezpieczony jest podmiotem stosunku prawnego, którego treścią jest ochrona ubezpieczeniowa. Innymi słowy, ubezpieczonym jest ten podmiot, którego odpowiedzialność cywilna jest przedmiotem ubezpieczenia.

5. Zob. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia i jej charakter prawny*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, tom I, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1994, s. 62.

6. Zdaniem Z. Radwańskiego (*Teoria umów*, Warszawa 1977, s. 63) „umowę jako rodzaj czynności prawnej należy odróżnić od stosunku prawnego, który ona kreuje i w koniecznym zakresie wyznacza jego treść”.

7. Zob. S. Grzybowski, *System prawa cywilnego, tom I. Część ogólna*, Ossolineum 1974, s. 184.

8. Por. m.in. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 25.

9. Art. 805 §1, 808 §1, 2 i 4, 809 §2, 811 §1, 814 §2, 815, 816 §1, 822, 824 §2, 826 §1–3, 827, 830 k.c.

10. Zob. m.in. L. Pokorzyński, *Prawa osób trzecich wobec ubezpieczyciela*, „*Studia Ubezpieczeniowe*” t. I, Warszawa–Poznań 1973, s. 78.

3. Z istoty ubezpieczenia OC wynika, że w stosunkach prawnych tego ubezpieczenia występuje jeszcze jeden podmiot, a mianowicie **poszkodowany**, który w świetle art. 822 §1 k.c. jest „osobą trzecią”. Kontrowersyjna jest kwestia, czy chodzi o osobę „trzecią” wobec stron umowy ubezpieczenia, czy także wobec innych podmiotów stosunków prawnych ubezpieczenia OC.¹¹ Do kwestii tej powrócimy w dalszej części.

Umowa ubezpieczenia OC na cudzy rachunek

1. Rozważamy sytuację, gdy ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wielu ubezpieczonych występujących wspólnie w jednej umowie ubezpieczenia OC. Nie ma komplikacji podmiotowych, gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia OC dla ochrony własnego interesu. Gdy jednak ubezpieczający we własnym imieniu zawiera umowę ubezpieczenia OC także lub wyłącznie dla ochrony interesów innych osób, osoby te (ubezpieczeni), nie będąc stronami umowy ubezpieczenia, stają się podmiotami ochrony ubezpieczeniowej w ramach stosunków prawnych powstałych na podstawie tej umowy. Niezależnie od szczególnego charakteru „umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek” (art. 808 k.c.), sytuację dodatkowo komplikują specyficzne uwarunkowania ubezpieczenia OC, dotyczące zwłaszcza przedmiotu ubezpieczenia, pojęcia wypadku, szkody i świadczeń, co czyni poruszaną materię szczególnie złożoną.

Do 10 sierpnia 2007 roku¹² w polskim prawie funkcjonowała instytucja „umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej”.¹³ Wobec mało klarownej regulacji prawnej była ona akceptowana bez zastrzeżeń w zasadzie jedynie w ubezpieczeniach osobowych.¹⁴ W ubezpieczeniach majątkowych umowa taka wzbudzała wątpliwości w świetle zasady odszkodowania, zgodnie z którą wierzytelność ubezpieczeniową mógł w sposób pierwotny nabyć jedynie poszkodowany i to do wysokości faktycznie poniesionej szkody. Zwracano uwagę, że ubezpieczenie majątkowe na rzecz osoby trzeciej powinno być utożsamiane z ubezpieczeniem cudzej wartości majątkowej, a nie z ogólną konstrukcją umowy na rzecz osoby trzeciej z art. 393 k.c.¹⁵ Stąd istotne znaczenia zmian kodeksu cywilnego w 2007 roku, wprowadzających „umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek” (art. 808 k.c.).¹⁶ Wg aktualnego brzmienia art. 808 §1 zd. 1 k.c. „Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek”. Kon-

11. Zob. **M. Serwach**, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenia OC* (rozdz. XIII) oraz *Postępowanie w sprawach roszczeń ubezpieczeniowych* (rozdz. X), [w:] E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta 2006, *passim*.

12. Data wejścia w życie ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 roku, o której mowa w przypisie nr 2.

13. Zob. szerzej **W. Mogilski**, *Umowa ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, pod red. A. Wąsiewiczza, t. I, Bydgoszcz 1994, s. 81 i n.

14. Chodziło o uprawnienie ubezpieczonego do wskazania osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci, zob. Z. Szymański, *Prawo ubezpieczeniowe*, Łódź 1978, s. 110; por. A. Wąsiewicz, Z.K. Nowakowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Warszawa–Poznań 1980, s. 285–286.

15. Zob. W. Mogilski, *op.cit.* s. 102–104.

16. Zob. szerzej M. Krajewski, *Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005, s. 70 i n.

struktura ta stanowi model uniwersalny dla wszystkich typów ubezpieczeń, a w ubezpieczeniach majątkowych jest uznawana za jedyną dopuszczalną formę umowy na rzecz osoby trzeciej.¹⁷ Oczywiście, dotyczy to również ubezpieczeń OC.

Na marginesie, stosowana terminologia nie powinna być myląca. Nie chodzi o to, kto pokrywa koszty ubezpieczenia, ale o to, czyj „interes” jest przedmiotem ochrony. W sensie kosztowym każda umowa jest zawierana „na rachunek” ubezpieczającego. Pojawiają się nawet sugestie, aby zamiast terminu „ubezpieczenie na cudzy rachunek”, używać terminu „ubezpieczenie w cudzym interesie”.

W zależności od przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej możemy wyróżnić trzy **warianty umowy ubezpieczenia OC**.

	przedmiot ochrony	wariant ubezpieczenia OC
A	wyłącznie OC ubezpieczającego	ubezpieczenie na własny rachunek
B	wyłącznie OC ubezpieczonego/ubezpieczonych	ubezpieczenie na cudzy rachunek
C	OC ubezpieczającego oraz OC ubezpieczonego/ubezpieczonych	ubezpieczenie „łączne”, na własny oraz na cudzy rachunek

W ramach niniejszego opracowania interesuje nas wyłącznie wariant C, w którym ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonych. W praktyce podmioty te są najczęściej określane jako „współubezpieczeni”, co jednak nie powinno sugerować istnienia między nimi jakiegś wspólnoty niebezpieczeństwa.¹⁸ Przeciwnie, z reguły każdy z ubezpieczonych ma odrębny interes, aby zabezpieczyć się przed ewentualnymi roszczeniami osób trzecich. Dlatego łącznego ubezpieczenia OC nie można porównywać z łącznym ubezpieczeniem mienia wielu podmiotów.

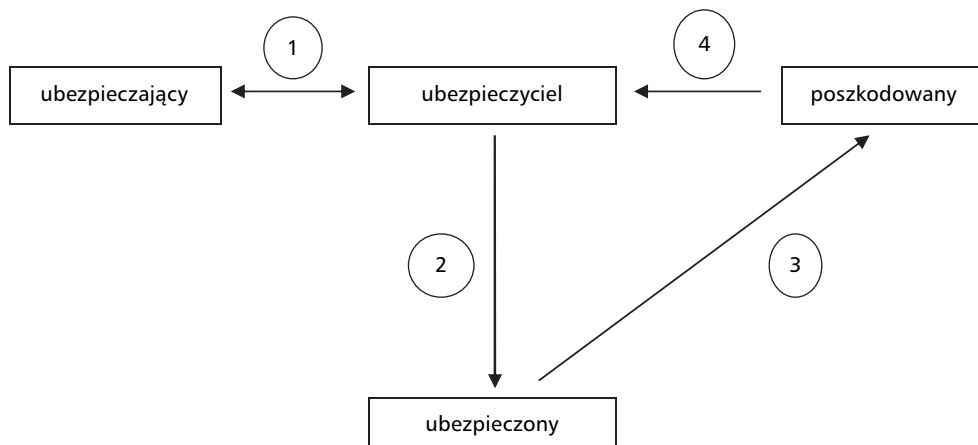
2. Analiza relacji podmiotowych w umowie ubezpieczenia OC na cudzy rachunek pozwala na postawienie tezy, że w sytuacji, gdy wielu ubezpieczonych jest objętych jedną umową ubezpieczenia OC, **każdy z ubezpieczonych jest podmiotem odrębnego stosunku prawnego**, którego treścią jest świadczenie ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczyciela. Innymi słowy, każdy z ubezpieczonych korzysta z ochrony ubezpieczeniowej w ramach odrębnego stosunku prawnego.

W wariantcie C podmiotem ochrony jest również ubezpieczający. W prostym ubezpieczeniu OC na cudzy rachunek ubezpieczający może być poszkodowanym (gdy szkodę wyrządzi mu ubezpieczony), natomiast w ubezpieczeniu „łącznym” może on też być sprawcą szkody. W uproszczeniu, stosunki prawne pomiędzy podmiotami umowy ubezpieczenia OC na cudzy rachunek można przedstawić w następujący sposób.

17. Zob. M. Orlicki, *Projektowane zmiany w regulacji materialnoprawnej umowy ubezpieczenia*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005, s. 28.

18. Wydaje się, że termin „współubezpieczony” powinien być stosowany tylko w łącznym ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w którym ubezpieczony występuje razem („współ”) z ubezpieczającym. Na marginesie, termin „współubezpieczony” niezbyt pasuje do umowy ubezpieczenia OC, ze względu na możliwą konkurencyjność pomiędzy ubezpieczonymi w zakresie sprawstwa i odpowiedzialności. Nie ma natomiast przeszkód, aby podmioty, które wspólnie zawierają umowę ubezpieczenia, nazywać „współubezpieczającymi”.

Diagram nr 1. Stosunki prawne w ubezpieczeniu OC na cudzy rachunek



gdzie:

- ① – umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek [ubezpieczający = strona umowy]
- ② – prawny stosunek ubezpieczenia [ubezpieczony = podmiot ochrony ubezpieczeniowej]
- ③ – wypadek ubezpieczeniowy – OC za wyrządzoną szkodę [osoba trzecia = poszkodowany]
- ④ – bezpośrednie roszczenie poszkodowanego do ubezpieczyciela.

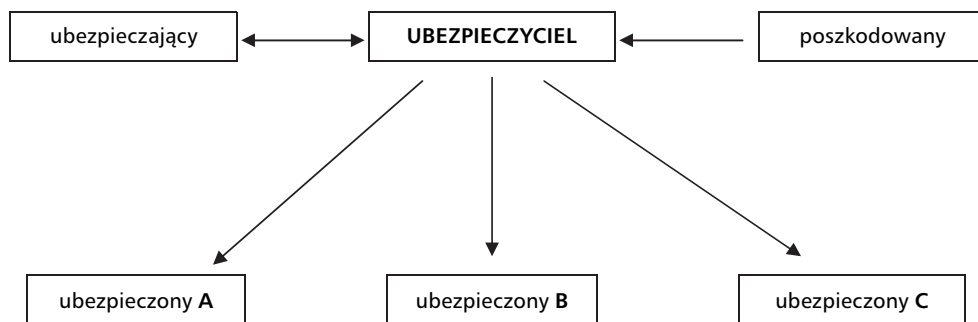
Przedstawiony diagram można uzupełnić krótkim komentarzem:

- a) diagram ukazuje tylko „pojedyncze” ubezpieczenie OC na cudzy rachunek, podczas gdy w jednej umowie ubezpieczenia OC może wystąpić wielu ubezpieczonych, co znacznie zwiększa liczbę możliwych relacji między nimi (zob. diagram nr 2),
- b) ubezpieczający, który ubezpiecza własną odpowiedzialność cywilną, występuje w pozycji ubezpieczonego, czyli podmiotu ochrony ubezpieczeniowej,
- c) każdego z ubezpieczonych łączy z ubezpieczycielem odrębny stosunek prawny, którego treścią jest ochrona z tytułu szkód wyrządzonych „osobie trzeciej”, a więc osobę tę należy odnosić do podmiotów tego konkretnego stosunku prawnego,¹⁹
- d) wyodrębnienie poszczególnych prawnych stosunków ubezpieczenia pozwala na wyjaśnienie szeregu pozornych sprzeczności, a w szczególności, że ubezpieczony w jednym stosunku prawnym – może być poszkodowanym w innym stosunku prawnym, jeżeli sprawcą szkody jest ubezpieczony w tym drugim stosunku prawnym (analogiczne są relacje między ubezpieczającym a ubezpieczonymi).

Bardziej złożone są relacje podmiotowe w zakresie sprawstwa i odpowiedzialności w umowie ubezpieczenia OC na cudzy rachunek obejmującej **wiele podmiotów**.

19. Taka konstrukcja ma szczególne znaczenie w ubezpieczeniach grupowych zawieranych na cudzy rachunek, zob. W. Mogiński, *Ubezpieczenia grupowe w kontekście regulacji prawnej*, [w:] *Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych*, red. E. Kowalewski, Toruń 2010, s. 65 i n.

Diagram nr 2. Stosunki prawne w umowie ubezpieczenia OC na rachunek wielu podmiotów



Możliwe relacje podmiotowe na linii „sprawca szkody – poszkodowany”

Lp.	sprawca szkody	poszkodowany
1.	ubezpieczający	poszkodowany
2.	ubezpieczający	ubezpieczony A
3.	ubezpieczający	ubezpieczony B
4.	ubezpieczający	ubezpieczony C
5.	ubezpieczony A	poszkodowany
6.	ubezpieczony A	ubezpieczający
7.	ubezpieczony A	ubezpieczony B
8.	ubezpieczony A	ubezpieczony C
9.	ubezpieczony B	poszkodowany
10.	ubezpieczony B	ubezpieczający
11.	ubezpieczony B	ubezpieczony A
12.	ubezpieczony B	ubezpieczony C
13.	ubezpieczony C	poszkodowany
14.	ubezpieczony C	ubezpieczający
15.	ubezpieczony C	ubezpieczony A
16.	ubezpieczony C	ubezpieczony B

Jak widać, w „łącznym” ubezpieczeniu OC (na własny oraz na cudzy rachunek) **ubezpieczający**, będący oprócz ubezpieczonych podmiotem ochrony ubezpieczeniowej, może być zarówno **sprawcą** szkody (wyrządzonej osobie spoza podmiotów umowy ubezpieczenia, bądź któremuś z ubezpieczonych), jak i **poszkodowanym** (przez któregoś z ubezpieczonych w tej umowie).

Pozycja prawna osoby trzeciej w umowie ubezpieczenia OC

1. Z treści art. 822 §1 k.c. wynika, że zakresem ochrony są objęte szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność cywilną ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Przepis ten wskazuje, że wystąpienie obu tych przesłanek decyduje o powstaniu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Do niedawna główną płaszczyzną sporów między stronami umowy ubezpieczenia OC było ustalenie, czy w konkretnym przypadku ubezpieczający

ponosi odpowiedzialność za powstałą szkodę, tj. czy wystąpiły przesłanki odpowiedzialności cywilnej (szkoda, związek przyczynowy, ewentualnie wina) i nie zachodzi żadna z okoliczności wyłączających, na którą można by się powołać, aby uniknąć odpowiedzialności.

Wydaje się, że obecnie **podstawowe znaczenie ma określenie osoby trzeciej**. Nawet w przypadku, gdy szkoda zostanie wyrządzona przez ubezpieczającego (ubezpieczonego), ale poszkodowany nie ma przymiotu „osoby trzeciej”, ubezpieczyciel będzie wolny od odpowiedzialności. Ustalenie znaczenia pojęcia „osoba trzecia” odgrywa ważną rolę przede wszystkim dla ubezpieczającego, który już w chwili zawierania umowy ubezpieczenia OC musi zdawać sobie sprawę, w jakim zakresie została mu udzielona ochrona. Gorzej, gdy świadomość tę uzyskuje dopiero w razie odmowy przez ubezpieczyciela wypłaty świadczenia lub dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego. Skutkiem nieprawidłowego ustalenia zakresu podmiotowego ubezpieczenia OC lub błędnego pojmowania terminu „osoba trzecia” może być też brak ochrony ubezpieczeniowej i konieczność osobistego poniesienia materialnych następstw wyrządzonej szkody.

2. Mimo dużej wagi praktycznej, kwestia określenia osoby trzeciej nie spotkała się do tychczas z większym zainteresowaniem doktryny.²⁰ Tymczasem ustalenie zakresu pojęcia „osoba trzecia” w ubezpieczeniu OC wymaga uwzględnienia wielu konstrukcji prawnych, powiązań własnościowych, jak np. współposiadanie przedmiotu, który wyrządza szkodę, lub podmiotowych, np. łączenie w jednym podmiocie przymiotu osoby poszkodowanej i osoby odpowiedzialnej za szkodę, wykluczająca ją z kręgu osób trzecich (tzw. konfuzja). Celowe wydaje się sięgnięcie do dziedziny ubezpieczeń obowiązkowych, gdzie bogate orzecznictwo pozwala lepiej zrozumieć powiązania między ubezpieczonymi w umowie ubezpieczenia OC.

3. Problematyka „osoby trzeciej” na gruncie ubezpieczeń obowiązkowych pojawiła się po raz pierwszy w związku z odpowiedzialnością współmałżonków lub jednego z nich wobec drugiego za szkodę wyrządzoną przez ruch pojazdu. Mimo iż obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest najpopularniejszym rodzajem ubezpieczenia OC, ubezpieczyciele stosowali różne interpretacje analogicznych stanów faktycznych. Z drugiej strony, powiązanie majątkowe między małżonkami w postaci wspólności ustawowej jest najczęściej występującym „ustrojem” majątkowym małżeńskim. Ze względu na uniwersalność niektórych argumentów zgłaszanych w judykaturze kwestia ta wymaga krótkiego przypomnienia. Pozwoli ona lepiej zrozumieć pozycję „osoby trzeciej” w ubezpieczeniu OC oraz możliwe powiązania pomiędzy poszczególnymi osobami współubezpieczonymi lub współodpowiedzialnymi.

4. Początkowo zgodnie uznawano, że małżonek sprawcy szkody nie jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. Stanowisko takie wyraził po raz pierwszy Sąd Najwyższy w wyroku z 29.11.1996 r., w którym ocenił skutki prawne kolizji dwóch pojazdów wchodzących w skład wspólności ustawowej małżeńskiej. Kolizję spowodował mąż, który kierował jednym pojaz-

20. Zob. m.in. *Komentarz do kodeksu cywilnego, Księga trzecia – zobowiązania*, t. II, red. G. Bieniek, Warszawa 2003, s. 582; M. Orlicki, [w:] *System Prawa Prywatnego, Prawo zobowiązań – część szczególna*, t. VIII, red. Z. Radwański, Warszawa 2004, s. 701; M. Krajewski, *Relacje sprawcy i poszkodowanego a ubezpieczenie OC (osoba trzecia w ubezpieczeniu OC)*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2006, nr 10 i 11. W najnowszej literaturze problem podjął szerzej M. Krajewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa 2011, s. 128 i n.

dem, szkoda zaś polegała na uszkodzeniu drugiego pojazdu.²¹ Zdaniem sądu, pojęcie osoby trzeciej z art. 822 k.c. nie może obejmować małżonka sprawcy szkody, jeśli zarówno pojazd, którym kierował sprawca, jak i pojazd uszkodzony stanowiły majątek wspólny. W orzeczeniu z 26.07.2001 r. Sąd Najwyższy uznał, że małżonek osoby odpowiedzialnej za szkodę jest osobą trzecią w rozumieniu wskazanego przepisu i przyznał zadośćuczynienie za krzywdę, jakiej doznała żona w wypadku komunikacyjnym spowodowanym przez męża, który kierując pojazdem stanowiącym własność drugiej osoby, zderzył się z innym pojazdem. W tym wypadku pojazd należał do osoby trzeciej, a powstała szkoda miała charakter szkody na osobie.

Odmienne zapatrywanie wyraził Sąd Najwyższy w odniesieniu do spółki cywilnej na tle następującego stanu faktycznego: wspólnik spółki cywilnej, kierując pojazdem wchodzącym w skład majątku spółki, uderzył w samochód stanowiący wyłączną własność drugiego współnika. Sąd uznał, że poszkodowany wspólnik nie jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c., gdyż jest zarówno posiadaczem uszkodzonego pojazdu, jak i posiadaczem pojazdu, którym szkoda została wyrządzona, czyli łączy w sobie przymioty osoby odpowiedzialnej za powstanie szkody i osoby poszkodowanej. W uchwale z 28.02.2006 r. Sąd Najwyższy uznał jednak, że członek wspólnoty mieszkaniowej jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. w sytuacji, w której za poniesioną przez niego szkodę odpowiada wspólnota z tytułu nienależnego wykonania zarządu nad nieruchomością wspólną.²² Odrębność podmiotowa wspólnoty mieszkaniowej sprzeciwia się bowiem utożsamianiu jej działań lub zaniechań z działaniami lub zaniechaniami właścicieli lokali tworzących tę wspólnotę.

Kolejny głos w dyskusji stanowi pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5.09.2003 r.,²³ że bliskie stosunki rodzinne pomiędzy sprawcą szkody a poszkodowanym nie są wystarczającą podstawą do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Szczególny kontekst tej sytuacji polegał na tym, że w wypadku zawnionym przez ojca zginęli oboje rodzice, a z roszczeniem odszkodowawczym wystąpiły dzieci. Przeciwnie zapatrywanie wyraził już jednak Sąd Najwyższy w wyroku z 15.04.2004 r., oceniając skutki wypadku samochodowego, w którym poszkodowana została pasażerka – żona, kierującym był mąż, pojazd stanowił przedmiot wspólności majątkowej małżeńskiej, a szkoda miała charakter szkody na osobie. Skoro oboje małżonkowie są współposiadaczami pojazdu, powódka nie jest zdaniem Sądu osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. Do analogicznych wniosków doszedł Sąd Najwyższy w wyroku składu 7 sędziów z 12.01.2006 r.,²⁴ podkreślając, że poszkodowany współmałżonek nie jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. niezależnie od tego, czy chodzi o szkodę na osobie, czy na mieniu. Jeśli jest on współposiadaczem pojazdu, którym została wyrządzona szkoda, także jego odpowiedzialność objęta jest ubezpieczeniem OC. Zdaniem

21. II CZP 118/96, OSN 1997, nr 3, poz. 26.

22. Uchwała SN z 28.02.2006 r. III CZP 5/06; szkoda, będąca następstwem zaniedbań wspólnoty mieszkaniowej przy wykonywaniu zarządu nieruchomością wspólną, polegała na uszkodzeniu pojazdu należącego do członka wspólnoty.

23. II KKN, LEX nr 198425. W tym przypadku posiadacz pojazdu, którym szkoda została wyrządzona, był współposiadaczem pojazdu, w którym szkoda została wyrządzona. Zob. art. 38 pkt 1 ustawy z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.), (dalej w skrócie: u.ub.ob.).

24. III CZP 81/05, LEX nr 175461.

Sądu Najwyższego, do odpowiedzialności ubezpieczyciela nie dochodzi tylko wówczas, gdy: 1) za szkodę ponosi odpowiedzialność jedynie posiadacz, 2) szkodę wyrządził posiadacz współposiadaczowi (konfuzja), 3) szkoda powstała w majątku wspólnym, 4) szkoda została wyrządzona przez posiadacza zależnego właścicielowi pojazdu.

Swoistym podsumowaniem zmiennego, jak widać, orzecznictwa jest wyrok SN z 7.02.2008 r., w którym Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że zakład ubezpieczeń odpowiada z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkodę na osobie wyrządzoną przez kierowcę jego posiadaczowi (współposiadaczowi).²⁵ Wyrok ten odwołuje się do art. 38 pkt 1 u.ub.ob. z 22 maja 2003 r., który wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody w mieniu wyrządzone przez kierowcę posiadaczowi pojazdu. Nie ma wątpliwości, że w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów kierowca (kierujący) ma status ubezpieczonego, tzn. jest podmiotem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC (art. 35 u.ub.ob.).²⁶ Jednak na podstawie art. 38 pkt 1 u.ub.ob. duża część roszczeń odszkodowawczych między ubezpieczającym a ubezpieczonym została wyłączona z zakresu ubezpieczenia OC.

Analogiczne rozwiązania zostały przyjęte w obowiązkowym ubezpieczeniu OC rolników.²⁷ Zgodnie z art. 50 u.ub.ob. krąg osób ubezpieczonych obejmuje: 1) rolnika, 2) osoby pozostające z nim w gospodarstwie domowym, 3) osoby pracujące w gospodarstwie rolnym. Przedmiotem ochrony jest OC tych osób za szkody w mieniu lub na osobie, wyrządzone w związku z posiadaniem przez rolnika gospodarstwa rolnego. Również w tym ubezpieczeniu ustawodawca wprowadził istotne wyłączenia roszczeń wzajemnych. Na podstawie art. 53 pkt 1 u.ub.ob. zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody w mieniu wyrządzone rolnikowi przez pozostałych ubezpieczonych ani za szkody w mieniu wyrządzone przez rolnika osobom wymienionym wyżej w pkt 2 i 3.

5. Analiza rozwiązań ustawowych w obowiązkowych ubezpieczeniach OC daje cenne wskazówki dla wykładni uregulowań w ubezpieczeniach dobrowolnych. Co prawda, przepisy u.ub.ob. z 2003 r. stanowią *lex specialis* wobec przepisów kodeksu cywilnego, ale opisują ogólne ramy konstrukcyjne ubezpieczenia OC i pozwalają na wnioski o charakterze uniwersalnym. Gdy chodzi o zakres ubezpieczenia OC można przyjąć, że gdyby nie konkretne wyłączenia przewidziane w ustawie, ubezpieczyciel ponosiłby odpowiedzialność także w wyłączonych przypadkach. Z przytoczonych wyżej przepisów wynika, że w obowiązkowych ubezpieczeniach OC ustawa wyłącza niektóre przypadki odpowiedzialności ubezpieczonego wobec ubezpieczającego lub innego ubezpieczonego.

25. III CZP 146/06, „Prawo Asekuracyjne” 2007, nr 3, s. 81–82.

26. Omawiane przepisy u.ub.ob. stanowią co następuje: Art. 35. „Ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta **odpowiedzialność cywilna każdej osoby**, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu”. Art. 38. „Zakład ubezpieczeń **nie odpowiada za szkody**: 1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona (...)”, podkr. autorów.

27. Por. M. Serwach, *Podmiotowy, przedmiotowy i czasowy zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach OC rolników*, „Prawo Asekuracyjne” 2005, nr 2, s. 39 i n.

Wniosek ten pozwala na sformułowanie tezy, iż **szkody wyrządzone przez ubezpieczonego ubezpieczającego lub innemu ubezpieczonemu, co do zasady są objęte zakresem ochrony w ubezpieczeniu OC**. W przeciwnym razie nie byłoby potrzeby ich wyłączenia wyrażnymi przepisami ustawy. Teza ta ma charakter ogólny i odnosi się do wszystkich umów ubezpieczenia OC, nie tylko obowiązkowych. W wielu dobrowolnych ubezpieczeniach OC są bowiem stosowane analogiczne wyłączenia,²⁸ chociaż nie jest to powszechne, gdyż nie dotyczy wszystkich ubezpieczeń OC.

6. Na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego wyłania się szereg kwestii dotyczących pojęcia osoby trzeciej w ubezpieczeniu OC. Chodzi w szczególności o:

- problem wyłączenia szkód wyrządzonych „sobie samemu”, gdy podmiot łączy w sobie przymioty osoby poszkodowanej i osoby odpowiedzialnej za szkodę (konfuzja),
- problem współposiadania przedmiotu wyrządzającego szkodę w wielu przypadkach, które nie były dotąd przedmiotem orzeczeń Sądu Najwyższego. Przykładowo, można wskazać na odpowiedzialność osób zajmujących pomieszczenie (art. 433 k.c.), na odpowiedzialność za zawalenie się budowli (art. 434 k.c.) czy sytuację o największej chyba doniosłości prawnej, kiedy więcej niż jedna osoba prowadzi przedsiębiorstwo lub zakład wprawiane w ruch za pomocą sił przyrody (art. 435 k.c.). Jak wiadomo, podmioty te odpowiadają **solidarnie** w stosunku do osób trzecich za wyrządzone im szkody. Nie ma jednak pewności, czy szkody wyrządzone przez jednego ze współników drugiemu są poza zakresem ochrony, czy może pozostali zobowiązani mają obowiązek ich naprawienia? Kwestie te nie były dotychczas przedmiotem szerszego zainteresowania doktryny.
- problem ubezpieczeń OC zawieranych dla ochrony kilku ubezpieczonych, niepowiązanych ze sobą majątkowo, gdy prawo nie wprowadza ich wspólnej odpowiedzialności (solidarnej lub *in solidum*) albo przewiduje ją tylko w pewnych przypadkach (np. odpowiedzialność jednostki projektowania i wykonawcy). Z takimi przypadkami mamy do czynienia głównie w ubezpieczeniach OC w procesie inwestycyjnym oraz w ubezpieczeniach OC pracodawców.

Z powołanego katalogu potencjalnych sytuacji wynika, jak skomplikowane mogą być układy podmiotowe w umowach ubezpieczenia OC na cudzy rachunek, gdy oprócz ubezpieczającego występuje jeden lub kilku ubezpieczonych. Jak podkreślał Sąd Najwyższy w kilku orzeczeniach, ubezpieczonym w umowie ubezpieczenia OC jest sam ubezpieczający lub wskazana przez niego osoba odpowiedzialna za wyrządzenie szkody osobie trzeciej. Należy zauważyć, że status współubezpieczonych mogą mieć osoby niewskazane przez ubezpieczającego przy zawieraniu umowy i niewymienione w polisie. Przykładem jest kierujący pojazdem w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów oraz osoba pracująca w gospodarstwie rolnym w obowiązkowym ubezpieczeniu OC rolników, którzy zyskują ten status z mocy ustawy. W każdym razie nie ma wątpliwości, że konstrukcja umowy ubezpieczenia OC nie pozwala na uznanie za ubezpieczonego poszkodowanej osoby trzeciej. Co prawda, Sąd

28. Np. zgodnie z §15 pkt. 3 OWU budowy/montażu od wszystkich ryzyk z 15.12.1999 r. WARTA SA nie ponosi odpowiedzialności za „szkody powodujące roszczenia odszkodowawcze **pomiędzy osobami** biorącymi udział w wykonaniu robót budowlano-montażowych”. Podobnie §7, ust. 3 pkt. 2 OWU OC PZU SA z 28.06.2007 r. przewiduje, że „ochroną ubezpieczeniową nie są objęte **szkody wyrządzone przez jednego ubezpieczonego innemu ubezpieczonemu, objęte jedną umową ubezpieczenia**”.

Najwyższy nie wykluczył możliwości zawarcia umowy z takim skutkiem, tyle tylko, że podstawę takiej umowy stanowiłby art. 808 k.c.²⁹

Relacje między podmiotami umowy ubezpieczenia OC w świetle pojęcia „osoby trzeciej”

Szersze rozważania musimy poświęcić kwestii, czy w ramach jednej umowy ubezpieczenia OC ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody: 1) wyrządzone przez ubezpieczonego ubezpieczającemu, 2) wyrządzone przez ubezpieczającego ubezpieczonemu, 3) wyrządzone przez jednego ubezpieczonego innemu ubezpieczonemu. Pozwoli to odpowiedzieć na pytanie, czy klauzule dotyczące „odpowiedzialności wzajemnej” są rzeczywiście potrzebne. Dla wyjaśnienia tej kwestii trzeba ustalić relacje między tymi podmiotami w zakresie sprawstwa i odpowiedzialności, w świetle interpretacji pojęcia „osoba trzecia” dopuszczalnych na tle k.c. Konieczność zdefiniowania osoby trzeciej wynika zresztą z samej istoty ubezpieczenia OC (art. 822 k.c.).

Wydaje się, że dla rozwiązania tego problemu łatwiej jest wskazać, **kto nie jest osobą trzecią** w konkretnym stosunku ubezpieczenia OC. Możliwe są różne warianty.

Osobą trzecią w prawnym stosunku ubezpieczenia OC nie jest:	
wariant (a)	ubezpieczyciel ani ubezpieczający (strony umowy ubezpieczenia)
wariant (b)	ubezpieczyciel, ubezpieczający ani ubezpieczony
wariant (c)	ubezpieczyciel oraz ten ubezpieczony, który w konkretnym stosunku prawnym odpowiada za powstałą szkodę

Przedstawione warianty spróbujemy poddać głębszej analizie.

Wariant (a) = osobą trzecią nie jest ubezpieczyciel ani ubezpieczający

Taka wykładnia, historycznie najstarsza, pozwoliłaby objąć zakresem ochrony szkody wyrządzone przez ubezpieczonego innemu ubezpieczonemu, ale znacznie pogarszałaby sytuację ubezpieczającego, który w razie szkody wyrządzonej mu przez jednego z ubezpieczonych byłby pozbawiony możliwości dochodzenia świadczenia. Przeciw takiemu ujęciu przemawiają wcześniejsze wnioski dotyczące wyłączeń w obowiązkowych ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów oraz OC rolników, w których tego rodzaju szkody są objęte zakresem ochrony, o ile mają charakter szkód na osobie.

W wyroku z 17.10.2003 r. Sąd Najwyższy stwierdza, że art. 822 k.c. nie ogranicza zakresu osób uprawnionych do otrzymania zapłaty od ubezpieczyciela do osób trzecich, z pominięciem ubezpieczającego.³⁰ Przepis ten nie określa wprost podmiotu, na rzecz którego ubezpieczyciel ma dokonać zapłaty, a jedynie wiąże obowiązek zapłaty z faktem wyrządzenia szkody

29. Taki pogląd wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10.01.2002 r., II CKN 353/99.

30. Wyrok SN z 17.10.2003 r., IV CK 116/02, niepublikowany.

„osobie trzeciej”. Przyjęcie tej interpretacji prowadziłoby do konieczności zawarcia przez ubezpieczającego dodatkowej umowy ubezpieczenia „na własny rachunek”, w przeciwnym razie, szkoda wyrządzona mu przez ubezpieczonego nie podlegałaby pokryciu.

Wariant (b) = osobą trzecią nie jest ubezpieczyciel, ubezpieczający ani ubezpieczony

W tym przypadku, poza zakresem ochrony pozostałyby szkody wyrządzone ubezpieczonemu przez innego ubezpieczonego lub przez ubezpieczającego (jeżeli jest on objęty ochroną). Podobnie jak w wariantcie (a), ubezpieczający byłby zmuszony zawrzeć odrębną umowę ubezpieczenia OC na swój rachunek. Jest to najwęższe ujęcie „osoby trzeciej”, a jednocześnie najmniej korzystne dla ubezpieczającego. Zakłada ono, że poza zakresem ochrony pozostają wszystkie osoby powiązane z umową ubezpieczenia OC jako jej strony lub współubezpieczeni. Naszym zdaniem, taka interpretacja zmuszałaby ubezpieczającego do zawierania wielu umów, każdej na rachunek innego ubezpieczonego, a w końcu jednej z nich na swój rachunek. Wadą tej interpretacji jest zacieranie rozróżnienia pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia OC a podmiotami prawnego stosunku ubezpieczenia, o czym już była mowa.

Wariant (c) = osobą trzecią nie jest ubezpieczyciel ani ten ubezpieczony, który w konkretnym stosunku prawnym odpowiada za szkodę

W tym wariantcie zakres ochrony z ubezpieczenia OC (poza przypadkiem konfuzji) obejmuje wszelkie szkody pomiędzy ubezpieczonymi oraz szkody w relacji: ubezpieczający – ubezpieczeni. Takie ujęcie odpowiada zaprezentowanej koncepcji oceniania „osoby trzeciej” w kontekście poszczególnego stosunku prawnego ubezpieczenia i z punktu widzenia konkretnego ubezpieczonego, niezależnie od tego, że został on ujęty we wspólnej polisie jako „współubezpieczony”. W takim ujęciu każdy ubezpieczony ma zapewnioną taką pozycję, jakby posiadał indywidualną polisę OC. Pamiętajmy, że ubezpieczenie OC, służąc ochronie sprawcy szkody, musi brać pod uwagę także interes poszkodowanego.

Spośród powyższych wariantów tylko **wariant (c)** odpowiada konstrukcji wielu stosunków prawnych w ramach jednej umowy ubezpieczenia OC. Oczywiście, na zasadzie swobody umów (art. 353¹ k.c.) ubezpieczyciele w OWU mogą wyłączyć określone kategorie szkód z zakresu ochrony. Skoro ustawodawca dokonał wyłączeń odpowiedzialności w najważniejszych obowiązkowych ubezpieczeniach OC (art. 38 oraz art. 53 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych), nie ma przeszkód, aby strony nie mogły dokonywać podobnych ograniczeń, zawierając umowy ubezpieczeń OC dobrowolnych.

W literaturze ubezpieczeniowej spotykamy podobne sposoby interpretowania terminu „osoba trzecia” z art. 822 §1 k.c. Według jednego z ujęć, za osobą trzecią uznaje się osobę stojącą poza umową i stosunkiem ubezpieczenia.³¹ W innym ujęciu osoba trzecia to każda osoba, wobec której ubezpieczony ponosi odpowiedzialność,³² w tym również osoba

31. Zob. S. Reps, *Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone przez posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym osobom bliskim*, „Prawo Asekuracyjne” 2004, nr 3, s. 61; A. Szpunar, Glosa do orzeczenia SN z 30.1.–5.2.1963 r. IIICR 111/62, OSPIKA 1964, nr 3, s. 134.

32. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do uchwały z 19.1.2007 r. IIICZP 146/06 (nie publ.), „osobą trzecią jest podmiot, któremu przysługuje względem ubezpieczonego roszczenie o naprawienie szkody”.

„współobjęta” tym samym ubezpieczeniem.³³ Taka interpretacja w zasadzie odpowiada poglądom prezentowanym w dotychczasowych wywodach.

Podsumowanie

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy zacząć od tego, że objęcie jedną umową ubezpieczenia nie tylko OC ubezpieczającego, ale także OC innych podmiotów oznacza **połączenie ubezpieczenia na własny rachunek z ubezpieczeniem na cudzy rachunek**. W rezultacie, obok ubezpieczającego pojawiają się ubezpieczeni, którzy nie będąc stronami umowy ubezpieczenia, są podmiotami ochrony ubezpieczeniowej, gdyż to ich odpowiedzialność cywilna jest przedmiotem tej umowy.

Jak staraliśmy się wykazać, w takiej sytuacji **jedna umowa ubezpieczenia OC kreuje szereg prawnych stosunków ubezpieczenia**, a w każdym z nich występuje podmiot ochrony ubezpieczeniowej. Należy zastrzec, iż podmiotem ochrony nie może być „osoba trzecia” z art. 822 §1 k.c., gdyż niezależnie od przyznanych jej uprawnień (art. 822 §4 k.c.) pozostaje ona poza kręgiem podmiotów umowy ubezpieczenia.

Jak wiadomo, warunkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w ubezpieczeniu OC jest wyrządzenie szkody przez ubezpieczającego (ubezpieczonego) osobie trzeciej. W definiowaniu „osoby trzeciej” możliwe są różne ujęcia, czego dowodzi zmienne orzecznictwo sądowe. Okazuje się, że **w pewnych sytuacjach ubezpieczony**, który w jednym stosunku prawnym występuje jako sprawca szkody, **może okazać się poszkodowanym**, gdy dozna szkody wyrządzonej mu przez osobę będącą ubezpieczonym w innym stosunku prawnym, a oba te stosunki są objęte jedną umową ubezpieczenia OC.

Sprzeczność w treści art. 822 §1 k.c., wykluczająca możliwość uznania ubezpieczonego za „osobę trzecią”, da się wyjaśnić za pomocą wykładni językowej i celowościowej. Błędne są poglądy, iż „współubezpieczony” staje się stroną umowy ubezpieczenia OC i wobec tego nie może być osobą trzecią wobec stron umowy. Prawidłowa wykładnia nakazuje odnosić termin „osoba trzecia” do poszczególnego stosunku ubezpieczenia OC. Naszym zdaniem, **za „osobę trzecią” w świetle art. 822 §1 k.c. należy uznać każdą osobę, z wyjątkiem ubezpieczyciela oraz tego ubezpieczonego, który w danym stosunku ubezpieczenia OC odpowiada za wyrządzoną szkodę**. Na marginesie, poddajemy pod rozważę usunięcie z art. 822 §1 k.c. terminu „osoba trzecia”, który rodzi wspomniane kontrowersje. Proponujemy też zamianę spójnika z „albo” na „lub”, gdyż ten pierwszy bezzasadnie wyklucza wspólną odpowiedzialność za szkodę ubezpieczającego i ubezpieczonego.³⁴

Gdy chodzi o **celowość stosowania klauzul „odpowiedzialności wzajemnej”** (w skrócie „OW”), zależy ona od zapisów OWU. Klauzule OW są **potrzebne**, jeżeli szkody wyrządzone sobie nawzajem przez podmioty stosunków prawnych ubezpieczenia OC (ubezpieczającego

33. Zob. J. Pokrzywniak, [w:] M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz–Poznań 2007, s. 89; por. A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 77 i n.

34. Ustawodawca miał zapewne na myśli jedynie odpowiedzialność cywilną deliktową, gdyż w OC kontraktowej trudno traktować poszkodowanego jak „osobę trzecią”.

lub ubezpieczonych) są w OWU wyłączone spod ochrony. Chodzi zarówno o wyłączenia podmiotowe, jak i przedmiotowe (np. szkody na osobie lub określone szkody rzeczowe). W takich przypadkach zastosowanie klauzuli OW pozwala rozszerzyć ochronę ubezpieczeniową na szkody standardowo wyłączone (zgodnie z zasadą pierwszeństwa klauzuli przed OWU). Natomiast klauzule OW są **zbędne**, jeżeli OWU OC nie przewidują wyłączeń szkód z zakresu *cross liability*.

Reasumując uznajemy, iż wzajemne roszczenia odszkodowawcze pomiędzy ubezpieczonymi w jednej umowie ubezpieczenia OC, w tym również roszczenia w relacji: ubezpieczający – ubezpieczony, są objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tejże umowy. Przemawiają za tym względy systemowe, funkcjonowanie wielu stosunków prawnych w ramach jednej umowy ubezpieczenia OC, a także wykładnia pojęcia „osoby trzeciej” z art. 822 §1 k.c. Stosowane wyłączenia, jako wyjątki, potwierdzają powyższą zasadę.

Z satysfakcją stwierdzamy, że analogiczne są wnioski autora monografii na temat umowy ubezpieczenia OC, wydanej już po ukończeniu niniejszego artykułu. Autor również nie ogranicza terminu „osoba trzecia” do stron oraz podmiotów stosunku ubezpieczenia OC, gdyż „prowadziłoby to do sytuacji, w której w razie objęcia większej ilości osób, ich sytuacja byłaby gorsza, niż gdyby w stosunku do każdego z nich zawarto osobną umowę”.³⁵ Jego zdaniem, osoba trzecia to inny podmiot, niż zakład ubezpieczeń i ubezpieczony odpowiedzialny w konkretnym wypadku za wyrządzoną szkodę. Niekoniecznie musi to być podmiot pozostający poza kręgiem obejmującym strony umowy ubezpieczenia OC oraz osoby, na których rachunek umowa została zawarta.³⁶ Jest to pogląd zgodny ze stanowiskiem prezentowanym w niniejszym opracowaniu.

Bibliografia

Literatura

- Grzybowski S., [w:] *System prawa cywilnego, tom I. Część ogólna*, Ossolineum 1974,
- Jaworski M., *Polisy dla właścicieli lokali*, „Gazeta Prawna” z 20.02.2008 r.
- Kowalewski E., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Toruń 1981.
- Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. II, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997.
- Kowalewski E., Fuchs D., Mogilski W., Serwach M., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, wyd. III, Branta 2006.
- Krajewski M., *Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005.
- Krajewski M., *Relacje sprawcy i poszkodowanego a ubezpieczenie OC (osoba trzecia w ubezpieczeniu OC)*, cz. I i II „Przegląd Prawa Handlowego” 2006, nr 10 i 11.
- Krajewski M., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa 2011.
- Mogilski W., *Umowa ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, t. I, Bydgoszcz 1994.

35. Zob. M. Krajewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, op.cit. s. 149.

36. Ibidem, s. 154.

Mogilski W., *Ubezpieczenia grupowe w kontekście regulacji prawnej*, [w:] *Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych*, red. E. Kowalewski, Toruń 2010.

Orlicki M. [w:] *System Prawa Prywatnego, Prawo zobowiązań – część szczególna*, t. VIII, red. Z. Radwański, Warszawa 2004.

Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002.

Orlicki M., *Projektowane zmiany w regulacji materialnoprawnej umowy ubezpieczenia*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005.

Pokorzyński L., *Prawa osób trzecich wobec ubezpieczyciela*, „*Studia Ubezpieczeniowe*” t. I, Warszawa–Poznań 1973.

Pokrzywniak J., [w:] M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz–Poznań 2007.

Raczyński A., *Przedmiot ubezpieczenia OC*, [w:] *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Bydgoszcz–Poznań 2005.

Raczyński A., *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010.

Reps S., *Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone przez posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym osobom bliskim*, „*Prawo Asekuracyjne*” 2004, nr 3.

Radwański Z., *Teoria umów*, PWN Warszawa 1977.

Serwach M., *Podmiotowy, przedmiotowy i czasowy zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach OC rolników*, „*Prawo Asekuracyjne*” 2005, nr 2.

Serwach M., [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, red. Z. Brodecki i M. Serwach, Zakamycze 2005.

Serwach M., [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Tom II, wyd. 2, Warszawa 2010.

Szpunar A., *Glosa do orzeczenia SN z 30.1.–5.2.1963 r. IIICR 111/62, OSPiKA 1964, nr 3.*

Szymański Z., *Prawo ubezpieczeniowe*, Łódź 1978.

Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia i jej charakter prawny*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, tom I, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1994.

Wąsiewicz A., Nowakowski Z.K., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Warszawa–Poznań 1980.

Orzecznictwo

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30.01.–5.02.1963 r. III CR 111/62, OSPiKA 1964, nr 3.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29.11.1996 r. CZP 118/96, OSN 1997, nr 3, poz. 26.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.01.2002 r., II CKN 353/99.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5.09.2003 r. II CKN, LEX nr 198425.

Wyrok Sądu Najwyższego z 17.10.2003 r., IV CK 116/02, nie publ.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.01.2006 r. III CZP 81/05, LEX nr 175461.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28.02.2006 r. III CZP 5/06.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7.02.2008 r. III CZP 146/06, PA 2008, nr 3, s. 81.

Insurance coverage for mutual claims of the persons insured in the contract of third party insurance – Summary

The subject of the article is the analysis of the legal situation when under one third party liability insurance policy the insurance coverage is provided not only for the policyholder, but also for other entities (insured persons). This situation poses a problem for the cover of these entities for damage caused to one another and damage in the relation: policyholder – insured persons. The issue is further complicated by the Civil Code's recognition of the victim in the third party liability insurance, who, according to Article 822 §1, is a "third party", which, at first glance, rules out protection of claims between the insureds in one third party liability insurance contract.

In practice, clauses which are Polish equivalents of the "cross liability clause" are used to provide insurance coverage for counterclaims. These clauses are designed to provide the insureds with such protection, "as if a separate policy has been issued for each of them" (fragment of one of the clauses). The addressed issue is complex, but we are trying to present it in an as comprehensible form as possible, hence the numerous breakdowns and diagrams. It is important for us to ensure that the text has both cognitive and educational value.

DR WŁADYSŁAW WOJCIECH MOGILSKI – jest prawnikiem, prowadzi Biuro Doradztwa Ubezpieczeniowego PARTNER w Gdańsku.

DR MAŁGORZATA SERWACH – jest adiunktem na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego oraz pracownikiem naukowym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

MARIETTA JANOWICZ-LOMOTT
ANNA OSTROWSKA-DANKIEWICZ

Ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane – wpływ na polski rynek ubezpieczeń życiowych

Rynek produktów inwestycyjnych w Polsce nieustannie się rozwija. Pojawiają się na nim nowe formy instrumentów finansowych, które mogą stanowić alternatywę dla dotychczasowych form inwestowania. Są to między innymi produkty strukturyzowane.

Celem artykułu jest wskazanie wpływu produktów strukturyzowanych na polski rynek ubezpieczeń na życie. W artykule zaprezentowano formy funkcjonujących w Polsce produktów strukturyzowanych oraz konstrukcję i cechy produktów strukturyzowanych, które przybierają formę ubezpieczeń (w tym najnowszego rodzaju tych produktów – typu Pareto). Autorki podjęły próbę ukazania tendencji zachodzących w oszczędnościach Polaków oraz sytuacji na polskim rynku ubezpieczeń na życie, na który wpływ mają, zwłaszcza w ciągu ostatnich kilku lat, oferowane przez ubezpieczycieli polisy strukturyzowane, traktowane coraz częściej jako alternatywna forma lokowania kapitału.

Wprowadzenie

Ubezpieczenie na życie jest mechanizmem finansowym przenoszącym ryzyko ekonomicznych skutków zdarzenia, dotyczącego życia ubezpieczonego i osób z nim ekonomicznie związanych, na zakład ubezpieczeń.¹ Podstawową funkcją ekonomiczną ubezpieczeń (zatem także ubezpieczeń na życie) jest funkcja ochrony ubezpieczeniowej. Polega ona na finansowym kompensowaniu powstałych strat. Ponieważ ubezpieczenie na życie dotyczy zdarzeń bezpośrednio związanych z dobrami osobistymi, zatem tej grupy strat nie da się wyrównać odszkodowaniem w postaci pieniężnej, można jedynie załagodzić ich skutki, wypłacając określone świadczenie. Ze względu na fakt, iż w ubezpieczeniach na życie zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego albo dożycie przez niego do końca okresu ubezpieczenia, wykształciła się także druga funkcja tych ubezpieczeń – funkcja oszczędnościowa.

1. J. Monkiewicz, *Podstawy ubezpieczeń, tom II – produkty*, Poltext, Warszawa 2002, s. 89.

Traktowanie ubezpieczenia na życie jako instrumentu pomnażania środków finansowych wskazuje na to, że produkt ten może być alternatywą oszczędzania. Zakłady ubezpieczeń pomnażając środki finansowe swoich klientów, powodują jednocześnie wzrost możliwości inwestycyjnych tych osób. Prezentowana obecnie koncepcja ubezpieczeń na życie (eksponująca dwoisty charakter ubezpieczenia, traktowanego jako produkt zabezpieczający ryzyko oraz służący pomnażaniu kapitału) wskazuje na fakt, iż ubezpieczyciele działu I wkraczają w obszar działalności innych pośredników finansowych, a klienci nabywający tego typu produkty wykazują większe zainteresowanie zabezpieczeniem finansowym niż ochroną ubezpieczeniową.²

Zestawiając ze sobą funkcję ochronną i oszczędnościową ubezpieczenia należy zauważyć, iż ta druga jest następstwem realizowania podstawowej funkcji każdego ubezpieczenia, a więc funkcji ochronnej. Akumulacji oraz pomnażaniu środków służą te ubezpieczenia na życie, które gwarantując ochronę na wypadek śmierci albo ochronę z tytułu dożycia określonego wieku, jednocześnie akumulują środki w postaci funduszu ubezpieczeniowego. Produkty tego typu zarządzane są w taki sposób, że część wpłaconej składki, tzw. składka oszczędnościowa, służy tworzeniu rezerwy ubezpieczeń na życie zamiast spłacie bieżących kosztów zapewniania wskazanej ochrony. W przypadku jednostkowej polisy zakumulowana składka oszczędnościowa razem z procentem (określonym z góry lub zarobionym przez ubezpieczyciela – zależnie od sposobu realizacji funkcji oszczędnościowej) tworzy wartość gotówkową. W ubezpieczeniach klasycznych wzrasta ona przez cały okres ubezpieczenia do momentu zrównania się z sumą ubezpieczenia. Natomiast w ubezpieczeniach nowoczesnych możliwe jest przewyższenie tej sumy. W chwili wypłaty świadczenia na skutek zaistnienia określonego zdarzenia losowego wartość gotówkowa wchodzi w skład świadczenia.³

Funkcja oszczędnościowa ubezpieczenia może być realizowana na dwa sposoby⁴:

- a) poprzez inwestowanie składki, która przeznaczona jest na późniejsze wypłaty świadczeń, co oznacza, że ryzyko inwestycyjne ponosi w tym wypadku zakład ubezpieczeń, który zobowiązany jest do wypłaty ustalonego z góry świadczenia, niezależnie od rzeczywistej rentowności inwestycji; przewidywana stopa zwrotu uwzględniona jest na etapie kalkulacji składki w postaci tzw. technicznej stopy procentowej; ponadto, w praktyce, dosyć często występuje sytuacja, w której umowa ubezpieczenia może zapewniać ubezpieczonemu udział w dodatkowo osiągniętym zysku (jest to sposób właściwy dla tzw. tradycyjnych ubezpieczeń na życie),
- b) poprzez inwestowanie wyraźnie wyodrębnionej oszczędnościowej części składki, która przeliczana jest na jednostki uczestnictwa w funduszach kapitałowych; z racji tego, iż

2. T.H. Bednarczyk, *Powiązania rynku ubezpieczeniowego z rynkiem finansowym na przykładzie ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu nr 127, Poznań 2009, s. 591–592.

3. P. Kania, D. Szewieczek, *Ubezpieczenia oszczędnościowe a funkcja ochronna ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2001–2006*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, red. W. Ronka-Chmielewicz, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1197, Wrocław 2008, s. 147–148.

4. M. Borda, *Ubezpieczenia na życie jako forma dodatkowego oszczędzania w polskim systemie emerytalnym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 1/2, s. 2–3; E. Stroiński, *Ubezpieczenie na życie jako metoda zabezpieczenia finansowego gospodarstwa domowego*, [w:] *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, SGH, Warszawa 2005, s. 225.

nie jest możliwe wskazanie, w jaki sposób za jakiś czas zachowa się fundusz, ryzyko inwestycyjne ponosi ubezpieczający, który ma możliwość wyboru funduszu lub funduszy kapitałowych; wartość świadczenia zależy od rzeczywistej, a nie przewidywanej, rentowności funduszy (jest to sposób właściwy dla ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym).

W polskiej praktyce ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń na życie, biorąc pod uwagę fakt, iż realizują one funkcję oszczędnościową, można wyodrębnić cztery podstawowe kategorie tych narzędzi⁵:

- a) ubezpieczenia klasyczne o stałej sumie ubezpieczenia i przyjętej na cały okres ubezpieczenia technicznej stopie procentowej, zawierane na wypadek śmierci i/lub dożycia (wariant ochronno-oszczędnościowy oraz oszczędnościowy),
- b) uniwersalne ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, występujące w wariantach maksymalnej ochrony (ochronno-oszczędnościowe) oraz w wariantach minimalnej ochrony (ubezpieczenia oszczędnościowe),
- c) indywidualne konto emerytalne w formie ubezpieczenia na życie (oszczędnościowe),
- d) ubezpieczenia depozytowe przypominające lokaty bankowe (oszczędnościowe).

W obecnych warunkach rynkowych, przy wzmożonym zapotrzebowaniu na usługi finansowe, produkty ubezpieczeniowe umożliwiające oszczędzanie, zwłaszcza krótkoterminowe, zaczynają zyskiwać na znaczeniu. W skrajnych przypadkach funkcja ochronna jest zredukowana do minimum, a zakup takiego ubezpieczenia traktowany jest jak inwestycja finansowa. Mówimy wówczas o rezygnacji z bieżącej konsumpcji na rzecz przyszłych, niepewnych korzyści. Celem takiej inwestycji jest zwiększenie wielkości kapitału – uzyskanie jak najwyższej wartości inwestycji na koniec okresu inwestowania, ewentualnie uzyskiwanie regularnych dochodów.⁶

Zmienność warunków na rynkach finansowych, zwłaszcza w dobie kryzysu, i niezadowolające efekty inwestycji w tradycyjne instrumenty finansowe⁷ spowodowały zainteresowanie wykorzystaniem inwestycji alternatywnych. Stanowią one nową klasę aktywów, które dzięki różnorodności strategii uniezależniają inwestorów od sytuacji na rynkach tradycyjnych instrumentów finansowych i pozwalają otrzymywać zyski bez względu na stan koniunktury na rynkach finansowych. Jest to szeroki zakres produktów i usług finansowych, których nie zalicza się do tradycyjnych form inwestowania. Do grupy tej należą m.in.: fundusze hedge, fundusze funduszy, produkty strukturyzowane, private equity, nieruchomości i surowce.

Jednym z rodzajów inwestycji alternatywnych są produkty strukturyzowane przybierające formę różnorodnych instrumentów finansowych (lokat bankowych, bankowych papierów wartościowych, obligacji czy polis ubezpieczeniowych). Stanowią one w ostatnich latach najnowszy trend w rozwoju polskiego rynku finansowego, w tym ubezpieczeniowego.

5. P. Kania, D. Szewieczek, *Ubezpieczenia oszczędnościowe...*, op.cit., s. 151.

6. Zob. K. Jajuga, *Wprowadzenie do inwestycji finansowych*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2009, s. 5–6.

7. Do najważniejszych instrumentów finansowych zaliczamy depozyty bankowe, obligacje, akcje, jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych i certyfikaty inwestycyjne oraz bony skarbowe i inne instrumenty rynku pieniężnego. Zob. więcej K. Jajuga, *Wprowadzenie ...*, op.cit, s. 8–9.

1. Koncepcja i formy produktu strukturyzowanego

Produkty strukturyzowane w literaturze anglosaskiej określa się niemal jednoznacznie z kategorią instrumentów pochodnych, których wartość zależy od innych instrumentów. W języku polskim określane są jako instrumenty finansowe, które gwarantują inwestorowi ochronę kapitału oraz pozwalają na osiągnięcie wysokich zysków.⁸ Produkty strukturyzowane są szeroką klasą instrumentów finansowych. Bywają określane jako hybryda dwóch klas aktywów – bezpiecznych i obciążonych ryzykiem rynkowym.⁹

Przyjmuje się, że usługa finansowa musi spełniać cztery warunki, aby można było nazwać ją produktem strukturyzowanym, tj.: częściowa lub pełna ochrona kapitału, określony czas trwania inwestycji, stopa zwrotu oparta na określonej przez emitenta formule oraz dołączony instrument pochodny.

Możemy wyróżnić produkty strukturyzowane z gwarancją ochrony kapitału oraz produkty bez gwarancji pełnej ochrony kapitału. Produkty z gwarancją ochrony kapitału polegają na tym, iż gwarantują one, że po zakończeniu inwestycji uzyska się 100 proc. kwoty, którą zainwestowano. Jednocześnie dają one określony udział w zyskach wygenerowanych przez instrument finansowy (pochodny), na którym opiera się dany produkt. Produkty bez gwarancji pełnej ochrony kapitału są natomiast bardziej ryzykowne, gdyż większy jest udział zarówno w zyskach, jak i w stratach generowanych przez instrument, na którym bazuje instrument pochodny wbudowany w produkt strukturyzowany.¹⁰

Wszystkie produkty strukturyzowane posiadają określony, zamknięty czas trwania inwestycji. Choć inwestor ma prawo wycofać się z inwestycji przed jej zakończeniem, często okazuje się to niekorzystne, gdyż wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych opłat.¹¹

Stopa zwrotu z inwestycji w produkty strukturyzowane oparta jest na z góry określonej formule. W momencie zakupu inwestor powinien wiedzieć, od jakich czynników będzie uzależniony jego zysk, tzn. jaki instrument bazowy jest podstawą produktu oraz jaki wpływ będą miały zmiany wartości instrumentu bazowego na jego sytuację.¹² Parametrem decydującym o wartości wypłaty może być współczynnik partycypacji, określający procentowy udział inwestora w zysku wypracowanym dzięki zmianom wartości instrumentu bazowego.

Środki zainwestowane w produkt strukturyzowany już na wstępie inwestycji zostają podzielone na trzy części (rysunek 1). Część pierwsza polega na tzw. bezpiecznej inwestycji. Ustalona jest na takim poziomie, aby po upływie okresu zapadalności dać inwestorowi zwrot z kapitału na poziomie gwarantowanym. Część ta wiąże się z lokatą w instrumenty finansowe przynoszące z góry zakładane stopy zwrotu. Są to najczęściej obligacje zerokuponowe¹³ lub depozyty bankowe.

8. A. Zaremba, *Produkty strukturyzowane – inwestycje nowych czasów*, Helion, Gliwice 2009, s. 7.

9. R.W. Baird, *Important Information about Structured Products*, BAIRD, Milwaukee 2010, s. 2.

10. M. Krzywda, *Produkty strukturyzowane w praktyce. Jak zagwarantować ochronę zainwestowanego kapitału i uzyskać zyski wyższe niż na lokacie bankowej*, Wydawnictwo Złote Myśli, Gliwice 2009, s. 8–9.

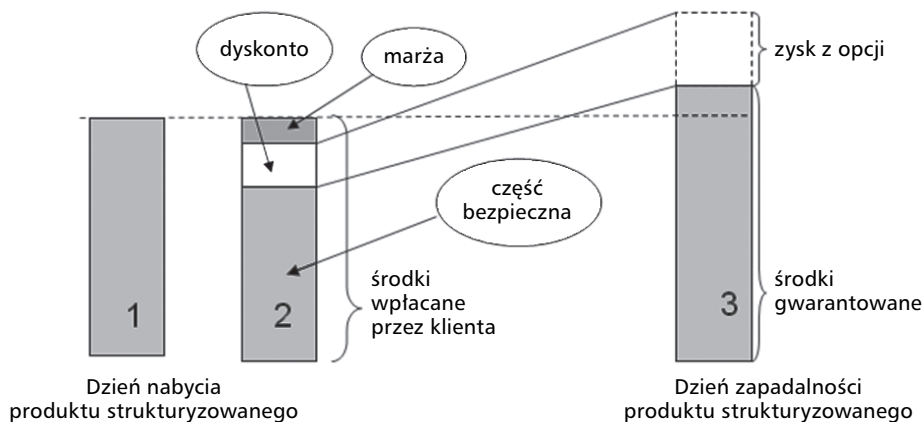
11. A. Zaremba, *Produkty...*, op.cit. s. 16.

12. M. Krzykowski, *Struktury na cenzurowanym*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, nr 9, 2008, s. 46–47.

13. Obligacja zerokuponowa jest to obligacja nieoprocentowana sprzedawana poniżej jej wartości nominalnej, a wykupywana przez emitenta po wartości nominalnej, S. Thiel, *Rynek kapitałowy i terminowy*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2010, s. 138.

Z drugiej części kapitału dokonuje się zakupu instrumentu pochodnego, który ma odpowiadać za zysk. Ostatnia część jest przeznaczona na marżę dla emitenta i dystrybutora. Wartość marży dla instytucji finansowych jest określona i pobierana *ex ante*, po zakończeniu subskrypcji. Dodatkowo może być również pobierana opłata dystrybucyjna, stanowiąca kilka procent inwestycji.¹⁴

Rysunek 1. Konstrukcja produktu strukturyzowanego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Mokrogulski, P. Sepielak, *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, KNF, Warszawa 2010, s. 12–14.

Istotną cechą produktów strukturyzowanych jest forma, pod którą są wprowadzane na rynek. Pomimo różniących się między sobą znacząco form, podstawowa konstrukcja opiera się na identycznym schemacie. Produkty strukturyzowane emitowane w Polsce charakteryzują się różnorodnością form (rysunek 2). W roku 2010 dominujący udział w rynku odnotowały produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń na życie i dożycie (ok. 40 proc.) i lokaty strukturyzowane (34,2 proc.).

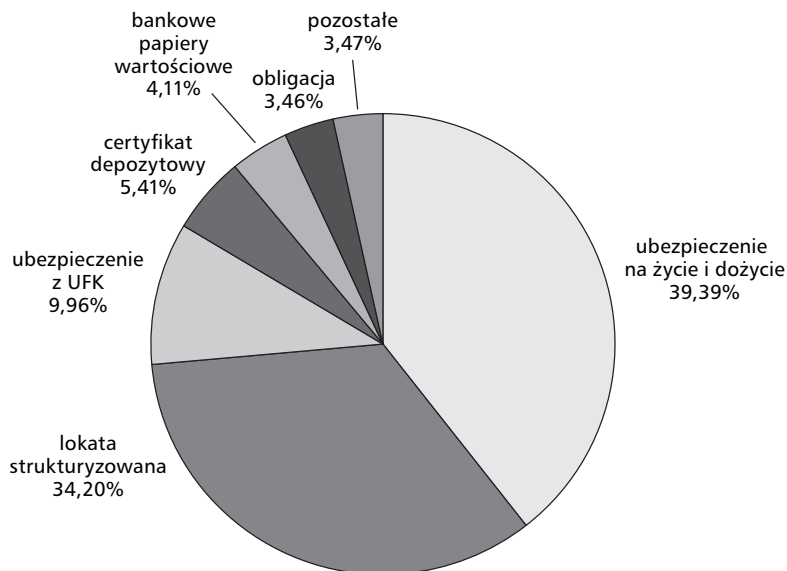
Ze względu na tematykę, artykuł zawiera charakterystykę produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń.¹⁵ Z punktu widzenia krajowych regulacji prawnych ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane funkcjonują w oparciu o ustawę o działalności ubezpieczeniowej i występują w formie ubezpieczenia na życie i dożycie oraz ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.¹⁶ Okres ubezpieczenia jest tu stosunkowo krótki – zasadniczo zawiera się w przedziale od pół roku do piętnastu lat. Polisy w formie ubezpieczeń na życie i dożycie (grupa 1) są zwolnione z podatku od zysków kapitałowych, ale już zysk z produktów na bazie ubezpieczeń z UFK podlega opodatkowaniu. Emitentem produktu strukturyzowanego jest w tym przypadku zakład ubezpieczeń. Dystrybucja odbywa się najczęściej poprzez bank lub inną instytucję finansową. Ubezpieczenie może mieć charakter indywidualny (umowa

14. M. Mokrogulski, P. Sepielak, *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, KNF, Warszawa 2010, s. 12–14.

15. Inne produkty opisano np. w M. Mokrogulski, P. Sepielak, *Produkty...*, op.cit. lub A. Zaremba, *Produkty...*, op.cit.

16. Odpowiednio grupy 1 i 3 w dziale I zgodnie z Załącznikiem do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Rysunek 2. Struktura sprzedaży produktów strukturyzowanych w Polsce w 2010 r. (wg liczby sprzedanych produktów strukturyzowanych)



Źródło: Rynek produktów strukturyzowanych w Polsce w roku 2010, www.structus.pl.

zawierana pomiędzy zakładem ubezpieczeń a klientem) lub grupowy (zakład ubezpieczeń zawiera umowę z dystrybutorem, ubezpieczającym). Zaletą produktu strukturyzowanego w formie ubezpieczenia jest zwolnienie kwoty uzyskanej z inwestycji z podatku od spadków i darowizn. Ponadto świadczenia z tytułu ubezpieczeń nie podlegają egzekucji sądowej.

Polisy na życie i dożycie są obecnie najpopularniejszą formą produktów strukturyzowanych występujących w Polsce. Na wysokość świadczenia wpływa zarówno kwota gwarantowana przez ubezpieczyciela (dzięki inwestycji w obligację zerokuponową), jak i zysk z odpowiednio skonstruowanej opcji na instrument finansowy. Zakład ubezpieczeń ponosi ryzyko ubezpieczeniowe związane z koniecznością wypłaty świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ochrony, jednak świadczenie na wypadek śmierci jest ustalone na poziomie minimalnym – zwiiera się najczęściej w przedziale 0,5–7 proc. zainwestowanego kapitału (składki ubezpieczeniowej).¹⁷ Suma ta jest na tyle niewielka, że nie ma konieczności przeprowadzania procedur oceny ryzyka oraz badań medycznych. W związku z obecnością ochrony ubezpieczeniowej ze składki ubezpieczeniowej pobierana jest opłata za ryzyko, związana z kosztem tej ochrony. Ze względu na bardzo niskie świadczenie z tytułu śmierci, udział opłaty za ochronę jest niewielki i zwykle nie przekracza 25 gr na każde 1000 zł składki ubezpieczeniowej.¹⁸ Opłata za ryzyko pobierana przez ubezpieczyciela pomniejsza kwotę przeznaczoną do zainwestowania.

17. M. Krzykowski, A. Fornalik, *Wady i zalety struktur*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, nr 2, 2008, s. 22.

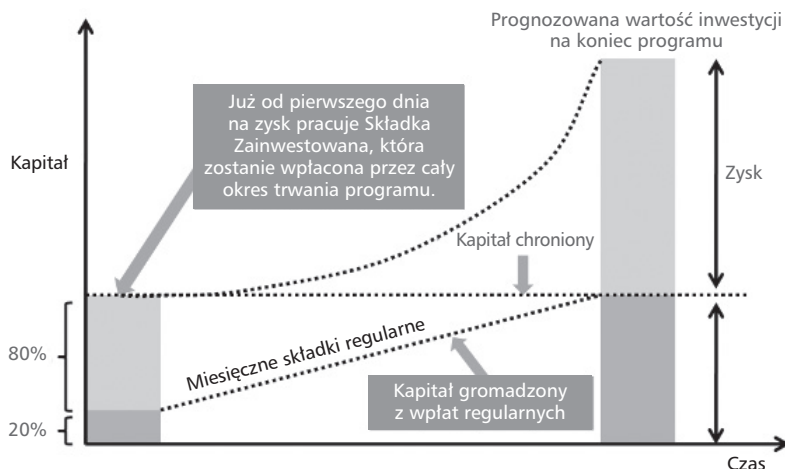
18. Przy składce ubezpieczeniowej (zainwestowanej kwocie) wysokości 1000 zł suma ubezpieczenia na wypadek śmierci mieści się w większości przypadków w granicach 5–70 zł. Maksymalna opłata za ryzyko w wysokości 25 gr jest zatem stosunkowo niska.

Produkty strukturyzowane mogą mieć również formę ubezpieczenia na życie z UFK. Podobnie jak w przypadku produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń na życie i dożycie, klienci również są objęci ochroną. Cechą wyróżniającą ten produkt ubezpieczeniowy jest mechanizm, który uzależnia wysokość świadczenia od wyników osiągniętych przez wyodrębniony fundusz kapitałowy, którego środki są lokowane w oznaczonym funduszu inwestycyjnym. Dlatego z punktu widzenia inwestora zasady funkcjonowania produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia z UFK są zbliżone do inwestycji w funduszu inwestycyjnym.¹⁹

W maju 2009 r. na rynku pojawił się nowy typ produktów strukturyzowanych – produkty typu Pareto.²⁰ Oferowane są one w formie ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Charakteryzują się stosunkowo długim, jak na produkty strukturyzowane, horyzontem inwestycyjnym, stanowiącym około 10–15 lat.

Podstawowa zasada działania produktów strukturyzowanych typu Pareto jest dość prosta (rysunek 3). Na początku inwestycji należy wpłacić 20 proc. składki, reszta uiszczana jest w comiesięcznych ratach. Kluczowe jest to, że na wysokość świadczenia od początku pracuje cała składka pomniejszona jedynie o opłaty administracyjne (w tym opłatę za ryzyko), czyli tak zwana składka zainwestowana, stanowiąca jednocześnie chroniony kapitał (na koniec klient otrzyma co najmniej składkę zainwestowaną). Rozwiązanie takie jest możliwe dzięki zakupowi instrumentu pochodnego (najczęściej opcji). Wysokość wpłat regularnych jest wyliczona w taki sposób, aby na koniec okresu inwestycji otrzymana została co najmniej składka zainwestowana. Zysk klienta wynika natomiast z inwestycji w instrument pochodny. W programach typu Pareto opłata administracyjna jest naliczana od pełnej kwoty składki, lecz pobierana jest każdego miesiąca od wpłaty regularnej.²¹

Rysunek 3. Zasada działania produktu typu Pareto



Źródło: M. Krasoń, *Poradnik Structus.pl: Pareto wyjaśniamy wątpliwości*, <http://www.structus.pl/analizy/poradnik-structuspl-pareto-wyjasniamy-watpliwosci> (4.10.2011).

19. M. Mokrogulski, P. Sepielak, *Produkty...*, op. cit., s.10, 14.

20. Ubezpieczycielem było TU Europa, a dystrybutorem Noble Bank.

21. M. Krasoń, *Poradnik Structus.pl: Pareto wyjaśniamy wątpliwości*, <http://www.structus.pl/analizy/poradnik-structuspl-pareto-wyjasniamy-watpliwosci> (4.10.2011).

W produktach tych zakończenie inwestycji przed terminem zapadalności w pierwszych 3–4 latach oznacza utratę wpłaconej kwoty, w kolejnych latach opłaty są również wysokie. Niezwykle restrykcyjne są również zasady dotyczące opóźnień w opłacie składek i braku reakcji na monity ubezpieczycieli.²²

Pomimo niewątpliwych zalet (całkowita lub częściowa gwarancja ochrony kapitału, możliwy wysoki zysk), produkty strukturyzowane charakteryzują pewne ograniczenia, do których zaliczyć należy: tzw. współczynnik partycypacji, który oznacza, jaka część zysku z inwestycji w instrument pochodny otrzyma inwestor²³; ich limitowaną dostępność wynikającą z ich oferowania tylko w określonym przedziale czasowym czy konieczność ponoszenia dodatkowych opłat w razie wcześniejszego rozwiązania umowy.

2. Stan rynku polis strukturyzowanych w Polsce

Produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń stanowią niemal 50 proc. subskrypcji wszystkich produktów strukturyzowanych w Polsce (por. rysunek 2). Pierwsza emisja dokonana została przez spółki grupy ING w 2005 r. Od tego czasu ich sprzedaż zwiększa się, przy czym przeważają ubezpieczenia na życie i dożycie (tablica 1). W latach 2008–2010 ich przewaga była dość znaczna. Jednak sytuacja ta zmienia się. W ciągu trzech kwartałów 2011 r. wyemitowano już ponad dwukrotnie więcej produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia z UFK niż w całym 2010 r. Emisji w formie ubezpieczeń z UFK w latach 2006–2010 było niewiele więcej niż subskrypcji tylko w 2011 r.

Tablica 1. Liczba subskrypcji produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń w Polsce 2000–2011

Rodzaj PS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
forma ubezpieczenia z UFK	0	0	0	0	0	0	8	9	5	18	35	73
forma ubezpieczenia na życie i dożycie	0	0	0	0	0	2	6	45	198	237	189	83
wszystkie	3	5	12	16	31	62	113	123	337	458	462	b.d.

*stan po III kwartałach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych portali: www.structus.pl i www.analizy.pl (1.10.2011).

Ponieważ produkty strukturyzowane charakteryzują się określonym czasem inwestycji, zatem ważnym elementem jest analiza ich horyzontu czasowego (tablica 2). Wskazuje ona, iż produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń są inwestycjami średnio- i długoterminowymi. Jest to jednak krótki okres w porównaniu ze standardowym okresem ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach na życie i dożycie.

22. M. Krasoń, *Pierwsza struktura z regularną składką*, <http://www.structus.pl/analizy/pierwsza-struktura-z-regularna-skladka>.

23. W przypadku np. 70 proc. współczynnika partycypacji, ze względu na konieczność pokrycia przez ubezpieczyciela kosztu gwarancji, akwizycji, administracji i pozostawienia pewnego marginesu na zysk, przyznawany klientowi zysk pomniejszony jest o 30 proc. w stosunku do zysku, jaki można otrzymać inwestując bezpośrednio w określone w umowie instrumenty finansowe. Szerzej w: M. Krzykowski, A. Fornalik, *Wady...*, op.cit., s. 23.

Tablica 2. Horyzont czasowy inwestycji w ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane w latach 2005–2010 (w ilościach subskrypcji)

Wyszczególnienie	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	UFK	Z-D	UFK	Z-D	UFK	Z-D	UFK	Z-D	UFK	Z-D	UFK	Z-D
poniżej 1								1	2			
1–2 (bez 2)							6		40	1	76	
2–3 (bez 3)					1	2	14		49	12	75	
3–10 (bez 10)		2	3	6	4	44	5	176	5	148	3	38
10 i więcej			1		1				7		18	1

UFK – produkt strukturyzowany w formie ubezpieczenia z UFK

Z-D – produkt strukturyzowany w formie ubezpieczenia na życie i dożycie

Źródło: Jak w tablicy 1.

W latach 2009–2010 ponad połowa ubezpieczeń z UFK była inwestycjami ponad 10-letnimi. W przypadku ubezpieczeń na życie i dożycie w roku 2009 dominowały inwestycje od trzyletnich do dziesięcioletnich (63 proc.), a w roku 2010 dwu-, trzyletnie (40 proc.).²⁴ Analiza pozostałych produktów strukturyzowanych wskazuje, iż dominują w nich inwestycje krótkoterminowe, poniżej jednego roku (35 proc. w 2009 i 47 proc. w 2010) niemal nieobecne w ubezpieczeniowych produktach strukturyzowanych.

Najaktywniejszym zakładem ubezpieczeń na rynku ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych jest TUnŻ Europa SA (tablica 3). Ubezpieczyciel ten dokonuje dystrybucji produktów strukturyzowanych samodzielnie, ale także poprzez banki, z którymi ma powiązania kapitałowe; stworzył także platformę internetową – Butik Inwestycyjny – oferujący gotowe produkty doradcom finansowym i brokerom ubezpieczeniowym.. Według stanu na koniec trzeciego kwartału 2011 r. TUnŻ Europa miało swój udział przy tworzeniu 574 produktów strukturyzowanych (stanowi to ok. 65 proc. wszystkich produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia). Drugie towarzystwo w zestawieniu, ING TUnŻ SA przeprowadziło 56 subskrypcji (6,2 proc.).

Tablica 3. Zakłady ubezpieczeń tworzące ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane w latach 2005–2011* (wg liczby subskrypcji)

Wyszczególnienie	łącznie	Ubezpieczenie na życie i dożycie	Ubezpieczenie z UFK
TU na Życie EUROPA SA	574	490	84
ING TU na Życie SA	56	53	3
NORDEA Polska TU na Życie SA	44	44	0
PZU Życie SA	35	35	0
TUnŻ WARTA SA	33	5	28
TU ALLIANZ Życie Polska SA	31	22	9
Aviva TU na Życie SA	22	22	0
BENEFIA TU na Życie SA	21	21	0
MetLife TU na Życie SA	19	19	0
STU na Życie ERGO HESTIA SA	12	0	12
UNIQA TU na Życie SA	11	11	0

24. Obliczenia własne na podstawie danych zawartych w *Rynek...*, op.cit., s. 11.

Compensa TUnŻ SA	9	0	9
AEGON TU na Życie SA	8	8	0
AXA Życie TU SA	4	4	0
TU na Życie CARDIF Polska SA	3	3	0
CALI Europe SA Oddział w Polsce	2	1	1

* stan po III kwartałach, w zestawieniu ujęto wyłącznie te zakłady ubezpieczeń, które wyemitowały więcej niż jeden produkt strukturyzowany.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych portalu www.analazy.pl (1.10.2011).

Podmiotami oferującymi najwięcej produktów strukturyzowanych są głównie banki, w tym najaktywniejszy Noble Bank (tablica 4).

Tablica 4. Udział poszczególnych dystrybutorów w rynku produktów strukturyzowanych w Polsce w 2010 r.

Nazwa firmy	Liczba produktów	Udział w rynku (w%)
Noble Bank	73	15,8
Butik Inwestycyjny	54	11,7
Raiffeisen Bank Polska	52	11,3
BZ WBK/DM BZ WBK	51	11,0
Deutsche Bank PBC	44	9,5
KBC TFI/Kredyt Bank/Warta TUnŻ	31	6,7
Bank Millennium	25	5,4
Getin Bank	23	5,0
mBank	14	3,0
ING Bank Śląski	11	2,4
Wealth Solutions	11	2,4
Bank DnB Nord Polska	11	2,4

Źródło: M. Krasoń, M. Szeliski, *Rynek produktów strukturyzowanych w Polsce – Raport analityczny*, Structus.pl, Warszawa 2011, s. 3.

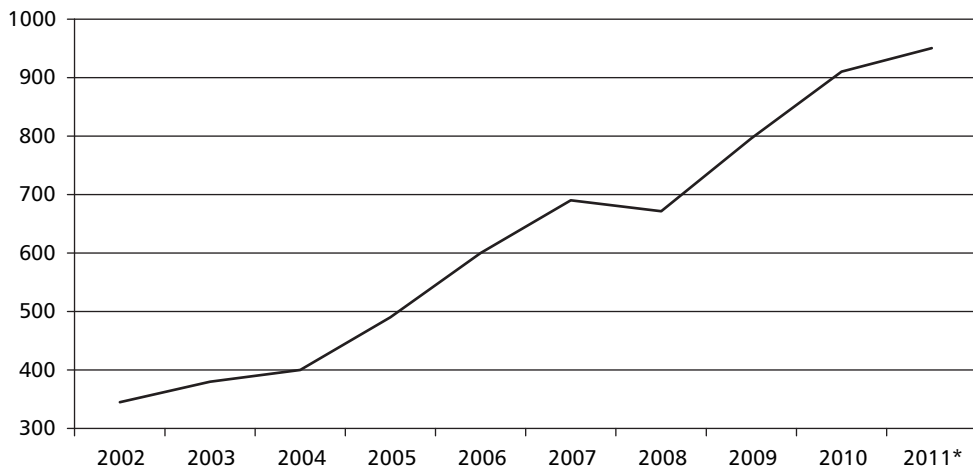
3. Miejsce produktów ubezpieczeniowych w strukturze oszczędności gospodarstw domowych

Obserwując stan budżetów polskich gospodarstw domowych za rok 2010, należy wykazać, iż wydatki na konsumpcję wynosiły średnio 83,1 proc. dochodu do dyspozycji, a na oszczędności gospodarstwa domowe przeznaczały niespełna 17 proc. swoich dochodów.²⁵ Poziom oszczędności gospodarstw domowych w Polsce wskazuje, że ich wartość na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat zwiększyła się ponad trzykrotnie (rysunek 4). Zachowane zostało relatywnie wysokie tempo wzrostu oszczędności, z wyjątkiem stanu na koniec roku 2008, kiedy ich wartość wyniosła 671,3 mld zł i w skali roku zmniejszyła się o prawie 10 mld zł. Tym samym

25. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2010 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Warunków Życia, Warszawa, 25.05.2011 r.

rok 2008 był pierwszym na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, w którym nominalna wartość oszczędności uległa zmniejszeniu, czego główną przyczyną był niewątpliwie kryzys na rynkach finansowych. W kolejnych latach wartość oszczędności gospodarstw domowych w Polsce rosła. Łączna suma oszczędności na koniec I półrocza 2011 roku wyniosła 950,2 mld zł.

Rysunek 4. Wartość oszczędności gospodarstw domowych w Polsce w latach 2002–2011 (w mld zł)

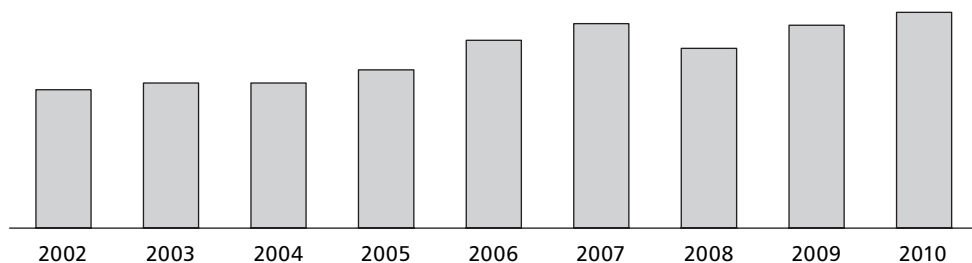


*stan po II kwartałach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie AnalizyOnline.

W roku 2008, pomimo przyrostu PKB o ponad 4 proc., pogorszyła się również relacja oszczędności do PKB. Na koniec grudnia 2008 r. udział tych środków stanowił 54,5 proc. wartości produktu krajowego brutto, podczas gdy jeszcze rok wcześniej relacja ta przekraczała 60 proc. Według danych na koniec 2010 roku wartość tego wskaźnika była natomiast rekordowa i przekroczyła 65 proc. (rysunek 5).

Rysunek 5. Udział oszczędności gospodarstw domowych w PKB w latach 2002–2010



Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS oraz AnalizyOnline.

Analizując strukturę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce, należy podkreślić, że w latach 2004–2007 nastąpił wyraźny wzrost innych niż depozytowe form oszczędzania. W strukturze oszczędności gospodarstw domowych, szczególnie w latach 2004–2007,

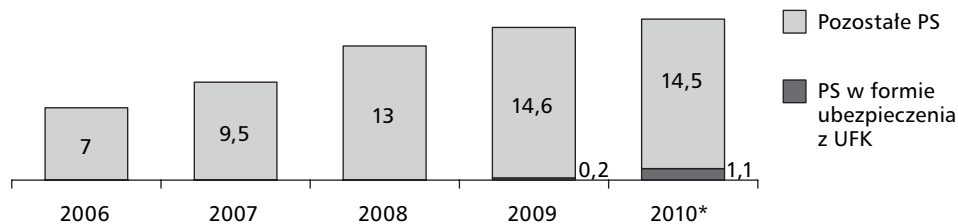
zanotowano wysoką dynamikę aktywów opartych na funduszach inwestycyjnych oraz aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, co pozwala na wskazanie tendencji wzrostu świadomości Polaków w kwestii inwestowania. Jednak kryzys oraz zwiększenie sprzedaży krótkoterminowych ubezpieczeń na życie i dożycie z bardzo niską sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci (ubezpieczeń depozytowych o charakterze lokat tzw. polisolokat) czy produktów strukturyzowanych doprowadziły do odwrócenia tej tendencji w roku 2008. Według danych na koniec 2008 r. wartość depozytów oraz gotówki na rachunkach bankowych wyniosła 332 mld zł, co stanowiło 49,5 proc. wszystkich oszczędności.

Badając wpływ poszczególnych składników na zmianę oszczędności, należy podkreślić, że w roku 2006 najwyższą dynamiką wzrostu charakteryzowały się ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Jednak w pierwszej połowie 2008 r. odnotowany został wzrost znaczenia defensywnych składników oszczędności, takich jak depozyty bankowe czy gotówka w obiegu. W związku z kryzysem na światowych rynkach finansowych w roku 2008 największy spadek dotknął aktywa zgromadzone w krajowych funduszach inwestycyjnych, których wartość spadła w ciągu roku o 44,9 proc.

Rok 2009 zapoczątkował fazę wzrostu oszczędności, a największy wpływ na ich przyrost miały depozyty bankowe. W 2010 roku oszczędności Polaków zgromadzone w różnych formach oszczędzania wzrosły natomiast o 107,7 mld zł, czyli o 13 proc. Największą dynamikę przyrostu (17,2 proc.) zaobserwowano w funduszach zagranicznych. Na wartości zyskały również inwestycje w krajowych funduszach inwestycyjnych o 3,1 mld zł, ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych o 1,9 mld zł oraz oszczędności w gotówce poza systemem bankowym o 1 mld zł. W przypadku TFI oraz UFK wzrost aktywów wynikał zarówno z napływu nowych środków, jak i ze wzrostu wycen tytułów uczestnictwa funduszy.

Czas dynamicznego rozwoju rynku produktów strukturyzowanych w Polsce przypada na okres po roku 2006 i właściwie od tego momentu można analizować ich wartość i próbować mierzyć ich udział w strukturze oszczędności. Wartość produktów strukturyzowanych jest niewielka – na dzień 31.12.2006 wynosiła 7 mld zł, a na 30.06.2010 r. 15,6 mld zł (rysunek 6).

Rysunek 6. Wartość produktów strukturyzowanych w Polsce w latach 2006–2010 (stan na ostatni dzień roku, w mld zł)



* stan po II kwartałach.

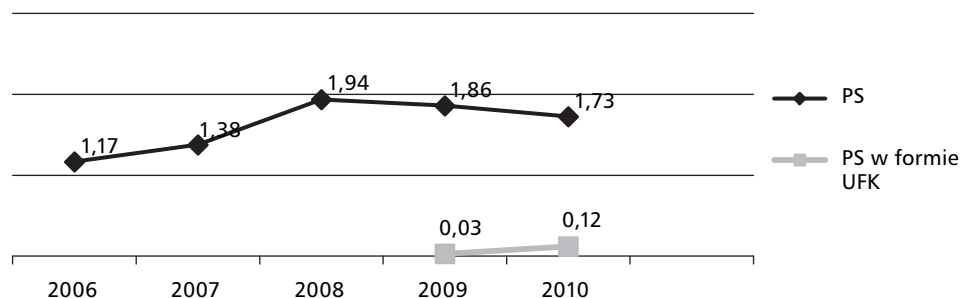
Źródło: opracowanie własne na podstawie www.structuredretailproducts.com i AnalizyOnline.

Brak jest niestety danych na temat wartości wszystkich ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych. Ich wartość w formie ubezpieczeń z UFK jest jedynie szacunkowa, na pod-

stawie wyliczeń przeprowadzonych przez portal AnalizyOnline.²⁶ Liczba produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń z UFK stanowiła w 2009 r. blisko 10 proc. wszystkich wyemitowanych produktów strukturyzowanych (rysunek 2), a ich wartość jedynie ok. 1,35 proc. Wśród produktów strukturyzowanych o największej sprzedaży nie ma jednak produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń, a głównie lokaty i fundusze.²⁷

Pomimo dynamicznego rozwoju produktów strukturyzowanych w ostatnich pięciu latach, ich udział w oszczędnościach Polaków jest wciąż stosunkowo niewielki – w całym analizowanym okresie nie przekroczył 2 proc. (rysunek 7).

Rysunek 7. Udział produktów strukturyzowanych w oszczędnościach gospodarstw domowych w latach 2006–2010 (w proc.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie www.structuredretailproducts.com i AnalizyOnline.

Jeszcze niższy jest udział produktów strukturyzowanych z UFK w oszczędnościach gospodarstw domowych. W najlepszym, 2010 roku wynosił 0,12 proc.

W efekcie przemian na rynku ubezpieczeniowym coraz wyraźniej uwypukla się inwestycyjny charakter zarówno ubezpieczeń na życie i dożycie (grupa 1) (wśród których znajdują się wycofywane obecnie z rynku tzw. polisolokaty czy produkty strukturyzowane w formie ubezpieczenia na życie i dożycie), jak i ubezpieczeń z UFK (grupa 3). Jednak wyłącznie w przypadku ubezpieczeń z UFK analizowany jest ich wpływ na oszczędności gospodarstw domowych. Wyraźną tendencją zaobserwowaną na rynku UFK jest znaczący wzrost wartości aktywów zgromadzonych przez ubezpieczycieli, które po pierwszym półroczu 2011 r. stanowiły już ponad 38 mld zł. Kryzys finansowy spowodował, co prawda, że w roku 2008 ich wartość uległa chwilowemu zmniejszeniu o prawie 30 proc. w stosunku do roku poprzedniego, jednak już w kolejnych latach zaobserwowano ponowne przyrosty wartości aktywów (rysunek 8).

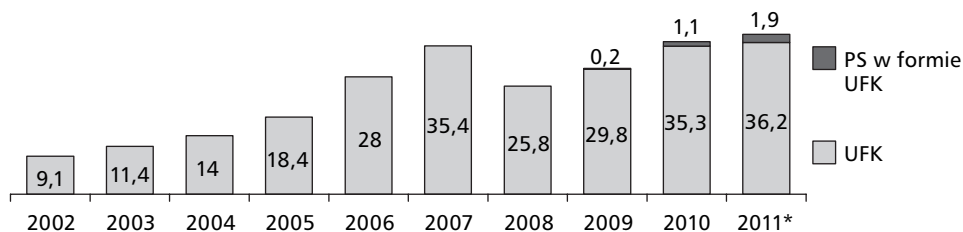
Wartość aktywów produktów strukturyzowanych w formie UFK w dniu 31.12.2009 wyniosła jedynie 0,2 mld zł i wzrosła do niemal 1,9 mld w dniu 30.06.2010. Ich znaczenie w strukturze UFK wzrosło z ok. 0,7 proc. do niemal 5 proc.; jest to jednak wciąż niski udział.

Pomimo stosunkowo wysokiej dynamiki aktywów UFK, ich udział w oszczędnościach ogółem, w porównaniu do innych grup aktywów, wciąż pozostaje niewielki. W latach 2002–2011

26. A. Zalewska, *Produkty strukturyzowane napędzają rynek UFK*, http://inwestycje.pl/produkty_strukturyzowane/Produkty-strukturyzowane-napedzaja-rynek-UFK;139332;0.html (4.10.2011).

27. M. Mokrogulski, P. Sepielak, *Produkty...*, op.cit., s. 21–24.

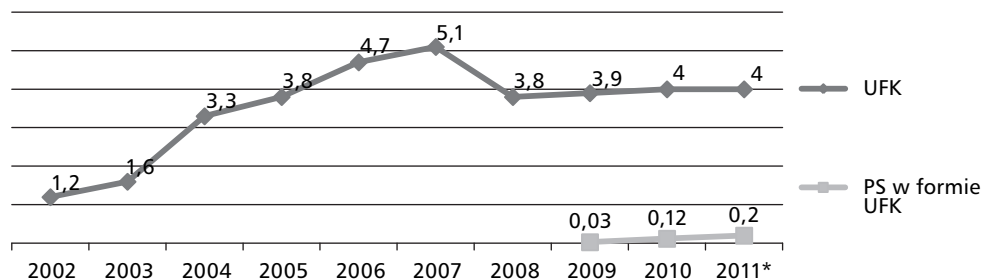
Rysunek 8. Wartość aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (w mld zł)



* stan po II kwartałach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie AnalizyOnline.

Rysunek 9. Udział UFK w oszczędnościach gospodarstw domowych



*stan po II kwartałach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NBP, KNF i AnalizyOnline.

wał się on bowiem od 1,2 do 4,0 proc., z rekordowym udziałem w roku 2007 stanowiącym 5,1 proc. wszystkich oszczędności gospodarstw domowych (rysunek 9).

Na tym tle udział produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń z UFK w oszczędnościach gospodarstw domowych jest wprawdzie rosnący, ale bardzo niski.

4. Porównanie efektywności inwestycji w ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

Wyraźną tendencją na polskim rynku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest stały przyrost ich liczby. Przełomowym okazał się rok 2006, w którym liczba UFK wzrosła aż o 64 proc., przekraczając granicę czterystu funduszy. Na koniec roku 2008 liczba ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych przekroczyła tysiąc, a według stanu na koniec czerwca 2011 roku stanowiła ona blisko 1400 funduszy, podczas gdy liczba ubezpieczycieli oferujących ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe od kilku lat pozostaje właściwie niezmienną i stanowi dwadzieścia cztery towarzystwa.

W ofercie ubezpieczycieli znaleźć można zarówno programy z funduszami dającymi podstawową możliwość dywersyfikacji, jak również takie, które dają możliwość ekspozycji na rynki

metali szlachetnych, surowców czy rynki nieruchomości. Oferowane są także programy dające możliwość inwestycji od rynków krajowych, przez regiony, po fundusze globalne, inne dają natomiast możliwość tylko inwestycji krajowych, a jeszcze inne oferują wyłącznie same fundusze zagraniczne. Ponadto jedni ubezpieczyciele dają wybór spośród licznej grupy funduszy różnych towarzystw inwestycyjnych, inni zaś oferują ograniczoną liczbę funduszy związaną z produktami jednego TFI.

Największym segmentem rynku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych są fundusze mieszane. Wartość aktywów UFK w podziale na segmenty według stanu na koniec czerwca 2011 r. przedstawiono w tablicy 4.

Tablica 4. Wartość aktywów netto UFK w podziale na segmenty (w mln zł)

Mieszane	14 529,79
Akcji	12 052,51
Ochrony kapitału	6 429,93
Dłużne	2 848,24
Gotówkowe i pieniężne	1 717,05
Absolutnej stopy zwrotu	425,38
Surowcowe	34,08
Razem	38 036,99

Źródło: www.analizy.pl.

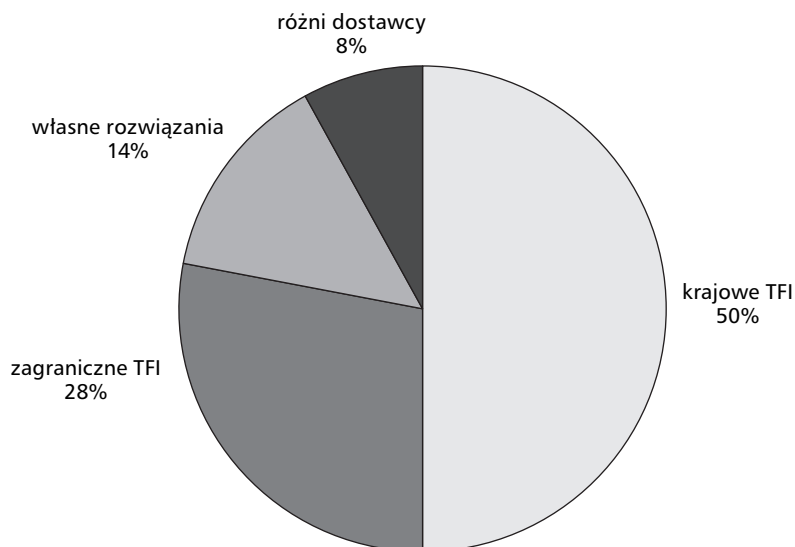
Poszczególne UFK mogą być tworzone jako fundusze wewnętrzne lub zewnętrzne. W tym drugim przypadku zakład ubezpieczeń traktowany jest jako klient określonych funduszy inwestycyjnych, ale sam rozlicza liczbę posiadanych przez poszczególnych ubezpieczających jednostek uczestnictwa, ewentualnie poszczególni ubezpieczający traktowani są jako klienci określonych funduszy, a liczba ich jednostek uczestnictwa rozliczana jest przez TFI lub przy udziale agenta transferowego²⁸.

Oprócz podmiotów z tej samej grupy kapitałowej ubezpieczyciele korzystają często z oferty krajowych oraz zagranicznych TFI. Według stanu na koniec 2010 r., najbardziej popularną grupą dostawców były krajowe TFI – w oparciu o ich produkty działało około 50 proc. dostępnych na naszym rynku UFK (rysunek 10).

Przyjmując podział ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, uwzględniający ich strategię lokacyjną, należy wskazać, iż najlepsze wyniki mierzone stopą zwrotu za 36 miesięcy, według danych na koniec 2010 r., osiągnęły fundusze dłużne polskie uniwersalne oraz fundusze gotówkowe i pieniężne (rysunek 11). W porównaniu z nimi średnie stopy zwrotu produktów strukturyzowanych były znacząco niższe. Stopy zwrotu z produktów strukturyzowanych przewyższały jedynie ujemne stopy dla funduszy polskich mieszanych zrównoważonych i uniwersalnych. Najlepszy wynik wśród produktów strukturyzowanych osiągnęły ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń z UFK 3,85 proc. Ponieważ jednak

28. A. Ostrowska-Dankiewicz, *Funkcjonowanie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jako integralnej części ubezpieczeń typu unit-linked*, [w:] K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, „Prace Naukowe” nr 60, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 363.

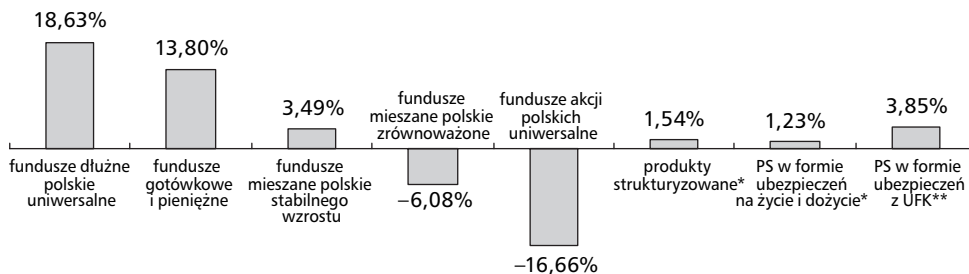
Rysunek 10. Rodzaje wykorzystywanych przez ubezpieczycieli funduszy



Źródło: www.analizy.pl.

stopa zwrotu dla tego instrumentu dotyczy wyłącznie roku 2010 (w latach 2008–2009 nie zakończył się żaden produkt strukturyzowany w formie ubezpieczenia z UFK), trudno zatem odnosić ją do pozostałych.

Rysunek 11. Średnie stopy zwrotu w poszczególnych grupach UFK i PS w latach 2008–2010



*średnia dla PS wyznaczona na podstawie rocznych średnich wyznaczonych dla produktów o terminie zapadalności przypadającym w danym roku.

** w latach 2008–2009 nie zakończył się żaden produkt strukturyzowany w formie ubezpieczenia z UFK, jest to zatem stopa zwrotu za rok 2010.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych www.analizy.pl.

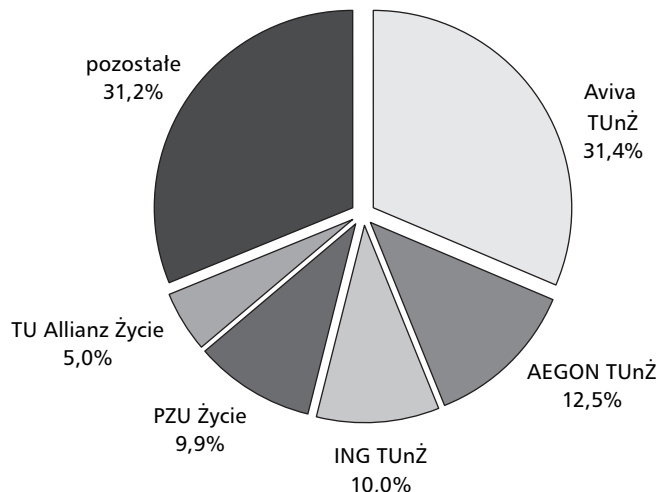
Ze względu na fakt, iż żadna instytucja (włącznie z KNF) nie publikuje informacji dotyczących UFK dla produktów strukturyzowanych, nie jest możliwe wyłączenie z danych zregulowanych informacji o produktach strukturyzowanych w formie ubezpieczeń z UFK i przeanalizowanie ich jako specyficznej grupy produktów.

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe oferowane są jako jeden z elementów ubezpieczenia sprzedawanego przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Z punktu widzenia analizowa-

nego zagadnienia istotnym wydaje się być udział ubezpieczycieli w ogólnej wartości aktywów UFK (rysunek 12).

Niezmiennie od kilku lat niekwestionowanym liderem rynku UFK, z udziałem na poziomie 31,4 proc. pozostaje Aviva TUnŻ. Drugą pozycję, z udziałem rynkowym w wysokości 12,5 proc., zajmuje AEGON TUnŻ. Kolejne miejsca przypadają dla ING TUnŻ, PZU Życie oraz Allianz Życie, czyli tym ubezpieczycielom, których udział w rynku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych przekracza 5 proc.

Rysunek 12. Struktura rynku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych



Źródło: opracowanie własne.

W czołowej piątce nie znalazła się Europa TUnŻ, jednak w produktach kapitałowych tego ubezpieczyciela najszybciej zwiększała się wartość aktywów. Tylko w ciągu pierwszego półrocza 2011 r. podwoiła się ona, przekraczając 1 mld zł, co pozwoliło ubezpieczycielowi znaleźć się w pierwszej dziesiątce graczy na tym rynku. Efekt ten Europa TUnŻ osiągnęła właśnie dzięki produktom strukturyzowanym w formie ubezpieczeń z UFK. Do 29 nowo utworzonych tego typu produktów w pierwszym półroczu 2011 r. wpłynęło ponad 0,67 mld zł nowych środków. Należy również dodać, że to duży sukces, bo ta wartość stanowi ponad 30 proc. sprzedaży netto całego rynku UFK.²⁹

Ponieważ produkty strukturyzowane stają się coraz częściej formą inwestowania środków, a na rynku ubezpieczeniowym mogą one konkurować głównie z ubezpieczeniem powiązanim z UFK, istotną kwestią dla inwestorów jest porównanie stóp zwrotu UFK z efektywnością ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych (tablica 5).

W analizie uwzględniono dane dotyczące wyłącznie trzech ostatnich lat (pierwsze z ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych zapadły w 2008 r.). Jedynie rok 2008 wydaje się korzystny dla ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych, gdyż ich stopa zwrotu

29. *Fundusze ubezpieczeniowe – Aktywa funduszy kapitałowych (czerwiec 2011)*, www.analizy.pl, (24.08.2011 r.).

plasuje się na szóstej pozycji rankingu. Nie wynika to ze szczególnych wyników inwestycji w ten rodzaj instrumentów finansowych (niemal 0 proc.), a jedynie z niekorzystnie niskich stóp zwrotu UFK. W pozostałych latach średnie stopy zwrotu ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych plasują je na odległych, końcowych pozycjach.

Tablica 5. Roczne stopy zwrotu UFK oraz produktów strukturyzowanych i ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych w latach 2008–2010

LP	Rodzaj produktu	2008	2009	2010
1	UFK akcji polskich małych i średnich spółek	-57,2	46,2	22,2
2	UFK akcji azjatyckich bez Japonii	-48,8	64,8	17,2
3	UFK akcji polskich uniwersalne	-48,0	38,1	16,1
4	UFK akcji europejskich rynków wschodzących	-51,5	63,5	15,2
5	UFK akcji amerykańskich	-28,7	30,8	13,8
6	UFK dłużne USA uniwersalne	26,7	10,2	12,0
7	UFK mieszane polskie aktywnej alokacji	-28,4	21,1	11,6
8	UFK akcji globalnych rynków rozwiniętych	-31,3	35,0	11,1
9	UFK mieszane polskie zrównoważone	-30,7	22,6	10,6
10	UFK akcji europejskich rynków rozwiniętych	-36,7	24,7	9,1
11	UFK mieszane polskie stabilnego wzrostu	-16,6	14,0	8,8
12	UFK mieszane zagraniczne stabilnego wzrostu	-10,8	16,1	7,8
13	UFK mieszane zagraniczne zrównoważone	-27,8	18,0	7,8
14	UFK dłużne polskie papiery skarbowe	7,1	3,5	5,7
15	UFK dłużne polskie uniwersalne	6,9	5,2	5,5
16	UFK gotówkowe i pieniężne	4,3	4,6	4,4
17	UFK akcji zagranicznych sektora nieruchomości	-55,5	44,6	4,2
18	UFK ochrony kapitału polskie z gwarancją	3,7	2,9	2,8
19	UFK mieszane zagraniczne aktywnej alokacji	-38,2	16,6	2,0
20	Produkty strukturyzowane	0,55	2,85	2,83
20	Produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń z UFK***	–	–	3,85
21	Produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń na życie i dożycie***	0,01	5,37	2,23
23	Liczba UFK ze stopą zwrotu niższą od stopy zwrotu produktów strukturyzowanych	14	4	2*
				1**

* dotyczy PS w formie ubezpieczenia z UFK.

** dotyczy PS w formie ubezpieczeń na życie i dożycie.

*** stopa zwrotu dotyczy wyłącznie produktów, których termin zapadalności przypadał w analizowanym roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych portalu www.analizy.pl.

Zestawienie pod względem określonego horyzontu inwestycji (tablica 6) pokazuje, że zarówno UFK, jak i produkty strukturyzowane dają możliwość pomnażania środków finansowych. Rozpiętość między minimalnymi i maksymalnymi stopami zwrotu jest znacząca (ponad 100 pkt. proc. dla produktów strukturyzowanych o horyzoncie inwestycji do jednego roku). Ponieważ średnia stopa zwrotu dla produktów strukturyzowanych w nielicznych przypadkach przekracza poziom 4 proc. (średnia stopa zwrotu z lokat bankowych, najniższa w całym badanym okresie), zatem należy mieć poważne zastrzeżenia do efektów takiej inwestycji. Trudno też wskazać zależność między czasowym horyzontem inwestycji a stopą zwrotu dla produktów strukturyzowanych. Jedynie UFK największe zyski przynoszą wówczas, gdy inwestycję planuje się na dłuższe okresy, co zresztą wynika z ich dobrych wyników w ostatnich latach prezentowanych w rozbiciu na poszczególne UFK.

Tabela 6. Zestawienie średnich stóp zwrotu produktów strukturyzowanych oraz UFK pod względem określonego horyzontu inwestycji

Czas	Roczne stopy zwrotu produktów strukturyzowanych			Roczne stopy zwrotu PS w formie ubezpieczeń z UFK			Roczne stopy zwrotu PS w formie ubezpieczeń na życie i dożycie			Roczne stopy zwrotu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych		
	średnia	Min.	Maks.	średnia	Min.	Maks.	średnia	Min.	Maks.	średnia	Min.	Maks.
do roku	3,78**	-85,94*	22,13	7,51	6,93	8,10	3,01**	-85,94*	16,0	–	–	–
do 2 lat	2,64	-5,13	15,41	–	–	–	8,68	0	30,5	1,66	-2,98	6,3
do 3 lat	3,38	3,45	22,38	0,19	0,19	0,19	1,15	0,00	6,67	3,7	3,7	3,7
powyżej 3 lat	3,95	0	8,87	–	–	–	1,15	0,00	6,67	21,06	-17,8	66,8

* półroczna stopa zwrotu struktury „Skarby Rosji”.

**średnia liczona bez struktury „Skarby Rosji”.

Źródło: opracowanie własne.

5. Zmiany w strukturze rynku ubezpieczeń na życie w efekcie emisji produktów strukturyzowanych

Obserwując proces rozwoju obecnych na polskim rynku inwestycyjnych ubezpieczeń na życie, umożliwiających lokowanie gromadzonych środków, należy podkreślić, że w ostatnich latach rosnący poziom świadomości gospodarstw domowych w zakresie ich oszczędności oraz potrzeba wypracowania zysków z inwestycji zmusiły ubezpieczycieli do redefinicji dotychczasowych produktów. Wydaje się, że zjawisko wykorzystania ubezpieczenia na życie jako alternatywnej formy inwestycji oraz odpowiedź ubezpieczycieli na oczekiwania rynku i proponowanie przez nich polisolek, krótkoterminowych ubezpieczeń z UFK ze zminimalizowanym zakresem ochrony ubezpieczeniowej oraz produktów strukturyzowanych nie pozostały bez wpływu na strukturę rynku ubezpieczeń na życie (tablica 7).

Tablica 7. Struktura rynku ubezpieczeń na życie według grup ubezpieczeń

Rodzaj ubezpieczenia	Udział w ogólnej składce przypisanej brutto (w proc.)										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
1) na życie	49,7	47,3	48,0	48,3	45,0	38,4	38,6	72,8	63,5	59,70	55,15
2) posagowe	1,1	1,4	1,3	1,1	1,0	0,7	0,5	0,3	0,4	0,38	0,34
3) związane z UFK	32,3	31,8	30,7	31,5	36,6	46,0	46,9	16,1	21,3	25,84	31,23
4) rentowe	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,27	0,31
5) wypadkowe i chorobowe	16,7	17,7	18,3	17,9	16,4	14,4	13,6	10,5	14,4	13,59	12,90

* stan po II kwartałach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU i KNF.

Analiza struktury rynku ubezpieczeń na życie do roku 2001 wskazuje, że udział ubezpieczeń powiązanych z UFK w ogólnej składce przypisanej brutto nieustannie wzrastał do końca 2001 roku.³⁰ Następnie rynek dotknięty został zjawiskiem gwałtownej rezygnacji z polis, co spowodowało niewielki spadek udziału tych ubezpieczeń w składce przypisanej brutto działu I

30. Por. dane KNF.

w latach 2001–2004. Miało to jednak charakter krótkookresowy, a polski rynek ubezpieczeń na życie wykazał, że posiada dalsze możliwości rozwoju, zwłaszcza w zakresie oferowania i różnicowania nowych produktów, a także powiązań z rynkiem kapitałowym i możliwości oferowania nowych form inwestycji. Na koniec 2005 roku udział ubezpieczeń z UFK wyniósł już prawie 37 proc., a w latach 2006–2007 zaobserwowano dalszy wzrost udziału tej grupy, która sukcesywnie wypierała z rynku pozostałe grupy ubezpieczeń. Na szczególną uwagę zasługuje przypis składki w roku 2006, w którym udział grupy 3 w składce po raz pierwszy przekroczył udział grupy 1.

Druga połowa roku 2007 i kryzys na rynkach finansowych spowodował gwałtowny odwrót klientów od produktów inwestycyjnych z UFK (gdzie ryzyko lokowania w całości ponosi ubezpieczający) i zainteresowanie bezpieczniejszymi formami lokowania środków finansowych. Ubezpieczyciele, w odpowiedzi na zapotrzebowanie rynku, konstruują ubezpieczenia depozytowe o charakterze lokat bankowych (nazywane powszechnie polisolokatami) oraz produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń. Oferowanie przez ubezpieczycieli właśnie tego typu produktów spowodowało ponowne odwrócenie sytuacji pomiędzy grupą 1 i 3 działu I. Począwszy od roku 2008 struktura rynku wskazała na przewagę grupy 1, zawierającej właśnie polisolokaty czy produkty strukturyzowane w ubezpieczeniach na życie i dożycie.

Według danych KNF na koniec 2010 r., udział grupy 1 stanowił 59,7 proc. składki przypisanej brutto działu I, z czego 25,82 proc. stanowiła składka z ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych (3,62 mld zł). W pierwszym półroczu 2011 r. udział grupy 1 spadł do poziomu 55,15 proc., ale produkty strukturyzowane w tej grupie stanowiły już jedynie 9,67 proc. składki tej grupy. W tym samym czasie widoczny był przyrost ubezpieczeniowych produktów strukturyzowanych z UFK. Udział UFK, które lokują środki finansowe w instrumenty strukturyzowane lub instrumenty pochodne, w związku z oferowaniem ubezpieczeń strukturyzowanych w łącznej kwocie aktywów UFK, wzrósł z poziomu 1,8 proc. na koniec 2010 roku do 3,8 proc. na koniec I półrocza 2011.

Podsumowanie

Struktura oszczędności gospodarstw domowych w Polsce na przestrzeni ostatnich lat wskazuje, iż nastąpił wyraźny wzrost innych niż depozytowe form oszczędzania. Jednak niepewność warunków na rynkach finansowych i niezadowolające, zwłaszcza w dobie kryzysu finansowego, efekty inwestycji tradycyjnych spowodowały zainteresowanie wykorzystaniem alternatywnych form inwestycji oraz pojawienie się nowych instrumentów, takich jak produkty strukturyzowane. Ze względu na fakt, iż pozwalają one otrzymywać zyski bez względu na stan koniunktury, produkty te cieszą się popularnością wśród inwestorów. Dzięki temu stanowią też w ostatnich latach najnowszy trend w rozwoju polskiego rynku finansowego, w tym ubezpieczeniowego. Wpływ tych form inwestowania na strukturę oszczędności Polaków wciąż jest jednak niewielki – w żadnym z badanych lat nie przekroczył granicy 2 proc.

W Polsce najczęściej wykorzystywaną formą produktu strukturyzowanego jest ubezpieczenie na życie i dożycie. Analiza wskazuje jednak, iż w ostatnim okresie sukcesywnie wzrasta emisja produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia z UFK. Zjawisko wykorzystania ubezpieczenia na życie jako alternatywnej formy inwestycji oraz odpowiedź ubezpieczycieli

na oczekiwania rynku i proponowanie przez nich produktów strukturyzowanych nie pozostają bez wpływu na strukturę rynku ubezpieczeń na życie. Oferowanie przez ubezpieczycieli tzw. polisolokat i produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń zasilających grupę 1 ubezpieczeń na życie spowodowało, iż dynamika przyrostu składki ubezpieczeń z UFK od roku 2008 była zdecydowanie niższa. W dużej mierze dlatego, że ze względu na kryzys na rynkach finansowych towarzyszył im odwrót od średnio- i krótkoterminowych ubezpieczeń z UFK ze zredukowaną do minimum sumą ubezpieczenia. Mimo iż w strukturze rynku wciąż dominujące znaczenie ma grupa 1, można jednak od roku 2009 zauważyć spadek udziału tych ubezpieczeń oraz wzrost udziału ubezpieczeń na życie z UFK, co wynika m.in. z odchodzenia od produktów strukturyzowanych w postaci ubezpieczeń na życie i dożycie (w roku 2010 stanowiły ok. 26 proc. składki grupy 1, a w pierwszej połowie 2011 już tylko ok. 10 proc.) i powrotu do ubezpieczeń związanych z UFK, w ramach których także w coraz większym zakresie oferowane są produkty strukturyzowane.

Ze względu na fakt, iż produkty strukturyzowane są wykorzystywane jako alternatywa dla tradycyjnych inwestycji, ważnym elementem ich analizy powinna być ocena rentowności inwestycji. Znaczącym problemem tego typu inwestycji w Polsce jest ich niska rentowność. Większość produktów gwarantuje wprawdzie ochronę kapitału, przynosi jednak bardzo niskie zyski (średnio poniżej poziomu lokat bankowych). Ponadto istotne trudności dla inwestorów wywołuje brak transparentności produktów strukturyzowanych, szczególnie w zakresie określania aktywów bazowych, współczynników partycypacji i stóp zwrotu. Poważnym niebezpieczeństwem jest również brak standardów nadzoru oraz duża trudność, czy wręcz brak możliwości dostępu do informacji dotyczących tych produktów (szczególnie skali ich emisji czy rentowności), co może utrudniać ich ocenę przez uczestników rynku.

Wykaz źródeł:

- Bednarczyk T.H., *Powiązania rynku ubezpieczeniowego z rynkiem finansowym na przykładzie ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, pod red. J. Handschke, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu nr 127, Poznań 2009.
- Borda M., *Ubezpieczenia na życie jako forma dodatkowego oszczędzania w polskim systemie emerytalnym*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2006, nr 1/2.
- Jajuga K., *Wprowadzenie do inwestycji finansowych*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2009.
- Kania P., Szewieczek D., *Ubezpieczenia oszczędnościowe a funkcja ochronna ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2001–2006*, [w:] *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1197, Wrocław 2008.
- Krasoń M., *Pierwsza struktura z regularną składką*, www.structus.pl.
- Krasoń M., *Poradnik Structus.pl: Pareto wyjaśniamy wątpliwości*, www.structus.pl.
- Krasoń M., Szeliski M., *Rynek produktów strukturyzowanych w Polsce – Raport analityczny, Structus.pl, Warszawa 2011*.
- Krzykowski M., Fornalik A., *Wady i zalety struktur*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” nr 2, 2008.
- Krzykowski M., *Struktury na cenzurowanym*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, nr 9, 2008.
- Krzywda M., *Produkty strukturyzowane w praktyce. Jak zagwarantować ochronę zainwestowanego kapitału i uzyskać zyski wyższe niż na lokacie bankowej*, Wydawnictwo Złote Myśli, Gliwice 2009.

Mokrogulski M., Sepielak P., *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, KNF, Warszawa 2010.

Monkiewicz J., *Podstawy ubezpieczeń, tom II – produkty*, Poltext, Warszawa 2002.

Ostrowska-Dankiewicz A., *Funkcjonowanie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jako integralnej części ubezpieczeń typu unit-linked*, [w:] K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, „Prace Naukowe” nr 60, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.

Rynek produktów strukturyzowanych w Polsce w roku 2010, www.structus.pl.

Stroiński E., *Ubezpieczenie na życie jako metoda zabezpieczenia finansowego gospodarstwa domowego*, [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, SGH, Warszawa 2005.

Sytuacja gospodarstw domowych w 2010 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych, Główny Urząd Statystyczny, Departament Warunków Życia, Warszawa 2011.

Zalewska A., *Produkty strukturyzowane napędzają rynek UFK*, www.inwestycje.pl.

Zaremba A., *Produkty strukturyzowane – inwestycje nowych czasów*, Helion, Gliwice 2009.

Insurance structured products – impact on the Polish life insurance market – Summary

The investment product market in Poland is constantly growing. New forms of financial instruments appear which may be an alternative to existing forms of saving, and structured products are among them.

This article aims to present the impact of structured products on the Polish life insurance market. It also presents the types of structured products existing on the Polish market, as well as the form and characteristics of structured products which take the form of insurance (including the newest type of these products, e.g. Pareto). The authors attempt to show trends taking place in Poles' savings and the situation on the Polish life insurance market, which is influenced, especially in the past few years, by the structured policies offered by insurers, which are increasingly regarded as an alternative form of investing capital.

DR MARIETTA JANOWICZ-LOMOTT – adiunkt w Katedrze Finansów, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

DR ANNA OSTROWSKA-DANKIEWICZ – adiunkt w Zakładzie Finansów i Bankowości, Wydział Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej.

TERESA H. BEDNARCZYK

Ekonomiczne i instytucjonalne czynniki rozwoju ubezpieczeń

Relatywnie szybki rozwój sektora ubezpieczeniowego, obserwowany w ostatnich dekadach zarówno na świecie, jak i w Polsce, skłania do refleksji nad czynnikami tego rozwoju. W opracowaniu omówiono najważniejsze czynniki, zarówno o charakterze ekonomicznym, jak i pozaekonomicznym. Obydwie grupy czynników są ważne, lecz ich znaczenie zmienia się wraz z poziomem rozwoju gospodarek narodowych. W krajach wysoko rozwiniętych udział czynników pozaekonomicznych stopniowo zanika na rzecz czynników ekonomicznych, które odgrywają bardziej aktywną rolę w pobudzaniu wzrostu ubezpieczeń. W końcowej części artykułu zwrócono też uwagę na poziom rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego oraz czynniki sprzyjające jego wzrostowi. Opracowanie ma charakter przeglądowy, reasumujący poglądy teoretyczne i badania empiryczne prezentowane w piśmiennictwie naukowym, zarówno krajowym, jak i anglojęzycznym.

Wprowadzenie

Odpowiedni poziom rozwoju finansowego kraju, w tym sektora ubezpieczeniowego, staje się jednym z niezbędnych warunków wzrostu w sferze realnej gospodarki. Ubezpieczyciele oprócz dostarczania ochrony ubezpieczeniowej, która stabilizuje środowisko funkcjonowania podmiotów gospodarujących, pełnią też funkcję inwestorów instytucjonalnych i dostarczają gospodarce podobnych korzyści, co pozostali pośrednicy finansowi. Przyczyniają się do promowania stabilności finansowej i współuczestniczą w jak najlepszym dostosowywaniu czynników wytwórczych gospodarki do potrzeb społeczeństwa.

Sprawność systemu finansowego w mobilizowaniu oszczędności i efektywnej alokacji kapitału jest oczywistym warunkiem wspierania procesów inwestycji i konsumpcji w skali całej gospodarki. Proces rozwoju działalności sektora ubezpieczeniowego odgrywa istotną rolę nie tylko w poszczególnych gospodarkach narodowych, ale też w skali międzynarodowej, tworząc potężny „przemysł ubezpieczeniowy”. Celem opracowania jest omówienie najważniejszych czynników, które mają wpływ na ten proces. W krajach rozwijających się siłą napędową rozwoju ubezpieczeń są czynniki pozaekonomiczne, natomiast w krajach wysoko rozwiniętych ważniejszą rolę odgrywają czynniki ekonomiczne.

1. Rozwój ubezpieczeń i jego pomiar

We współczesnej literaturze ekonomiczno-finansowej rozwój ubezpieczeń rozważany jest przynajmniej w dwóch aspektach. Z jednej strony – jako jeden z kluczowych elementów rozwoju finansowego kraju, który stanowi składową rozwoju ekonomicznego (koncepcja wywodząca się z teorii przedsiębiorcy i innowacji J. Schumpetera). Z drugiej zaś strony – z uwagi na bardzo silne więzi sektora ubezpieczeniowego z innymi sektorami gospodarki – jako jeden z czynników długookresowego wzrostu gospodarczego.

Analiza dostępnej literatury pozwala zauważyć, że rozwój ubezpieczeń jest kategorią dość złożoną, stanowiącą pewien zbiór określeń, która często występuje w literaturze przedmiotu, lecz rzadko jest definiowana wprost. Według słownika języka polskiego, słowo „rozwój” oznacza proces przeobrażeń, zmian zachodzących w różnych dziedzinach, polegających na przechodzeniu do stanu lub form bardziej złożonych lub pod pewnymi względami doskonalszych.¹ J. Handschke, dokonując oceny rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń w ostatnim dwudziestoleciu, utożsamia go z różnymi aspektami przemian, jakie miały miejsce w tym obszarze². Podejmując próbę zdefiniowania kategorii „rozwój ubezpieczeń” (systemu ubezpieczeniowego), należałoby przyjąć, że jest to długotrwały proces doskonalenia rynku ubezpieczeniowego, instytucji i instrumentów ubezpieczeniowych, ukierunkowany na powiększanie wolumenu transakcji ubezpieczeniowych oraz podwyższanie ich efektywności.

W piśmiennictwie naukowym historyczny proces kształtowania się ubezpieczeń (fazy rozwojowe ubezpieczeń) rozpatrywany jest w oparciu o różne koncepcje. Jedną z nich jest zasięg i ekonomiczne znaczenia działalności ubezpieczeniowej oraz stopień jej wyodrębnienia spośród innych funkcji gospodarczych i tworzenie się wyspecjalizowanych, samodzielnych instytucji ubezpieczeniowych.³ Badacze przyjmują też inne kryteria systematyzacji historycznego rozwoju ubezpieczeń, biorąc pod uwagę m.in.: zakres ingerencji państwa i społeczne funkcje ochrony ubezpieczeniowej, charakter własności, system regulacji prawnych dotyczących ubezpieczeń, dominację empirycznych (intuicyjnych) lub naukowych (aktuarialnych) metod zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym.⁴ Powszechnie znana jest periodyzacja dziejów ubezpieczeń gospodarczych na podstawie oceny związku ubezpieczeń z aktualną formacją społeczno-gospodarczą, w której funkcjonują. Według T. Sangowskiego formacja ta stanowi nie tylko charakterystyczną cechę rozwoju ubezpieczeń, ale przede wszystkim inspirację tego rozwoju.⁵

W praktyce rozwój ubezpieczeń przejawia się w zwiększającej się liczbie produktów ubezpieczeniowych, poprawie dostępności do nich oraz wzroście pozyskiwanych przez ubezpieczycieli składek ubezpieczeniowych. Do pomiaru rozwoju ubezpieczeń w danej gospodarce narodowej używa się tradycyjnie trzech miar, są to:

1. *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, PWN, Warszawa 1993, s. 123.
2. J. Handschke, *Polskie doświadczenie w formowaniu i rozwoju rynku ubezpieczeń – wybrane aspekty*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 3, s. 56–69.
3. A. Banasiński, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1996, s. 18.
4. G. Ancyparowicz, *Szkice z dziejów ubezpieczeń*, Warszawa 2003, s. 29.
5. T. Sangowski, *Rozwój ubezpieczeń na świecie i w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, s. 298.

- wartość składek przypisanych brutto z ubezpieczeń bezpośrednich oraz dynamika ich wzrostu;
- wskaźniki gęstości ubezpieczeń;
- wskaźniki penetracji ubezpieczeń.

Biorąc pod uwagę wartość składek przypisanych brutto z ubezpieczeń bezpośrednich, należy zauważyć, że w ostatnich latach w Europie i na świecie miał miejsce systematyczny rozwój ubezpieczeń, chociaż nierównomierny w poszczególnych krajach, co wynikać może z dysproporcji rozwoju ekonomicznego w skali globalnej i regionalnej oraz zachodzących procesów historycznych. Do roku 2003 największy udział w światowym rynku ubezpieczeń (ok. 40 proc. globalnych składek ubezpieczeniowych) przypadła Ameryce Płn.⁶ Począwszy od 2004 roku, pierwsze miejsce zajmuje Europa,⁷ przy czym Ameryka Płn. jest nadal największym na świecie rynkiem ubezpieczeń majątkowych (40,5 proc.), Europa zaś jest największym rynkiem ubezpieczeń życiowych (40,1 proc.). W 2009 r. globalna wartość składek ubezpieczeniowych wynosiła 4,1 bln dolarów, co stanowiło 7 proc. światowego produktu brutto, z czego 57 proc. stanowiły składki z tytułu ubezpieczeń życiowych, a 43 proc. z tytułu ubezpieczeń innych niż życiowe. Najmocniejszą pozycję na rynku europejskim posiada branża ubezpieczeniowa w Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. Relatywnie małe znaczenie mają nadal rynki ubezpieczeniowe w krajach Europy Środkowej i Wschodniej⁸, chociaż ich znaczenie powoli się zwiększa (por. dane w tabeli 1).

Tabela 1. Wielkość rynków ubezpieczeniowych w wybranych krajach Europy mierzona udziałem składki przypisanej brutto w składce w Europie ogółem w wybranych latach (w proc.)

	Lata						
	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2009/1996
Wielka Brytania	20,1	28,3	26,7	31	23,6	19,3	-4,0
Francja	21,3	15,9	17,9	16,5	17,3	18,9	-11,3
Niemcy	22,7	16,9	14,7	13,8	15,5	16,2	-28,6
Włochy	6,6	9,4	9,7	8,4	8,7	11,1	68,2
Holandia	5,6	5,2	6,7	6,3	7,2	7,2	28,6
Hiszpania	4,5	5,1	4,8	4,6	5,5	5,7	26,7
Szwajcaria	4,9	4,2	2,8	2,5	3,1	3,3	-32,6
Austria	2,1	1,5	1,4	1,3	1,5	1,6	-23,8
Polska	0,5	0,8	0,9	1,0	1,6	1,1	120,0
Czechy	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	150,0
Węgry	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	200,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CEA.

6. S. Schich, *Insurance Companies and the Financial Crisis*, „Financial Market Trends” 2009, nr 2, OECD Journal.
7. W 2010 r. na kontynencie europejskim pozyskano 37 proc. wszystkich składek ubezpieczeniowych, podczas gdy w Ameryce Płn. – 30 proc., a w Azji – 27 proc. Nadal stosunkowo najmniej składek ubezpieczeniowych generuje się na rynku Ameryki Łacińskiej (3 proc.) oraz Afryki (3 proc.), por. *European Insurance – Key facts, 21 sep 2011 – Statistical publication*.
8. Za rynki duże uznaje się takie, których udział przekracza 3 proc. Udział rynków ubezpieczeniowych krajów EŚW w rynku europejskim oscyluje wokół 1 proc.

Wskaźniki gęstości oraz penetracji ubezpieczeń są najbardziej odpowiednie dla przeprowadzania porównań rozwoju ubezpieczeń między krajami. Wskaźniki gęstości odzwierciedlają wielkość populacji danego kraju i reprezentują rzeczywisty poziom wzrostu rynku ubezpieczeń. Wskaźniki penetracji ubezpieczeń pokazują znaczenie branży ubezpieczeniowej w gospodarce.⁹

Biorąc pod uwagę wskaźniki penetracji ubezpieczeń obliczone dla różnych krajów, należy zauważyć, że są one dość mocno zróżnicowane, zarówno w grupie krajów OECD, jak i między grupami krajów najbardziej rozwiniętych gospodarczo oraz krajów rozwijających się (por. tabela 2 i 3). W ostatnich dziewięciu latach najbardziej spektakularny wzrost wskaźników penetracji ubezpieczeń miał miejsce w takich krajach jak: Dania (prawie trzykrotny wzrost wskaźnika gęstości ubezpieczeń), Tajwan i Indie (dwiupółkrotny wzrost wskaźnika gęstości ubezpieczeń). Wzrosty te należy postrzegać jako przejaw rosnącego znaczenia ubezpieczeń w gospodarkach tych krajów. Wypada jednocześnie podkreślić, że w latach 2000–2009, w niektórych krajach OECD, takich jak: Australia, Japonia, Korea Płd., Hiszpania, Szwajcaria, Wielka Brytania i USA, a także w RPA, wskaźniki penetracji ubezpieczeń nieznacznie się zmniejszyły. Można to zinterpretować jako osiągnięcie pełnej dojrzałości rynków ubezpieczeniowych w tych

Tabela 2. Wskaźniki penetracji ubezpieczeń w latach 2000 i 2009 w krajach OECD oraz ich dynamika (w proc.)

Kraj	2000	2009	Dynamika 2009/2000
Australia	8,97	6,16	68,7
Austria	5,63	6,01	106,7
Belgia	7,73	7,95	102,8
Kanada	6,47	7,44	114,9
Chile	3,79	3,81	100,5
Czechy	3,22	3,97	123,3
Dania	6,36	9,26	275,6
Finlandia	8,90	9,57	107,5
Francja	9,03	10,37	114,8
Niemcy	6,44	7,11	110,4
Węgry	2,84	3,09	108,8
Włochy	5,68	7,75	136,4
Japonia	11,29	10,18	90,2
Korea Płd.	11,09	10,92	98,5
Meksyk	1,48	1,99	134,4
Holandia	9,50	13,57	142,8
Nowa Zelandia	5,17	5,78	111,8
Polska	2,79	3,77	135,1
Portugalia	5,54	8,24	148,7
Hiszpania	6,53	5,64	86,4
Szwecja	6,77	8,09	119,5
Szwajcaria	11,99	10,03	83,6
Turcja	1,07	1,27	118,7
Wielka Brytania	16,89	12,92	76,4
USA	8,72	8,07	92,5

Źródło: *Sigma* wybrane roczniki.

9. Do pomiaru wkładu sektora ubezpieczeniowego w PKB służy wartość dodana, jaką wytwarza branża ubezpieczeniowa.

Tabela 3. Wskaźniki penetracji ubezpieczeń w latach 2000 i 2009 w wybranych krajach rozwijających się oraz ich dynamika (w proc.)

Kraj	2000	2009	Dynamika 2009/2000
Kraje BRIC			
Brazylia	2,38	2,59	108,8
Rosja	2,34	2,50	106,8
Indie	2,16	5,39	249,5
Chiny	1,61	3,27	203,1
Inne kraje rozwijające się			
Malezja	4,16	4,84	116,3
Singapur	6,17	6,27	101,6
Tajwan	7,01	17,29	246,6
RPA	17,54	12,89	73,5
Egipt	0,59	0,83	140,6
Ekwador	1,31	1,67	127,5
Urugwaj	1,71	1,73	101,2
Indonezja	1,03	1,33	129,1
Filipiny	1,35	1,12	82,9
Nigeria	0,57	0,48	84,2

Źródło: Jak w tabeli 2.

krajach. Niestety w wielu krajach rozwijających się Afryki oraz Ameryki Południowej, a także w Turcji, Chinach i Meksyku, wskaźniki penetracji ubezpieczeń pozostają nadal na bardzo niskim poziomie i odzwierciedlają niski poziom rozwoju gospodarczego tych krajów. Na przykład dla Ekwadoru, Urugwaju, Turcji, Chin i Meksyku wskaźniki penetracji ubezpieczeń nie przekraczają 2 proc., zaś dla Egiptu i Nigerii – są mniejsze niż 1 proc.

2. Czynniki kształtujące rozwój ubezpieczeń

2.1. Czynniki ekonomiczne

Rynki ubezpieczeniowe poszczególnych krajów rozwijają się pod wpływem oddziaływania wielu różnych czynników, które najczęściej dzieli się na cztery grupy:

- ekonomiczne,
- demograficzne,
- społeczne i kulturowe,
- strukturalne.

W świetle badań empirycznych czynniki te mogą oddziaływać na rozwój ubezpieczeń zarówno pozytywnie, jak i negatywnie (por. tabela 4).

Czynniki ekonomiczne są bardzo ważne zarówno w rozwoju ubezpieczeń na życie, jak i w rozwoju ubezpieczeń majątkowych. Ubezpieczenia życiowe odgrywają istotną rolę w mobilizowaniu oszczędności. Popyt na nie jest silnie skorelowany ze stopą oszczędzania i wysokością dochodów rozporządzalnych *per capita*. Im wyższa skłonność do oszczędzania oraz im wyższe dochody gospodarstw domowych, tym wyższy jest poziom popytu i rozwoju ubezpieczeń na życie, przy założeniu, że inflacja jest na stosunkowo niskim poziomie. Wysoka inflacja generalnie nie sprzyja oszczędnościom długoterminowym, więc i popytowi

Tabela 4. Ekonomiczne i demograficzne czynniki kształtujące popyt na ubezpieczenia w świetle badań empirycznych

Zmienna	Efekt	Przykłady badań
Czynniki ekonomiczne		
Dochody do dyspozycji	Pozytywny	Wszystkie badania
Dochody permanentne	Pozytywny	Fortune (1972); Outreville (1980, 1985); Beck, Webb (2003).
Nierówności w dystrybucji dochodów	Niejednoznaczny	Beenstock i inni (1986); Beck, Webb (2003); Nakata, Sawada (2007); Feyen i inni (2100).
Cena ubezpieczeń	Negatywny	Mantis, Farmer (1968); Fortune (1973); Babbel (1985); Outreville (1985); Outreville (1990); Browne i inni (2000); Esho i inni (2004).
Przewidywana stopa inflacji	Negatywny	Browne, Kim (1993); Outreville (1996); Beck, Webb (2003); Li i inni (2007).
Realne stopy procentowe	Niejednoznaczny	Outreville (1996); Beck, Webb (2003); Lim, Haberman (2003); Li i inni (2007); Sen (2008); Chen, Lee, Lee (2011).
Zmienność stopy procentowej	Niejednoznaczny	Beck and Webb (2003).
Wpływ rynku giełdowego	Niejednoznaczny	Headen, Lee (1974); Lim, Haberman (2003); Chui, Kwok (2009); Avram i inni (2010); Chen, Lee, Lee (2011).
Stopa bezrobocia	Negatywny	Mantis, Farmer (1968); Outreville (1980); Beenstock i inni (1986); Lenten, Rulli (2006).
Czynniki demograficzne		
Wielkość populacji	Pozytywny	Mantis, Farmer (1968); Nakata, Sawada (2007); Feyen i inni (2011).
Urbanizacja	Pozytywny (z wyjątkami)	Outreville (1996); Browne i inni (2000); Szabliski (2002); Beck, Webb (2003); Hwang, Gao (2003); Esho i inni (2004); Hwang, Greenford (2005); Sen (2008); Chen, Lee, Lee (2011); Park, Lemaire (2011).
Struktura wiekowa	Niejednoznaczny	Truett, Truett (1990); Browne i inni (2000); Chen i inni (2001).
Wskaźnik obciążenia demograficznego	Niejednoznaczny	Beenstock i inni (1986); Truett, Truett (1990); Browne, Kim (1993); Beck, Webb (2003); Li i inni (2007); Sen (2008); Chui, Kwok (2008 i 2009); Feyen i inni (2011).
Długość życia	Niejednoznaczny	Beenstock i inni (1986); Browne, Kim (1993); Outreville (1996); Ward, Zurbruegg (2000); Beck, Webb (2003); Lim, Haberman (2003); Li i inni (2007); Sen (2008); Chui, Kwok (2009); Chen, Lee, Lee (2011); Feyen i inni (2011).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie J.F. Outreville, *The Relationship Between Insurance Growth and Economic Development: 80 Empirical Papers for a Review of the Literature*, "Working Paper" 2011, No.12.

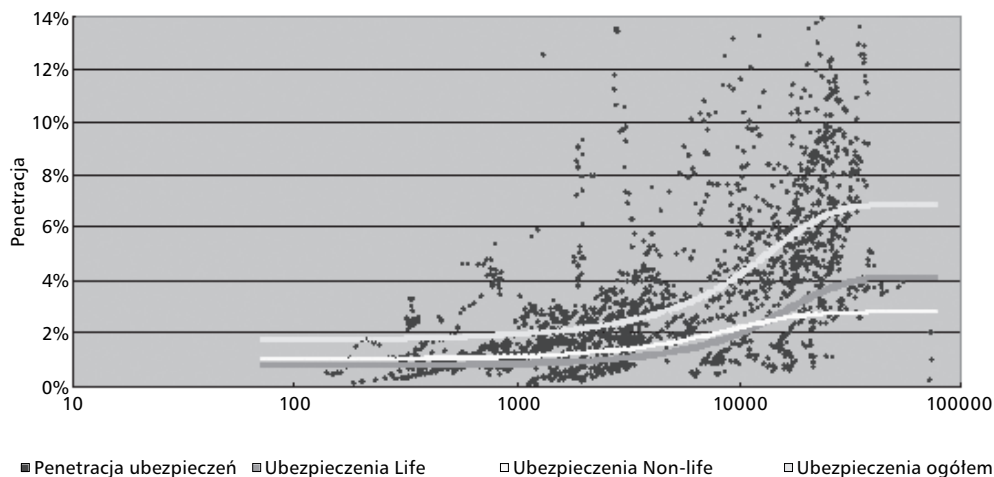
na ubezpieczenia życiowe, które z założenia mają charakter długoterminowy.¹⁰ Im wyższe dochody rozporządchalne, tym większy jest popyt gospodarstw domowych na ubezpieczenia majątkowe, przy czym dochody mają znacznie większy wpływ na zakup ubezpieczeń komunikacyjnych niż ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej.

Związek między rozwojem rynków ubezpieczeniowych a poziomem rozwoju gospodarczego krajów przedstawia model opracowany przez Enza, pod nazwą „krzywa logistyczna S”, który obrazuje zależność między wskaźnikami penetracji ubezpieczeń a wartością PKB *per capita*.¹¹ Kształt krzywej przypomina literę S i implikuje, że przy różnych poziomach PKB *per*

10. J. Carmichael, M. Pomerleano, *The Development and Regulation of Non-Bank Financial Institutions*, World Bank, Washington 2002, s.78–81.

11. Do oszacowania krzywej S wykorzystano model o następującej postaci analitycznej:
$$Y = \frac{1}{C_1 + C_2 \times C_3^x} + \varepsilon$$
 gdzie: Y – PKB *per capita*, X – wskaźnik penetracji ubezpieczeń, C₁, C₂, C₃ – estymowane parametry, ε – składnik losowy, por. R. Enz, *The S-curve relation between per-capita income and insurance penetration*, „The Geneva Papers and Insurance” 2000, No. 25(3), s. 396–406.

Wykres 1. Krzywe regresji ubezpieczeń ogółem, ubezpieczeń życiowych i majątkowych w zależności od poziomu PKB *per capita*



Źródło: W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/IIIs Research Awards Partnership” 2008.

capita różne jest tempo wzrostu penetracji ubezpieczeń. Badacze chińscy: W. Zheng, Y. Liu oraz Y. Deng, na podstawie modelu logistycznego, przy wykorzystaniu danych historycznych z 95 krajów świata, w okresie badawczym 1980–2006 (27 lat), oszacowali krzywe regresji dla ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń majątkowych oraz ubezpieczeń obydwu działów badanych krajów (por. wykres 1). Krzywe te wskazują, że gdy poziom PKB na mieszkańca jest niski, tempo wzrostu penetracji ubezpieczeń jest stosunkowo wolne. Wraz ze wzrostem PKB *per capita* zwiększa się również tempo penetracji ubezpieczeń, jednak po przekroczeniu pewnego poziomu PKB *per capita* tempo wzrostu penetracji ubezpieczeń ponownie ulega wyhamowaniu. Z modelu tego wynika, że rozwój ubezpieczeń jest ograniczony i nie może przekroczyć pewnego poziomu rozwoju gospodarczego.¹²

Badania empiryczne poszczególnych grup czynników ekonomicznych wskazują, że popyt na usługi ubezpieczeniowe jest bardziej wrażliwy względem dochodów niż względem cen. Elastyczność cenowa popytu na usługi ubezpieczeniowe jest stosunkowo niska, chociaż zróżnicowana w zależności od kraju oraz od rodzaju ubezpieczeń (por. dane w tabeli 6). Elastyczność cenowa popytu na ubezpieczenia majątkowe jest nieco większa niż na ubezpieczenia życiowe. Według badań prowadzonych w USA, bezwzględna wartość wskaźnika elastyczności cenowej popytu na ubezpieczenia na życie wahała się między 0,32 a 0,92.¹³

Elastyczność dochodowa popytu zależy od poziomu rozwoju kraju. Zgodnie z modelem logistycznej krzywej S, wskaźnik elastyczności dochodowej popytu jest niski w krajach o bardzo niskim i bardzo wysokim poziomie PKB *per capita*, w krajach zaś o średnim poziomie

12. W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/IIIs Research Awards Partnership” 2008.

13. D. Babbel, *The Price Elasticity of Demand for Whole Life Insurance*, „Journal of Finance” 1985, No. 40(1).

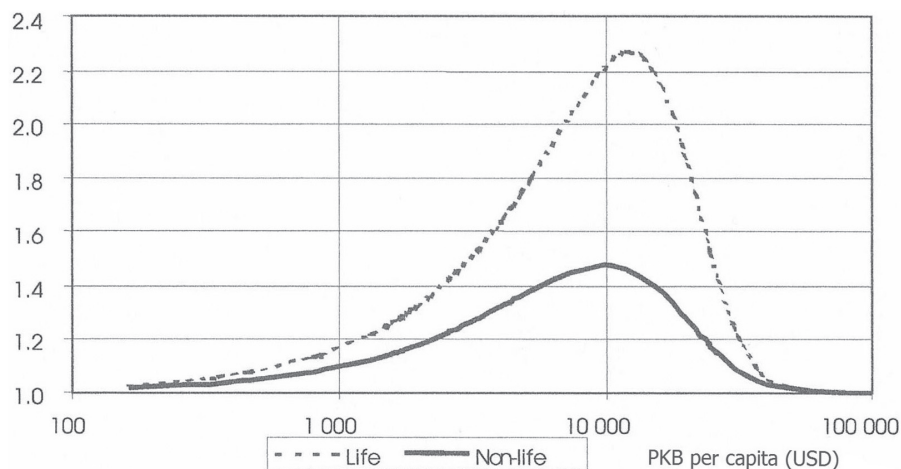
Tabela 5. Elastyczność cenowa i dochodowa popytu na niektóre grupy produktów ubezpieczeniowych w wybranych krajach

Wyszczególnienie	Współczynniki elastyczności cenowej popytu	Współczynniki elastyczności dochodowej (PKB) popytu
Niemcy – ubezpieczenia od ognia	od -0,2 do -0,3	1,5–2,0
Chile		
Ubezpieczenia od ognia	-0,9 do -1,2	3,0–4,0
Ubezpieczenia od trzęsienia ziemi	-1,0	3,0
Ubezpieczenia morskie	-1,0	2,0–2,5
Ubezpieczenia komunikacyjne	-0,8	2,8
Japonia		
Ubezpieczenia od ognia	-1,0	1,7
USA		
Ubezpieczenia na życie	-0,7	2,0–2,5

Źródło: H.D. Skipper, W.J. Kwon, *Risk Management and Insurance: Perspectives in a Global Economy*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2007, s. 522.

rozwoju – wskaźnik ten jest większy od 1. W świetle badań empirycznych, elastyczność dochodowa popytu na ubezpieczenia życiowe jest wyższa niż na ubezpieczenia majątkowe. W oparciu o szacunki ekonometryczne ustalono, że w krajach o PKB *per capita* na poziomie 15 tys. USD maksymalny wskaźnik elastyczności dochodowej popytu na ubezpieczenia life wynosi blisko 2. W krajach o PKB *per capita* około 10 tys. USD – wskaźnik elastyczności dochodowej popytu na ubezpieczenia *non-life* jest niższy i wynosi 1,5 (por. wykres 2). Elastyczność dochodowa popytu ubezpieczeń na życie w Azji jest około trzy razy większa niż w krajach OECD. Jeżeli wskaźnik elastyczności dochodowej popytu odbiega od kierunku określonego przez logistyczną krzywą S, oznaczać to może, że większy wpływ na popyt na usługi ubezpieczeniowe odgrywają czynniki pozaekonomiczne niż dochody.¹⁴

Wykres 2. Elastyczność dochodowa popytu na ubezpieczenia życiowe i majątkowe



Źródło: R. Enz, *The S-curve relation between per-capita income and insurance penetration*, „The Geneva Papers and Insurance” 2000, No. 25(3), s. 396–406.

14. R. Enz, op.cit.

2.2. Czynniki pozaekonomiczne

Czynniki pozaekonomiczne, takie jak: uwarunkowania demograficzne, społeczne i kulturowe oraz czynniki strukturalne, mogą wpływać na rozwój ubezpieczeń, podobnie jak czynniki ekonomiczne, zarówno pozytywnie, jak i negatywnie (por. tabela 6). Zatomizowana struktura gospodarstw domowych oraz długowieczność społeczności żyjącej w krajach wysoko rozwiniętych generalnie sprzyja wzrostowi popytu na ubezpieczenia osobowe, takie jak renty życiowe i produkty emerytalne. Z kolei model rodzin wielopokoleniowych w społecznościach rolniczych, zamieszkujących głównie kraje słabo rozwinięte, redukuje popyt na ubezpieczenia życiowe i emerytalne. Podobna prawidłowość dotyczy poziomu edukacji. Społeczności bardziej wykształcone posiadają większą świadomość ubezpieczeniową, dotyczącą zarówno ubezpieczeń życiowych, jak i majątkowych.

Uwarunkowania kulturowe w niektórych krajach Azji, np. w Korei Płd., sprzyjają rozwojowi ubezpieczeń życiowych, ponieważ ubezpieczenia te od lat nabywane są jako instrumenty

Tabela 6. Inne czynniki kształtujące popyt na ubezpieczenia w świetle badań empirycznych

Zmienna	Efekt	Przykłady badań
Czynniki społeczne i kulturowe		
Awersja do ryzyka	Niejednoznaczny	Browne, Kim (1993); Browne i inni (2000); Park i inni (2002); Esho i inni (2004).
Edukacja	Pozytywny	Truett, Truett (1990); Browne, Kim (1993); Ward, Zurbruegg (2002); Webb i inni (2002); Hwang, Gao (2003); Hwang, Greenford (2005); Li i inni (2007); Arena (2008); Han i inni (2010); Curak i inni (2009); Chen, Lee, Lee (2011); Feyen i inni (2011).
Religia (Islam)	Negatywny	Browne, Kim (1993); Outreville (1996); Webb i inni (2002); Ward, Zurbruegg (2002); Beck, Webb (2003); Chui, Kwok (2008 i 2009); Feyen i inni (2011); Park i Lemaire (2011).
Czynniki kulturowe		Park i inni (2002); Esho i inni (2004); Chui, Kwok (2008, 2009); Park, Lemaire (2011).
Czynniki strukturalne		
Rozwój finansowy	Pozytywny	Outreville (1990 i 1996); Ward, Zurbruegg (2002); Beck, Webb (2003); Li i inni (2007); Arena (2008); Sen (2008); Chui, Kwok (2008 i 2009); Avram i inni (2010); Chen, Lee, Lee (2011); Feyen i inni (2011).
Monopolizacja rynku	Negatywny	Outreville (1990 i 1996).
Obecność firm zagranicznych	Niejednoznaczny	Outreville (1990 i 1996); Browne i inni (2000); Li i inni (2007).
Koncentracja rynku	Negatywny	Outreville (1996); Feyen i inni (2011); Park, Lemaire (2011).
Stopień otwarcia rynku	Pozytywny	Arena (2008); Curak i inni (2009); Avram i inni (2010); Chen, Lee, Lee (2011).
Poziom zabezpieczenia społecznego	Niejednoznaczny	Beenstock i inni (1986); Browne, Kim (1993); Outreville (1996); Ward, Zurbruegg (2002); Hwang, Greenford (2005); Li i inni (2007); Chen, Lee, Lee (2011); Feyen i inni (2011).
System prawny	Niejednoznaczny	Browne i inni (2000); Webb i inni (2002); Beck, Webb (2003); Esho i inni (2004); Park, Lemaire (2011).
Egzekwowanie prawa własności	Pozytywny	Ward, Zurbruegg (2002); Esho i inni (2004); Nataka, Sawada (2007); Chui, Kwok (2008 i 2009); Avram i inni (2010); Feyen i inni (2011).
Ryzyko polityczne	Negatywny	Ward, Zurbruegg (2002); Webb i inni (2002); Beck, Webb (2003).

Źródło: Jak w tabeli 4.

oszczędnościowe. W niektórych kulturach, np. w krajach islamskich, ubezpieczenia na życie są sprzeczne z obowiązującą religią, w związku z tym czynniki kulturowe i religijne nie sprzyjają rozwojowi tego rodzaju ubezpieczeń. W świetle badań empirycznych uwarunkowania kulturowe odgrywają ważniejszą rolę w rozwoju ubezpieczeń w krajach, które mają wysoki poziom edukacji i PKB.¹⁵ Także przenikanie się kultur ułatwia adaptację wzorców rozwoju ubezpieczeń z bardziej rozwiniętego otoczenia.

Kolejna grupa czynników pozaekonomicznych, takich jak urbanizacja i industrializacja, wpływa korzystnie na rozwój ubezpieczeń. Należałoby zauważyć, że zarówno przykład krajów bardziej zaawansowanych w rozwoju przemysłowym, jak i obecność zagranicznych ubezpieczycieli oddziałuje pozytywnie na rozwój ubezpieczeń krajowych, pobudzając inicjatywę rozwoju rodzimych instytucji ubezpieczeniowych oraz stymulując kształtowanie się konkurencyjnego środowiska w całym systemie finansowym oraz w jego poszczególnych segmentach. Ale globalizacja sektorów gospodarczych i finansowych wpływać też może negatywnie na rozwój ubezpieczeń. Stale postępująca koncentracja ryzyka wywołująca potrzebę wzmacniania siły finansowej ubezpieczycieli oraz nasilająca się konkurencja na krajowym i międzynarodowym rynku ubezpieczeniowym doprowadziły do powstania silnych konglomeratów finansowych, wzrostu koncentracji ubezpieczeń, niebywałej fali przejęć w formie fuzji lub likwidacji słabszych konkurentów. Warto zauważyć, że podobne procesy mają miejsce również w sferze reasekuracji.

Rozwój ubezpieczeń w najnowszych badaniach rozpatrywany jest jako część szerszej kategorii ekonomicznej, którą jest rozwój finansowy kraju, zaliczany do czynników strukturalnych. Rozwój finansowy ma pozytywny wpływ na rozwój ubezpieczeń, zarówno z punktu widzenia wzrostu podaży, jak i popytu na ubezpieczenia. Pozytywny związek między konsumpcją ubezpieczeń a wielkością sektora finansowego dokumentuje wiele prac naukowych, znanych szerzej w piśmiennictwie zagranicznym niż krajowym.¹⁶ W rozwoju ubezpieczeń ważne są również inne czynniki, takie jak decyzje polityczne dotyczące np. bezpośrednio dostarczania ubezpieczeń przez sektor publiczny, liberalizacja w dostępie do krajowego rynku ubezpieczeniowego i popieranie konkurencji ze strony ubezpieczycieli zagranicznych, zapewnianie stabilności społecznej i ekonomicznej, realizowanie polityki proeksportowej poprzez ubezpieczanie transakcji eksportowych przy udziale środków publicznych itp. Zwiększaniu popytu na ubezpieczenia, zwłaszcza życiowe, sprzyjają ulgi podatkowe

15. A.C. Chui, C.C. Kwok, *National Culture and Life Insurance Consumption*, „Journal of International Business Studies” 2008, No. 39(1); A.C. Chui, C.C. Kwok, *Cultural Practices and Life Insurance Consumption: An International Analysis Using GLOBE Scores*, „Journal of Multinational Financial Management” 2009, No. 19(2); S.C. Park, J. Lemaire, *The Impact of Culture on the Demand for Non-Life Insurance*, University of Pennsylvania, „Wharton School Working Paper IRM” 2011, No. 2.

16. Rola sektora finansowego w rozwoju ubezpieczeń była badana m.in. przez: F.J. Outreville, *The Economic Significance of Insurance Markets in Developing Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 1990, No. 57(3); F.J. Outreville, *Life Insurance Markets in Developing Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 1996, No. 63(2); D. Ward, R. Zurbrugg, *Law, politics and life insurance consumption in Asia*, „Geneva Papers on Risk and Insurance” 2002, No. 27(3); M. Arena, *Does Insurance Market Activity Promote Economic Growth? A Cross-Country Study for Industrialized and Developing Countries*, Raport the World Bank 2006, WPS4098, dostępny na: www.econ.worldbank.org; T. Beck, I. Webb, *Economic, Demographic, and Institutional Determinants of Life Insurance Consumption Across Countries*, „World Bank Economic Review” 2003, No. 17(1).

z tytułu zakupu ubezpieczeń emerytalnych oraz poziom rozwoju systemów zabezpieczeń społecznych, które w krajach biednych są zazwyczaj dużo słabiej rozwinięte i dostarczają niższych świadczeń, niż w krajach bogatych. System zabezpieczenia społecznego i prywatne ubezpieczenia na życie są w pewnym zakresie substytucyjne, co oznacza, że im lepiej rozwinięty system zabezpieczenia społecznego, tym mniej bodźców do rozwoju prywatnych ubezpieczeń na życie i vice versa. W związku z tym, w krajach o wysokim poziomie PKB *per capita* czynniki instytucjonalne mają tendencję do ograniczenia wzrostu ubezpieczeń działu I. Innymi słowy, jeśli PKB *per capita* rośnie (i towarzyszy mu wzrost świadczeń z systemu zabezpieczeń społecznych), to będzie stopniowo wzrastać negatywny wpływ czynników instytucjonalnych na rozwój ubezpieczenia na życie.¹⁷ Jak wskazują wyniki badań, zależność ta nie jest jednoznaczna *a priori*. Niektórzy badacze twierdzą przeciwnie, iż rozwój ubezpieczeń, zwłaszcza emerytalnych, poprzez swój efekt dochodowy może kreować zwiększony popyt na rynkowe ubezpieczenia życiowe.¹⁸

Jeśli chodzi o ubezpieczenia majątkowe, to w świetle badań empirycznych, większy zakres ubezpieczeń obowiązkowych stwarza lepsze bodźce do ich rozwoju.¹⁹ Obowiązek ubezpieczania dotyczy z reguły tych kategorii ryzyka, które mają szczególne znaczenie gospodarcze lub społeczne, a zakres obowiązkowych ubezpieczeń majątkowych wynika z decyzji administracyjnych oraz realizacji polityki społecznej rządów i ogólnie nie jest związany z PKB na mieszkańca. Tak więc, niezależnie od tego jak wysoki jest poziom PKB na mieszkańca, czynniki instytucjonalne zawsze będą przynosić pozytywne efekty dla rozwoju ubezpieczeń działu II. Rozważając ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia majątkowe łącznie, można sformułować wniosek, że gdy PKB na mieszkańca jest niski, czynniki pozaekonomiczne wywierają pewne pozytywne skutki zarówno na rozwój ubezpieczeń na życie, jak i ubezpieczeń majątkowych, czyli efekt netto dla rozwoju branży ubezpieczeniowej jest pozytywny. Kiedy PKB na mieszkańca jest wysoki, czynniki pozaekonomiczne wywierają zwykle negatywny wpływ na rozwój ubezpieczeń życiowych i pewne pozytywne skutki w zakresie ubezpieczeń majątkowych, przez co łączny efekt netto dla rozwoju branży ubezpieczeniowej jest negatywny. Badacze omawianego zagadnienia zwracają uwagę, że znaczący wpływ na rozwój ubezpieczeń ma jakość środowiska prawnego i regulacyjnego, a zwłaszcza rządu prawa i właściwy stosunek społeczeństwa do władzy. Słaba władza oraz słabe egzekwowanie praw własności negatywnie wpływa na rozwój ubezpieczeń. Z kolei środowisko prawne, które zapewnia dobrą ochronę inwestorów, sprzyja rozwojowi pośrednictwa finansowego, jak również wzrostowi gospodarczemu.²⁰ Badania empiryczne

17. F.D. Lewis, *Dependants and the Demand for Life Insurance*, „American Economic Review” 1989, No. 79(3).

18. M.J. Browne, K. Kim, *An International Analysis of Life Insurance Demand*, „The Journal of Risk and Insurance” 1993, No. 60(4).

19. W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/ILS Research Awards Partnership” 2008.

20. R. La Porta, F. Lopez-de-Silanes, A. Shleifer, R. Vishny, *Law and Finance*, „Journal of Political Economy” 1998, No. 106; R. Levine, *The Legal Environment, Banks, and Long-Run Economic Growth*, „Journal of Money, Credit and Banking” 1998, No. 30(3); R. Levine, *Law, Finance, and Economic Growth*, „Journal of Financial Intermediation” 1999, No. 8(12).

dowodzą, że rosnącemu popytowi na ubezpieczenia sprzyja system prawny, który chroni prawa wierzycieli w przypadku niewypłacalności dłużników.²¹

Generalnie rzecz ujmując, można sformułować wniosek, że otoczenie instytucjonalne – obejmujące system prawny i system regulacji danego kraju – rzutuje na zakres pośrednictwa finansowego, czyli jego szerokość i głębokość oraz efektywność pośredników, rynków i usług finansowych. Jak wynika z badań empirycznych, system prawny należy do podstawowych czynników szeroko rozumianego rozwoju finansowego.²² Regulacje we współczesnej gospodarce rynkowej koegzystują z działaniem mechanizmu rynkowego, a zasadniczą przesłanką ich stosowania są niedoskonałości rynku.²³ W dyskusji wciąż aktualny i nierozwiązany pozostaje problem, jak daleko powinna pójść deregulacja sektora finansowego, aby utrzymać bezpieczny i wydolny system finansowy oraz skutecznie korygować niesprawności mechanizmów rynkowych i promować równorzędną konkurencję.²⁴ Argumentów na rzecz utrzymywania, a nawet wzmacniania regulacji gospodarek dostarczają skutki kryzysów finansowych z lat 2001–2003 oraz obecnego, globalnego kryzysu finansowo-gospodarczego, który wszedł w trzecią fazę i dotknął w szczególności finanse publiczne. Charakter działalności sektora finansowego wymaga bowiem zachowania szczególnego bezpieczeństwa i stabilizacji. Przy tej okazji zwraca się uwagę i podkreśla, że banki i ubezpieczyciele potrzebują odrębnych zasad nadzoru, odzwierciedlających różnice między modelami biznesowymi i profilami ryzyka tych dwóch typów pośredników finansowych.²⁵

3. Analiza strukturalna rozwoju ubezpieczeń

Interesujące wnioski dotyczące rozwoju ubezpieczeń płyną z badań W. Zhenga, Y. Liu, Y. Deng, którzy wyodrębnili trzy rodzaje wzrostu w sektorze ubezpieczeń: wzrost normalny (*regular growth*), wzrost pogłębiony (*deepening growth*) oraz wzrost instytucjonalny (*institutional growth*).²⁶ Wykres 3 ilustruje trójpodziałową (*trichotomy*) strukturę wzrostu ubezpieczeń. Linia ciągła reprezentuje modelową krzywą S dla branży ubezpieczeniowej. Linia przerywana przechodzi przez punkt A i jest równoległa do krzywej S. Punkty A i D pokazują wartość PKB na mieszkańca i penetracji ubezpieczeń badanych krajów, odpowiednio w 1982 i 2006

21. S. Hussels, D. Ward, R. Zurbrugg, *Stimulating the demand for insurance*, „Risk Management and Insurance Review” 2005, No. 8(2).

22. R. Levine, *Bank-Based or Market-Based Financial Systems: Which is Better?*, „William Davidson Working Paper” 2002, No. 442, s. 23.

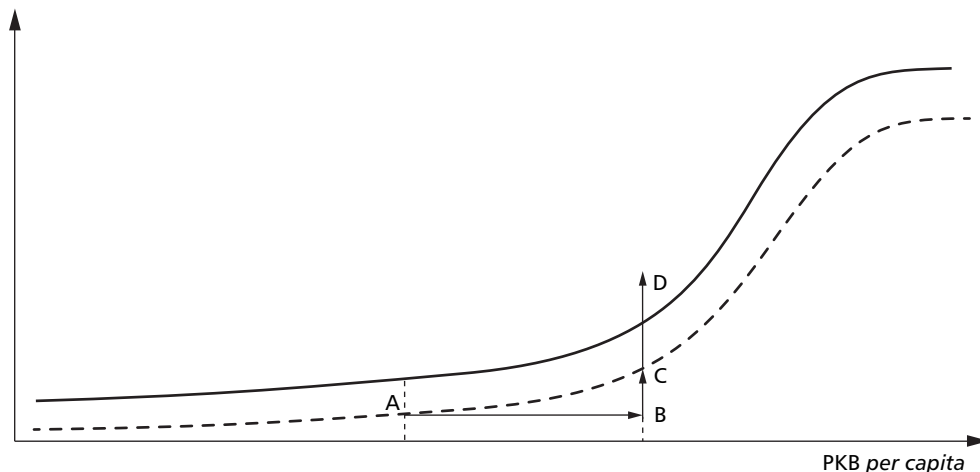
23. Termin „regulacje” rozumiany jest tutaj jako zespół norm, zasad i przepisów, którym podporządkowane jest funkcjonowanie instytucji i rynków finansowych. Regulacje wyznaczają sposoby działania i zachowania tych podmiotów. Większość regulacji ma charakter przymusowy (ich źródłem jest władztwo publiczne), niektóre mają charakter dobrowolny (samoregulacje, autoregulacje), szerzej na ten temat zob.: J. Monkiewicz, *Regulacje działalności ubezpieczeniowej*, [w:] *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010, s. 93–120.

24. Ibidem, s. 98–99.

25. Raport CEA (2010), *Insurance: a unique sector. Why insurers differ from banks*.

26. W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, op.cit

Wykres 3. Wektory wzrostu ubezpieczeń



Źródło: W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/IIIs Research Awards Partnership” 2008.

roku. Wzrost światowych ubezpieczeń w okresie 1982–2000 został rozłożony na trzy części, które reprezentują wektory: AB, BC i CD.

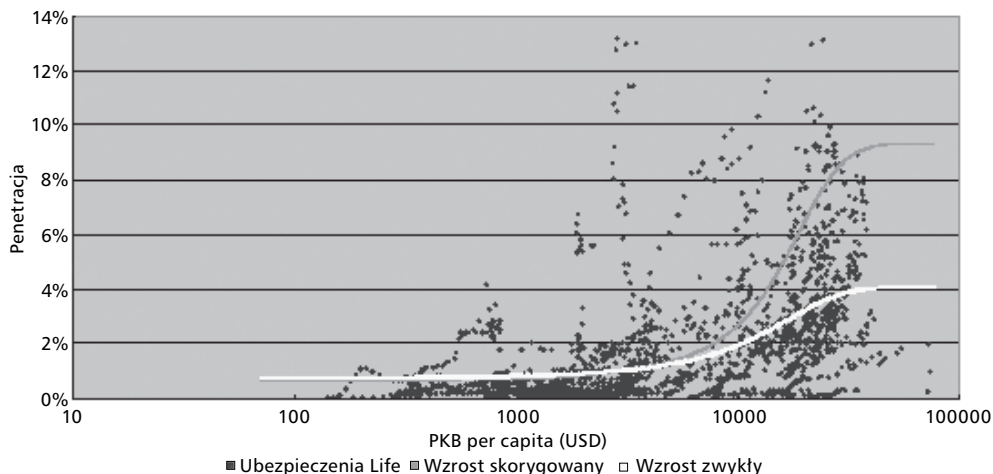
Wektor AB odmierza wzrost ubezpieczeń towarzyszący wzrostowi gospodarczemu, przy założeniu że penetracja ubezpieczeń pozostaje bez zmian. Ten rodzaj wzrostu został nazwany normalnym. Wektor BC odmierza wzrost penetracji ubezpieczeń wywołany przez wzrost gospodarczy (wskaźnik penetracji ubezpieczeń rośnie, kiedy rośnie PKB *per capita*). Ten rodzaj wzrostu nosi nazwę wzrostu „pogłębionego”. Wzrost normalny i wzrost pogłębiony są, zdaniem autorów badania, efektem oddziaływania czynników ekonomicznych. Wektor CD odmierza pozostałą część wzrostu branży ubezpieczeniowej, który jest spowodowany przez czynniki pozaekonomiczne i został przez autorów badania nazwany wzrostem instytucjonalnym. W celu oddzielenia czynników ekonomicznych i czynników pozaekonomicznych skorygowano zwykły model wzrostu²⁷ i porównano ze sobą po dwie krzywe regresji ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń majątkowych oraz całej branży ubezpieczeniowej (obydwu działów łącznie), co przedstawiono odpowiednio na wykresach 4, 5 i 6.

Na wykresie 4 można zauważyć, że gdy PKB na mieszkańca jest stosunkowo niski, obydwie krzywe prawie się pokrywają. Gdy PKB na mieszkańca jest stosunkowo wysoki, zwykła krzywa S stopniowo opada poniżej skorygowanej krzywej S, a różnica między tymi dwiema krzywymi wzrasta wraz ze wzrostem PKB na mieszkańca. Oznacza to, że w krajach biednych czynniki pozaekonomiczne ułatwiają rozwój ubezpieczeń na życie, a w krajach bogatych czynniki te powstrzymują wzrost ubezpieczeń na życie.

27. Model skorygowany przyjął następującą postać analityczną: $Y = \frac{1}{C_1 + C_2 \times C_3^x} + \sum_{i=1}^{94} \lambda_i D_i + \varepsilon$, gdzie:

Y – PKB *per capita*, X – wskaźnik penetracji ubezpieczeń, C_1 , C_2 , C_3 – estymowane parametry, $i = 1, \dots, 94$ pseudo kraje w odniesieniu do krajów i , λ_i $i = 1, \dots, 94$ współczynnik dla D_i $i = 1, \dots, 94$, ε – składnik losowy.

Wykres 4. Porównanie krzywych regresji dla ubezpieczeń życiowych

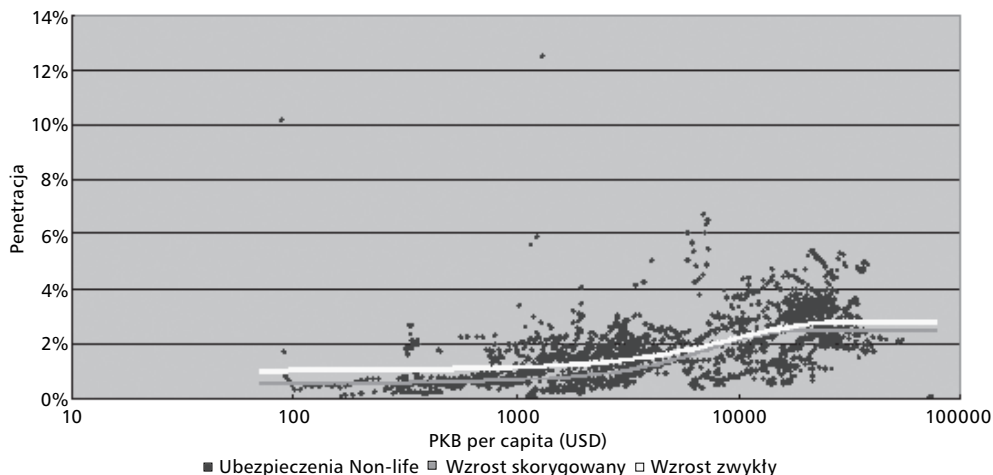


Źródło: Jak na wykresie 1.

Porównanie krzywych regresji dla ubezpieczeń majątkowych przedstawiono na wykresie 5. Jak można zauważyć, zwykła krzywa S położona jest nieco wyżej niż skorygowana krzywa S, chociaż różnica między nimi nieznacznie się zmienia wraz ze wzrostem PKB na mieszkańca. Oznacza to, że czynniki pozaekonomiczne ułatwiają rozwój ubezpieczeń majątkowych niezależnie od wielkości PKB na mieszkańca.

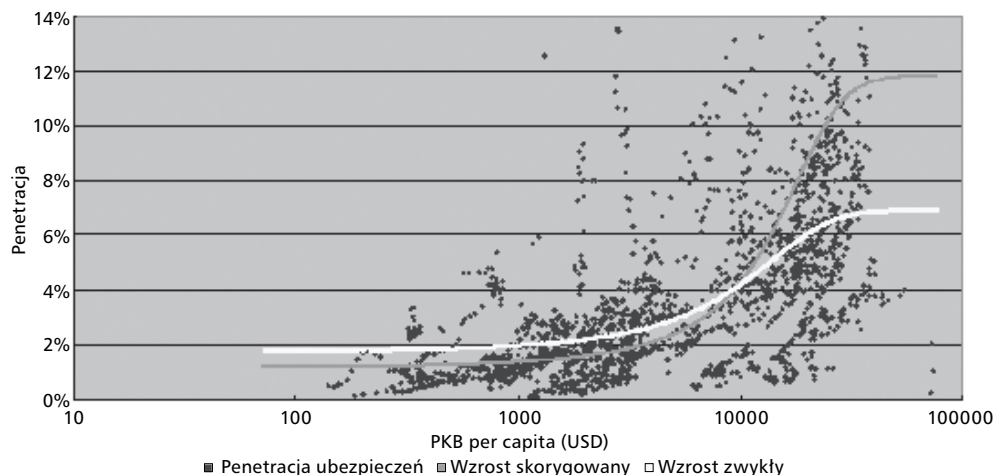
Na wykresie 6 daje się zauważyć, że gdy PKB na mieszkańca jest stosunkowo niski, zwykła krzywa S jest nieco wyżej położona niż skorygowana krzywą S. Gdy PKB na mieszkańca jest stosunkowo wysoki, zwykła krzywa S spada poniżej skorygowanej krzywej S, a różnica między tymi dwiema krzywymi rośnie wraz ze wzrostem PKB na mieszkańca. Gdy PKB na mieszkańca jest wyższy niż 35 000 USD, różnica staje się stabilna. Oznacza to, że kiedy rozpatrywane są

Wykres 5. Porównanie krzywych regresji dla ubezpieczeń majątkowych



Źródło: Jak na wykresie 1.

Wykres 6. Porównanie krzywych regresji dla całej branży ubezpieczeniowej



Źródło: Jak na wykresie 1.

ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia majątkowe łącznie, czynniki pozaekonomiczne ułatwiają rozwój sektora ubezpieczeń dopóty, dopóki PKB na mieszkańca jest względnie niski. Natomiast czynniki pozaekonomiczne znacznie ograniczają rozwój sektora ubezpieczeń, gdy PKB na mieszkańca jest względnie wysoki.

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 7, w latach 1982–2006 wzrost ubezpieczeń w krajach najwyżej rozwiniętych (USA i Japonii) składał się głównie ze wzrostu normalnego. Wzrost instytucjonalny był tam dość ograniczony, a w USA nawet ujemny. W krajach OECD proporcje były podobne. W krajach rozwijających się (Brazylia, Rosja, Indie i Chiny) było odwrotnie. Wzrost w sektorze ubezpieczeniowym powodowany był głównie czynnikami pozaekonomicznymi. Wzrost normalny i pogłębiony był stosunkowo ograniczony. Średnio w świecie największy udział miał wzrost normalny – prawie 2/3. Wzrost instytucjonalny – prawie 1/3 i tylko kilka procent wzrost pogłębiony. Z analizy danych w tabeli 7 nasuwa się dość oczywisty wniosek, że wzrost ubezpieczeń w krajach

Tabela 7. Struktura wzrostu ubezpieczeń w wybranych krajach w latach 1982–2006 (w proc.)

	Czynniki ekonomiczne		Czynniki instytucjonalne
	Wzrost normalny	Wzrost pogłębiony	Wzrost instytucjonalny
Stany Zjednoczone	78	37	-15
Japonia	69	27	4
Wielka Brytania	34	24	41
Brazylia	24	6	71
Rosja	25	8	67
Indie	22	2	76
Chiny	5	9	86
Średnia OECD	63	34	3
Światowa średnia	63	6	31

Źródło: W. Zheng, Y. Liu, Y. Deng, *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/IIA Research Awards Partnership” 2008.

rozwinętych zachodzi głównie pod wpływem czynników ekonomicznych, podczas gdy czynniki pozaekonomiczne stanowią siłę napędową dla rozwoju ubezpieczeń w krajach rozwijających się. Gruntowne zmiany systemowe, wprowadzone w większości krajów rozwijających się w trakcie ich transformacji gospodarczej, stworzyły ogromne możliwości rozwoju dla branży ubezpieczeniowej. Przykładem mogą być reformy w krajowych systemach ubezpieczeń społecznych, polegające na zmniejszaniu udziału państwa w wypłacie świadczeń emerytalnych. W takich krajach jak: Argentyna, Brazylia, Chile czy Polska stworzyło to sprzyjające możliwości instytucjonalnego rozwoju branży ubezpieczeniowej, zwłaszcza ubezpieczeń na życie.

Niektórzy badacze zwracają uwagę, że jakość instytucji może lepiej wyjaśnić różnice w rozwoju rynków ubezpieczeniowych w poszczególnych krajach niż dochody *per capita*. Z drugiej jednak strony takie właśnie wyjaśnienie jest często w literaturze pomijane, dlatego że jakość instytucji i dochody są silnie ze sobą skorelowane. Niemniej jednak ta właśnie hipoteza ma głębokie implikacje dla polityki gospodarczej, bowiem zrównoważony rozwój rynków ubezpieczeniowych nie może być brany za pewnik wtedy, kiedy rosną dochody w gospodarce. Wzrost rynku ubezpieczeń zależy jeszcze od efektywności (lub jej braku) instytucji wspierających rynek ubezpieczeniowy. Jak wynika z badań, niektóre kraje rozwijające się posiadają określone zasoby kapitałowe, ale nie potrafią szerzej wykorzystywać ich do wspierania wzrostu gospodarczego. Ze względu na korupcję urzędniczą czy szarą strefę zaskakująco duże kwoty pieniędzy są ukrywane w tzw. szarej strefie lub w postaci zagranicznej silniejszej waluty. Wypada zgodzić się z poglądem, że dopiero wtedy, kiedy dany kraj potrafi wypracować niezawodne programy oszczędnościowe, które znajdują pozytywny odbiór społeczny, kapitał służy wspieraniu rozwoju gospodarczego poprzez inwestycje, finansowanie przedsiębiorstw oraz inne zastosowania produkcyjne²⁸. Współczesny globalny kryzys finansowy stanowi w pewnym stopniu potwierdzenie tej tezy, gdyż jest on w dużej mierze kryzysem zaufania do różnego typu instytucji finansowych.

4. Etap rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego

Biorąc pod uwagę model logistycznej krzywej S, wyróżniono cztery etapy rozwoju rynków ubezpieczeniowych:²⁹

- rynki o bardzo niskim poziomie rozwoju („uśpione”, nieaktywne);
- rynki na wczesnym etapie wzrostu;
- rynki o trwałym rozwoju;
- rynki dojrzałe.

W tabeli 8 zestawiono czynniki zewnętrzne (środowiskowe) i wewnętrzne (typowe dla branży ubezpieczeniowej), które potencjalnie oddziałują na każdym etapie rozwoju rynków ubezpieczeniowych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że kiedy rynki ubezpieczeniowe wkracza-

28. N.S. Erbas, Ch.L. Sayers, *Institutional Quality, Knightian Uncertainty, and Insurability: A Cross-Country Analysis*, „IMF Working Paper” 2006, nr 06/179.

29. *Assessment on How Strengthening the Insurance Industry in Developing Countries Contributes To Economic Growth*, Final Report 2006, USAID.

Tabela 8. Czynniki decydujące o etapie rozwoju rynku ubezpieczeniowego

Etap rozwoju rynku	Typ państwa	Czynniki wpływające na rozwój rynku	
		Zewnętrzne warunki wstępne	Warunki wewnętrzne specyficzne dla branży
Nieaktywny, uśpiony (np. Afganistan, Irak)	Niestabilne politycznie	<ul style="list-style-type: none"> • stabilność polityczna • ochrona praw własności • swoboda przedsiębiorczości • poszanowanie norm prawnych • egzekwowanie wykonania umów 	<ul style="list-style-type: none"> • dobre prawo ubezpieczeniowe • silny nadzór • gromadzenie danych • zarządzanie ryzykiem na poziomie szczebla rządowego
Wczesny wzrost (np. Boliwia, Egipt, Mongolia)	Stabilne politycznie, niskie dochody	<ul style="list-style-type: none"> • ekonomia skali • stabilność gospodarcza • brak ograniczeń rynku (restrykcji rządowych) 	<ul style="list-style-type: none"> • IAIS podstawowe zasady (regulacji / nadzoru) • świadomość konsumenta ryzyka • zdolności aktuarialne • zgromadzone dane
Trwały wzrost (np. Peru, Indie, Polska)	Stabilne politycznie / dochody niższe niż średnie	<ul style="list-style-type: none"> • ekonomia skali • stopa oszczędności • rozwój sektora finansowego • egzekwowanie prawa • duża przejrzystość i efektywność otoczenia instytucjonalnego 	<ul style="list-style-type: none"> • profesjonalna edukacja • ograniczenia rynkowe • ochrona konsumentów • prywatna / publiczna współpraca sektora • etyczne zachowanie
Rynki dojrzałe (np. USA, Kanada, Europa Zachodnia)	Stabilne politycznie, wysokie dochody	<ul style="list-style-type: none"> • Ulgi podatkowe 	<ul style="list-style-type: none"> • alternatywne metody zarządzania ryzykiem i finansami • rozwinięte rynki finansowe • sekurytyzacja ryzyka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Assessment on How Strengthening the Insurance Industry in Developing Countries Contributes To Economic Growth*, Final Report, USAID 2006.

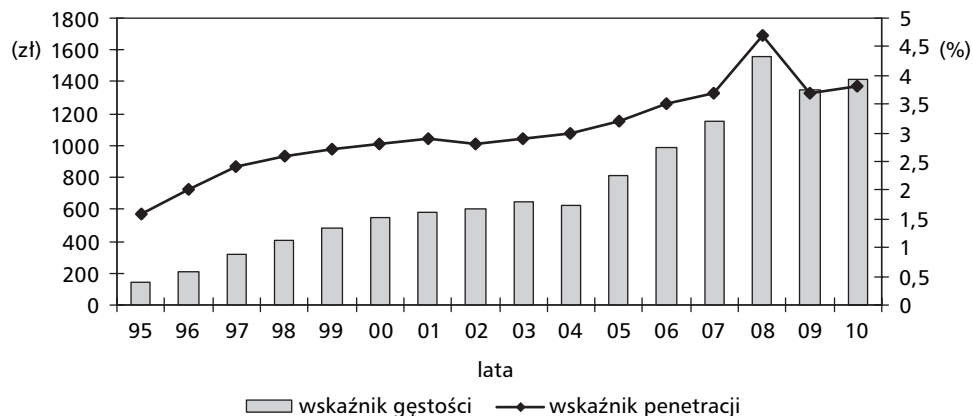
ją w etap pełnej dojrzałości, tempo wzrostu wskaźników penetracji ubezpieczeń ponownie maleje. Przedsiębiorstwa (zwłaszcza duże) decydują się na alternatywne metody zarządzania ryzykiem, tańsze niż tradycyjne ubezpieczenia. Usługi konkurencyjne wobec usług ubezpieczeniowych świadczone są chociażby w ramach przedsiębiorstw zależnych typu *captives*, które domicylowane są poza obszarem ich rynkowej aktywności w tzw. rynkach *off-shore* (głównie na Bermudach i wybranych stanach Ameryki Północnej).³⁰ Aktywność *captives* dostarcza konkurencyjnej oferty produktowej, która nie jest ujmowana w statystykach ubezpieczeniowych i wartość usług sprzedawanych przez *captives* nie jest odzwierciedlana wskaźnikami penetracji ubezpieczeń³¹.

Biorąc pod uwagę podstawowe parametry polskiego rynku ubezpieczeniowego, należy stwierdzić, że znajduje się on na etapie trwałego rozwoju. Świadczą o tym zarówno wskaźniki penetracji ubezpieczeń, jak i wskaźniki gęstości ubezpieczeń. Obydwie grupy wskaźników w latach 1995–2010 (poza rokiem 2009, który odzwierciedla wpływ globalnego kryzysu finansowego) wykazywały tendencję wzrostową (por. wykres 7). Wskaźnik penetracji

30. W 2008 roku funkcjonowało ponad 5000 przedsiębiorstw zależnych typu *captives*, które stanowiły blisko 50 proc. całkowitej liczby przedsiębiorstw ubezpieczeniowych na świecie, za J. Monkiewicz, *Międzynarodowa agenda regulacyjna w ubezpieczeniach a współczesny kryzys finansowy. Czy jesteśmy na właściwej drodze?*, [w:] *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*, red. A.Z. Nowak, S. Nowak, A. Sopoćko, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 98.

31. Według szacunków przedsiębiorstwa zależne zbierają blisko 100 mld USD składek rocznie oraz posiadają aktywa w wysokości ok. 0,5 biliona USD, por. J. Monkiewicz, op. cit., s. 98.

Wykres 7. Wskaźniki gęstości ubezpieczeń (w zł) i penetracji ubezpieczeń (w proc.) w Polsce w latach 1995–2010



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PUNU, KNF i GUS za lata 1995–2010.

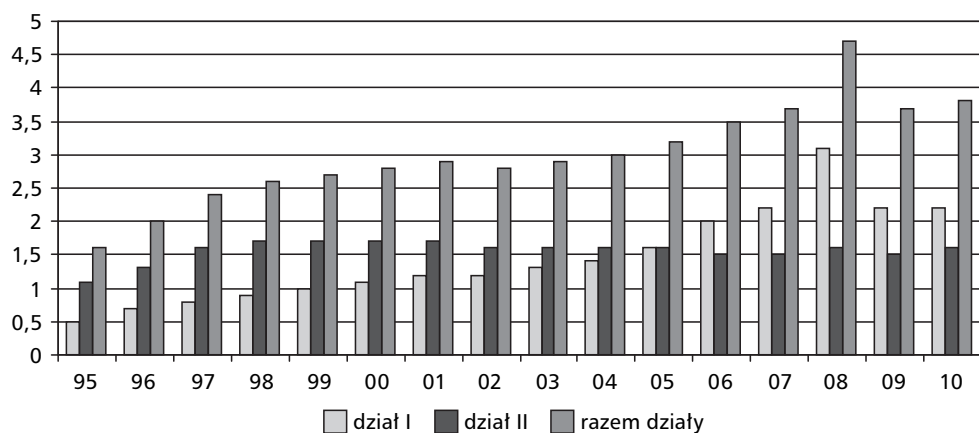
ubezpieczeń w dziale II był wyższy niż w dziale I do roku 2004. W 2005 obydwie wskaźniki się zrównały, a od roku 2006 wskaźnik penetracji w dziale I jest wyższy niż w dziale II. Podobnie zachowują się wskaźniki gęstości ubezpieczeń (wykresy 8 i 9), przy czym tempo wzrostu wskaźników gęstości działu II było bardziej stabilne niż działu I. Jak podkreśla J. Handschke, rozwój rynku ubezpieczeniowego w Polsce byłby szybszy, gdyby rząd wypracował odpowiednią politykę ubezpieczeniową, uwzględniającą powiązania sektora ubezpieczeniowego z innymi sektorami gospodarki.³²

Oceniając poziom rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego, należałoby zauważyć, że zarówno po stronie podażowej, jak i po stronie popytowej rynku zaszły istotne zmiany, wywołane czynnikami instytucjonalnymi i ekonomicznymi. Sektor ubezpieczeniowy w Polsce, w ciągu ostatnich dwóch dekad, przeszedł głęboką transformację, zarówno o charakterze podmiotowo-strukturalnym, jak i ilościowym. Zmiany dotyczyły niemal wszystkich aspektów jego funkcjonowania. Wielorakie przekształcenia dokonywały się pod wpływem procesów instytucjonalnych wewnętrznych (takich jak przemiany społeczno-gospodarcze), oraz zewnętrznych, takich jak: globalizacja, deregulacja i liberalizacja. Warunki konkurencyjne na rynku ubezpieczeń w Polsce wyraźnie się poprawiły. Rynek staje się coraz bardziej efektywny. Ze struktury duopolu, na początku transformacji, zmienił swoją formę w oligopol. Pomimo tego stopień zatomiastowania podaży nadal pozostaje relatywnie niski, niższy niż w krajach UE (15), które charakteryzują się znacznie dłuższym okresem funkcjonowania zliberalizowanego rynku ubezpieczeniowego.

Zmiany po stronie popytowej rynku ubezpieczeniowego mają charakter strukturalny. W pierwszych latach transformacji większym zainteresowaniem cieszyły się ubezpieczenia *non-life*, co jest charakterystyczne dla rynków rozwijających się. Począwszy od 2006 r. pozyskuje się więcej składek z tytułu ubezpieczeń na życie niż z tytułu ubezpieczeń majątkowych,

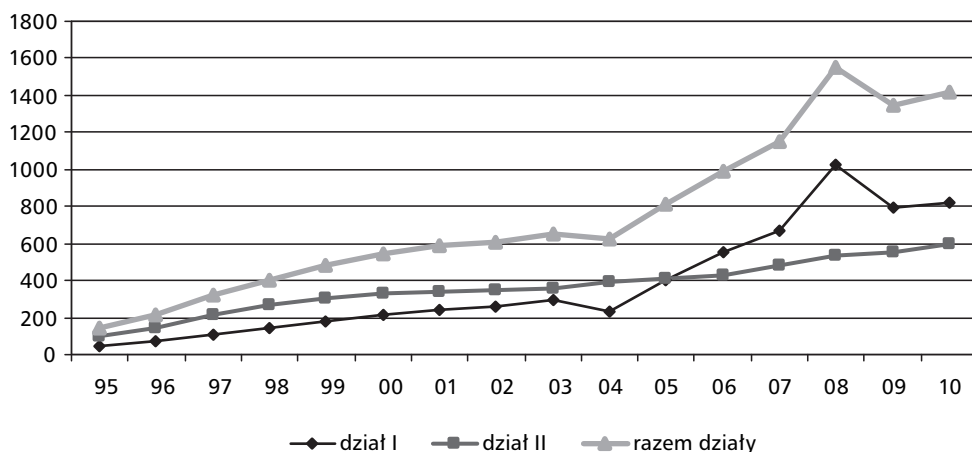
32. J. Handschke, op.cit., s. 68.

Wykres 8. Wskaźniki penetracji ubezpieczeń w Polsce według działów w latach 1995–2010 (w proc.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PUNU, KNF i GUS za lata 1995–2010.

Wykres 9. Wskaźniki gęstości ubezpieczeń w Polsce według działów w latach 1995–2010 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PUNU, KNF i GUS za lata 1995–2010.

co jest zgodne z tendencjami na rynku światowym i europejskim. Świadczy to o rosnącej świadomości ubezpieczeniowej i rosnącej roli, jaką odgrywa sektor ubezpieczeń w mobilizowaniu oszczędności. Gospodarstwa domowe nie ograniczają konsumpcji ubezpieczeń wyłącznie do usług podstawowych, jakimi są instrumenty zabezpieczające przed ryzykiem zdarzeń losowych, lecz wykorzystują produkty ubezpieczeniowe również jako formę lokat finansowych oraz dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego. Należy podkreślić, że gospodarstwa domowe w Polsce zgłaszają obecnie coraz większy popyt na usługi finansowe, traktowane w ekonomii jako dobra luksusowe, w których swój udział mają ubezpieczenia na życie z funduszami kapitałowymi oraz inne produkty ubezpieczeniowe o charakterze oszczędnościowo-inwestycyjnym.

Zakończenie

Analiza dostępnej literatury pozwoliła zauważyć, że rynki ubezpieczeniowe poszczególnych krajów rozwijają się pod wpływem oddziaływania wielu różnych czynników, które umownie zostały podzielone na dwie grupy: ekonomiczne i pozaekonomiczne. Obydwie kategorie czynników są ważne, lecz ich znaczenie zmienia się wraz z poziomem rozwoju gospodarek narodowych. W świetle badań empirycznych, im wyższy jest poziom rozwoju gospodarczego, tym udział czynników pozaekonomicznych w rozwoju ubezpieczeń stopniowo się zmniejsza na rzecz czynników ekonomicznych. Na tej podstawie można wyprowadzić wniosek o charakterze aplikacyjnym. Ekstensywny model rozwoju rynku ubezpieczeniowego w krajach transformujących się, kształtowany czynnikami instytucjonalnymi (regulacyjno-prawnymi i politycznymi, wynikającymi z procesu transformacji ustrojowej i akcesji do UE) ustępuje miejsca modelowi rozwoju intensywnego, opartego na czynnikach makroekonomicznych. A zatem utrzymanie wysokiego tempa wzrostu ubezpieczeń w Polsce, sprzyjającego długookresowemu wzrostowi gospodarczemu, zależy będzie w dużej mierze od takich czynników jak: stabilność finansowa, wysokie i rosące dochody rozporządalne oraz niska inflacja.

Należy jednak mieć świadomość, że w dobie globalnego kryzysu finansowego przezwyciężenie skutków którego wymaga wielu lat, czynniki makroekonomiczne nie będą sprzyjać rozwojowi ubezpieczeń. Kryzys w sferze finansów prywatnych oraz pogarszanie się wiarygodności płatniczej najbardziej zadłużonych krajów UE, takich jak: Grecja, Włochy, Hiszpania, Portugalia oraz Irlandia będzie mieć negatywne konsekwencje także dla branży ubezpieczeniowej. Niska wiarygodność płatnicza większości państw na świecie staje się jedną z ważnych przyczyn ogromnej zmienności i rozchwiania na niemal wszystkich rynkach finansowych. W wyniku tego sektor ubezpieczeniowy jest aktualnie bardziej narażony na ryzyko rynkowe niż na ryzyko związane z prowadzeniem klasycznej działalności ubezpieczeniowej (ryzyko szkód katastroficznych, wyższych kosztów, miękkich rynków).

Z powodu obniżania się wiarygodności kredytowej dłużników, zarówno prywatnych jak i publicznych, rośnie ryzyko praktycznie we wszystkich rodzajach inwestycji, a zwłaszcza inwestycji w papiery dłużne, których udział w portfelach inwestycyjnych ubezpieczycieli jest dominujący. Szczególnie poważne problemy niesie eskalacja kryzysu zadłużeniowego na takie kraje jak Hiszpania i Włochy, których poważne trudności w obsłudze zadłużenia publicznego rodzić mogą znacznie większe i bardziej nieprzewidywalne konsekwencje niż niewypłacalność Grecji. Rozwój sytuacji kryzysowej w sferze finansowej pogarsza również perspektywy wzrostu gospodarczego i zatrudnienia w sferze realnej gospodarki. Instytucje międzynarodowe, takie jak Bank Światowy czy Międzynarodowy Fundusz Walutowy, przewidują na rok 2012 spowolnienie gospodarcze na świecie, które dotknie wszystkie kraje, a kraje słabiej rozwinięte może dotknąć mocniej niż kryzys finansowy z roku 2008. W obliczu problemów zadłużeniowych oraz globalnej recesji gospodarczej dalszy rozwój rynków ubezpieczeniowych w najbliższym okresie może być znacznie utrudniony.

Wykaz źródeł

- Ancyparowicz G., *Szkice z dziejów ubezpieczeń*, Warszawa 2003.
- Arena M., *Does Insurance Market Activity Promote Economic Growth? A Cross-Country Study for Industrialized and Developing Countries*, Raport the World Bank 2006, WPS4098.
- Assessment on How Strengthening the Insurance Industry in Developing Countries Contributes To Economic Growth*, Final Report, USAID 2006.
- Babbel D., *The Price Elasticity of Demand for Whole Life Insurance*, „Journal of Finance” 1985, No. 40(1).
- Banasiński A., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1996.
- Beck T., Webb I., *Economic, Demographic, and Institutional Determinants of Life Insurance Consumption Across Countries*, „World Bank Economic Review” 2003, No. 17(1).
- Browne M.J., Kim K., *An International Analysis of Life Insurance Demand*, „The Journal of Risk and Insurance” 1993, No. 60(4).
- Carmichael J., Pomerleano M., *The Development and Regulation of Non-Bank Financial Institutions*, World Bank, Washington 2002.
- Chui A.C., Kwok C.C., *Cultural practices and life insurance consumption: An international analysis using GLOBE scores*, „Journal of Multinational Financial Management” 2009, No. 19(2).
- Chui A.C., Kwok C.C., *National Culture and Life Insurance Consumption*, „Journal of International Business Studies” 2008, No. 39(1).
- Enz R., *The S-curve Relation Between Per-Capita Income and Insurance Penetration*, „The Geneva Papers and Insurance” 2000, No. 25(3), s. 396–406.
- Erbas N.S., Sayers Ch.L., *Institutional Quality, Knightian Uncertainty, and Insurability: A Cross-Country Analysis*, „IMF Working Paper” 2006, nr 06/179, dostępny na: www.imf.org.
- European Insurance in Figures*, CEA.
- European Insurance – Key facts, 21 sep 2011 – Statistical publication*.
- Handschrke J., *Polskie doświadczenie w formowaniu i rozwoju rynku ubezpieczeń – wybrane aspekty*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 3.
- Hussels S., Ward D., Zurbruegg R., *Stimulating the demand for insurance*, „Risk Management and Insurance Review” 2005, No. 8(2).
- La Porta R., Lopez-de-Silanes F., Shleifer A., Vishny R., *Law and Finance*, „Journal of Political Economy” 1998, No. 106.
- Levine R., *Bank-Based or Market-Based Financial Systems: Which is Better?*, „William Davidson Working Paper” 2002, No. 442.
- Levine R., *Law, Finance, and Economic Growth*, „Journal of Financial Intermediation” 1999, No. 8(12).
- Levine R., *The Legal Environment, Banks, and Long-Run Economic Growth*, „Journal of Money, Credit and Banking” 1998, No. 30(3).
- Lewis F.D., *Dependants and the Demand for Life Insurance*, „American Economic Review” 1989, No. 79(3).
- Li D., Moshirian F., Nguyen P., Wee T., *The Demand for Life Insurance in OECD Countries*, „Journal of Risk and Insurance” 2007, No. 74(3).
- Monkiewicz J., *Międzynarodowa agenda regulacyjna w ubezpieczeniach a współczesny kryzys finansowy. Czy jesteśmy na właściwej drodze?*, [w:] *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach*

kryzysu, red. A.Z. Nowak, S. Nowak, A. Sopoćko, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009.

Monkiewicz J., *Regulacje działalności ubezpieczeniowej*, [w:] *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010.

Outreville F.J., *The Economic Significance of Insurance Markets in Developing Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 1990, No. 57(3).

Outreville F.J., *The Relationship Between Insurance Growth and Economic Development: 80 Empirical Papers for a Review of the Literature*, „Working Paper” 2011, No.12.

Outreville F.J., *Life Insurance Markets in Developing Countries*, „The Journal of Risk and Insurance” 1996, No. 63(2).

Park S.C., Lemaire J., *The Impact of Culture on the Demand for Non-Life Insurance*, University of Pennsylvania, „Wharton School Working Paper IRM” 2011, No. 2.

Raport CEA, *Insurance: a unique sector. Why insurers differ from banks, 2010*.

Sangowski T., *Rozwój ubezpieczeń na świecie i w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.

Schich S., *Insurance Companies and the Financial Crisis*, „Financial Market Trends” 2009, nr 2, OECD Journal.

Skipper H.D., Klein R.W., *Insurance Regulation In the Public Interest: the Path Towards Solvet, Competitive Markets*, Centre for Risk Management and Insurance Research, Georgia State University, Atlanta 1999.

Skipper H.D., Kwon W.J., *Risk Management and Insurance: Perspectives in a Global Economy*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2007.

Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, PWN, Warszawa 1993.

Ward D., Zurbrugg, R., *Law, politics and life insurance consumption in Asia*, „Geneva Papers on Risk and Insurance” 2002, No. 27(3).

Zheng W., Liu Y., Deng Y., *New Paradigm for International Insurance Comparison With an Application to Comparison of Seven Insurance Markets*, „The Geneva Association/Its Research Awards Partnership” 2008.

Economic and institutional factors behind the growth of insurance – Summary

A relatively fast growth of the insurance sector observed over the last decades, both globally and in Poland, makes one reflect on the factors behind this growth. This paper discusses the most important economic and non-economic factors. Both groups of factors are important, but their significance changes depending on the level of national economies' development.

In highly developed countries, the participation of non-economic factors is gradually disappearing in favour of economic ones, which play a more active role in boosting the grow of insurance. The final part of the article draws reader's attention also to the level of development of the Polish insurance market and factors which contribute to its growth. The paper sums up theoretical views and empirical studies presented both in Polish and English language academic literature.

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

FILIP PRZYDRÓŻNY

Istota i cele komunikacji korporacyjnej w zakładach ubezpieczeń

Rynek ubezpieczeniowy w Polsce i na świecie staje się dla jego strony podażowej coraz bardziej wymagający. Nie wystarczy, jak jeszcze kilka lat temu, stworzyć pakiet ubezpieczeń, odpowiednio wynagrodzić agenta i wprowadzić produkt na rynek. W ostatnich latach zakłady ubezpieczeń w Polsce w najpopularniejszych produktach ubezpieczeniowych (ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia majątkowe) raczej psuły rynek, walcząc tylko i wyłącznie ceną. Nie jest to jednak rozwiązanie dobre w długim okresie i dlatego należy poszukiwać rezerw sukcesu na innych polach działalności ubezpieczeniowej.

Jednym z kluczowych elementów długookresowej strategii zakładów ubezpieczeń powinna stać się komunikacja z otoczeniem. Każdy zakład ubezpieczeń poprzez swoich pracowników, pośredników, procedury i produkty wysyła codziennie tysiące komunikatów. Rzecz w tym, że nie zawsze są one w pełni kontrolowane i zgodne z długookresowymi celami wizerunkowymi i strategicznymi. W literaturze krajowej i światowej brakuje opracowań łączących dwie dziedziny nauki: ubezpieczenia i komunikację biznesową. Tak powstała potrzeba połączenia tych dwóch, do tej pory odrębnych bytów.

Komunikacja zakładu ubezpieczeń z otoczeniem stanowi ogromną szansę, ale również potężne zagrożenie dla długoterminowego, stabilnego rozwoju. Jest ona tutaj jeszcze ważniejsza niż w przypadku innych gałęzi gospodarki, ponieważ świat ubezpieczeń oparty jest na zaufaniu i reputacji. Bez niej zakład ubezpieczeń nie może funkcjonować.

Artykuł, wprowadzając w świat komunikacji ubezpieczeniowej, prezentuje definicje i rodzaje komunikacji spotykanej w przedsiębiorstwach oraz przedstawia jej główne funkcje i cele. Stanowi wprowadzenie do problemu i dyskusji na temat zarządzania komunikacją korporacyjną w zakładach ubezpieczeń w Polsce.

Wprowadzenie

Ubezpieczenia to specyficzna branża biznesu, w której klient zazwyczaj nie ufa zakładowi ubezpieczeń, a zakład ubezpieczeń nie potrafi w codziennej działalności dostarczyć pojedynczego klienta. Sytuację pogarsza fakt, że ubezpieczający do momentu realizacji

zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wie, co kupić. Dodatkowo, gdy dochodzi do wypadku ubezpieczeniowego, gdy ważą się losy jakości usługi – klient znajduje się w bardzo trudnej sytuacji. Właśnie doświadczył wypadku komunikacyjnego, pożaru w mieszkaniu czy doznał poważnego zachorowania. Atmosfera jest napięta, a przyjaźń pomiędzy klientem i zakładem ubezpieczeń, jeżeli występuje, to jest bardzo szorstka.

Napięta atmosfera dotyczy również pracowników zakładu pracy i sieci sprzedaży. Terminy składania ofert, przystępowania do przetargów są nieubłagane, a gorąca linia między centralnymi działami aktuarialnymi a oddziałem czy brokerem nie sprzyja dobrym, harmonijnym relacjom.

Inny problem mają działy wspierające biznes, na przykład departamenty obsługujące oraz IT. Dla tej grupy zwiększenie przypisu (nowy biznes, nowe produkty) to z jednej strony wzrost znaczenia firmy, dla której pracują, z drugiej dużo większa praca niezbędna do obsłużenia nowych linii biznesu. Wynagrodzenie pracowników tych departamentów jest w dużo mniejszym stopniu uzależnione od poziomu sprzedaży, porównując chociażby z siecią sprzedaży. Pojawia się konflikt i ambiwalentne podejście do rozwoju zakładu ubezpieczeń, dla którego się pracuje.

Takich sytuacji, potencjalnie prowadzących do sporów, jest w działalności ubezpieczeniowej mnóstwo. Jest ich dużo w każdej branży, ale tutaj są wyjątkowo liczne i widoczne.

Dlatego niezbędne w każdym zakładzie ubezpieczeń jest stworzenie wiarygodnego, otwartego i przekrojowego systemu komunikacyjnego. Wiarygodnego – ponieważ w nowoczesnych ubezpieczeniach nie ma już miejsca na „małą czcionkę”. Pokazują to rynki rozwinięte, na przykład brytyjski, gdzie świadomość ubezpieczeniowa społeczeństwa jest chyba najwyższa w Europie. Otwarty – ponieważ cenzurowanie i blokowanie wypowiedzi jest może konieczne z punktu widzenia rządów autokratycznych, ale z pewnością nie w przypadku nowoczesnej korporacji finansowej. Przekrojowego – ponieważ stworzony model komunikacji musi docierać do każdej jednostki w ramach organizacji, do każdego pracownika (od sprzątaczkę po prezesa zarządu), do każdego interesariusza z otoczenia (od klienta wykupującego ubezpieczenie ze składką minimalną, po ustawodawcę decydującego o losach branży w danym kraju).

Źródłem powodzenia całego projektu jest stworzenie takiego modelu, który pozwala na intencyjne dotarcie do odbiorcy, określonym kanałem, w zaplanowanym czasie i z optymalnym rodzajem komunikacji. Kluczem do sukcesu jest wypracowanie przez organizację własnego stylu komunikacyjnego, rozumianego jako wzorce zachowań podczas wzajemnych relacji¹. Niezbędne jest stworzenie krótko-, średnio- i długookresowego planu komunikacji².

1. Rodzaje komunikacji korporacyjnej

W literaturze traktującej o szeroko rozumianej komunikacji można spotkać się z kilkuset różnymi definicjami. Najczęściej odnoszą się one do pojęcia komunikacji społecznej.

-
1. Baney J., *Komunikacja interpersonalna*, ABC a Wolters Kluwer business; Warszawa 2009, s. 53.
 2. *Communications audit report conducted by National School Public Relations Association for the Baltimore County Public Schools*, Towson, Maryland 2002, s. 42.

Definicją najprostszą, a zarazem całkowicie oddającą charakter i głębię tego terminu, jest traktowanie komunikacji jako każdej czynności, wydarzenia lub stanu odnoszącego się do ludzi, która została wywołana w celu przekazania innym informacji³.

Jako pierwsza i najstarsza definiowana była komunikacja społeczna. Zawiera się w niej każdy rodzaj komunikacji między ludźmi. Komunikacja społeczna jest zatem procesem porozumiewania się osób. Pod tym pojęciem rozumie się jakkolwiek przekaz sygnałów lub symboli między ludźmi, a także odpowiedź na pytanie, jak one wpływają na ludzkie myśli, wartości, uczucia, stanowiska i zachowania⁴. Podobnie komunikację społeczną traktuje S. Lachiewicz⁵, który zalicza do tego terminu wszystkie procesy związane z porozumiewaniem się jednostek ludzkich.

Definicja komunikacji społecznej jest zbyt pojemna na potrzeby niniejszego opracowania. Niezbędne jest wydzielenie z całości komunikacji międzyludzkiej tych elementów, w których zawsze po jednej stronie procesu komunikacji będzie przedsiębiorstwo, a po drugiej szeroko rozumiana publiczność. Takie normy spełnia termin komunikacja korporacyjna. Jest ona elementem komunikacji społecznej. Jej zadaniem jest zespolenie ogółu zadań, czynników, czynności, metod, środków, technologii i systemów służących do jednokierunkowego przekazu lub wielokierunkowej wymiany komunikatów gospodarczych między partnerami komunikacyjnymi występującymi w charakterze nadawców i odbiorców wiadomości biznesowych⁶.

W ramach artykułu dokonano podziału komunikacji korporacyjnej na dwie grupy odrębnych, ale uzupełniających się rodzajów komunikacji. Pierwszy zbiór to podział komunikacji korporacyjnej ze względu na odbiorcę komunikatu. Wyróżnia się:

- a) komunikację marketingową – odbiorcą jest szeroko rozumiany klient korporacji,
- b) komunikację wewnętrzną – komunikacja z pracownikami,
- c) komunikację inwestorską – komunikacja z akcjonariuszami i udziałowcami,
- d) komunikację lokalną – komunikacja ze społecznością lokalną,
- e) komunikację z mediami – szeroko rozumiane *media relations*,
- f) komunikację z pozostałymi interesariuszami organizacji.

Drugi podział komunikacji korporacyjnej zaproponowany w opracowaniu to registratura ze względu na to, jak komunikujemy:

- a) kierunek przepływu komunikatu – komunikacja pozioma i komunikacja pionowa,
- b) kanał przepływu komunikatu – komunikacja werbalna i komunikacja niewerbalna,
- c) sposób komunikowania – komunikacja formalna i komunikacja nieformalna,
- d) liczbę odbiorców przekazu – komunikacja masowa i komunikacja indywidualna,
- e) wpływ władz przedsiębiorstwa na formułowanie komunikatu – komunikacja scentralizowana i komunikacja zdecentralizowana,
- f) świadomość faktu komunikowania – komunikacja świadoma i komunikacja nieświadoma.

3. Potocki A., Winkler R., Żbikowska A., *Techniki komunikacji w organizacjach gospodarczych*, Warszawa 2003, s. 40.

4. *Public Relations – elementy wiedzy i praktyka*, Drzycimski A. (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa w Warszawie, Warszawa 2006, s. 14.

5. *Komunikacja wewnętrzna w organizacjach sieciowych*, Lachiewicz S. (red.), 2008, *Monografie Politechniki Łódzkiej*, Łódź 2008, s. 98.

6. Kwiatek P., Leszczyński G., Zieliński M., *Komunikacja w relacjach business-to-business*, Wydawnictwo Advertiva, Poznań 2009, s. 22.

1.1. Rodzaje komunikacji korporacyjnej ze względu na odbiorcę komunikatu

1.1.1. Komunikacja marketingowa

Współcześnie rozumiana komunikacja marketingowa to zarządzanie dialogiem firmy z otoczeniem rynkowym, które ma się przyczynić do rozwiązywania i utrzymywania partnerskich relacji z uczestnikami rynku. Takie nastawienie oznacza, że za grupę docelową potraktujemy również szerokie otoczenie rynkowe, a nie tylko klienta danego przedsiębiorstwa.

Bez względu na to kogo zaliczy się do odbiorców komunikacji marketingowej, zawsze najważniejszą grupą docelową będą klienci. To oni ostatecznie decydują o sukcesie bądź przegranej organizacji. Dlatego niezbędne jest poznanie i uświadomienie sobie potrzeb komunikacyjnych tego zbioru (tabela 1). Większość z tych potrzeb potwierdza zdanie, jakie często stosuje się do opisu branży ubezpieczeniowej, że jest to biznes oparty na zaufaniu⁷.

Tabela 1: Potrzeby komunikacyjne klientów w kontekście zakładu ubezpieczeń

Potrzeby	Opis	Implikacja dla zakładu ubezpieczeń
Potrzeba otrzymywania pozytywnych sygnałów rozwoju	Klienci potrzebują informacji utwierdzających ich w przekonaniu, że firma, której zaufali, jest solidna, cieszy się dobrą reputacją i uznaniem społecznym.	Prowadzenie polityki ubezpieczyciela społecznie zaangażowanego oraz efektywna współpraca z mediami lokalnymi.
Potrzeba potwierdzenia jakości towarów lub usług	Oczekują potwierdzenia, że firma oferuje wysokiej jakości produkty i usługi, powstające z zapewnieniem rzetelnie kontrolowanych procedur zapewnienia jakości.	Potwierdzanie swojej działalności dobrymi wynikami oraz nagrodami i certyfikatami. Na przykład certyfikat jakościowy dla danej linii biznesu.
Potrzeba uzyskania rzetelnej informacji	Żądają informacji o dobrym standingu finansowym firmy, rzetelności i solidności kapitałowej.	Utrzymywanie ustawowego bezpieczeństwa finansowego oraz cykliczna wysyłka wyników finansowych do mediów.
Potrzeba wzmocnienia wizerunku firmy	Spodziewają się od firmy aktywnego kształtowania pozytywnego wizerunku.	Działania społecznie użyteczne niekoniecznie związane z działalnością biznesową na przykład weekendowe sadzenie drzew przez pracowników.

Źródło: opracowanie własne oraz [Budzyński 2003, s.122].

1.1.2. Komunikacja korporacyjna z pracownikami

Komunikacja wewnętrzna jest drugim najważniejszym elementem komunikacji korporacyjnej. W poglądzie L. Kamińskiego⁸, „komunikacja wewnętrzna w firmie to proces przepływu informacji wewnątrz struktury organizacyjnej, w układzie wertykalnym lub horyzontalnym. Po części jest on sformalizowany, ujęty w pewne ramy i procedury, po części zupełnie nieformalny, polegający na wymianie informacji, nawet plotek, pomiędzy pracownikami”. Jeżeli zatem komunikacja marketingowa jest komunikacją na linii organizacja i jej rynkowe

7. Schanz K., *Reputation and Reputational Risk Management*, The Geneva Papers The International Association for the Study of Insurance Economics 1018-5895/2006, s. 377.

8. Kamiński L., *Komunikacja korporacyjna a biznes. Praktyczny poradnik*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2007, s.109.

otoczenie zewnętrzne, to komunikacja wewnętrzna jest porozumiewaniem na linii organizacja i jej otoczenie wewnętrzne.

Obszar komunikacji wewnętrznej jest niebagatelny i może obejmować między innymi komunikację do pracowników, dotyczący strategii organizacji, wyników operacyjnych i finansowych, procesów produkcyjnych, procedur i zasad pracy, społecznego wymiaru działalności danej firmy, oczekiwań wobec pracowników, życia firmy⁹. Można za jednym z badaczy komunikacji założyć, że firmę scalają procesy komunikacyjne¹⁰.

Pracownicy korporacji mają charakterystyczne tylko dla siebie potrzeby komunikacyjne (Tabela 2). Ich realizacja stanowi o sukcesie bądź porażce organizacji. Bez zadowolonych z pracy, zmotywowanych, dobrze poinformowanych i świadomych pracowników nie da się w dłuższym czasie budować sukcesu gospodarczego. Niezależnie od branży i kraju, w którym podmiot funkcjonuje.

Tabela 2: Potrzeby komunikacyjne pracowników w kontekście zakładu ubezpieczeń

Potrzeba	Opis	Implikacje dla zakładu ubezpieczeń
Potrzeba uzyskania informacji jednostkowej	Pracownicy dążą do uzyskania podstawowej informacji na temat efektywnego wykonywania powierzonych im prac, w tym informacji wspierającej pozytywne nastawienie do wykonywanych obowiązków. Pragną być motywowani również w efekcie oddziaływania wizerunku firmy (jej znaczenia), być dumni ze swojej roli i miejsca w całości procesów w firmie, odczuwać wkład własny w realizację celów firmy.	Praktycznie każdy ubezpieczyciel na polskim rynku posiada Intranet, tzw. sieć wewnętrzną dla pracowników. Znajdą oni tam informacje bieżące dotyczące firmy, różnego rodzaju rankingi i konkursy dla pracowników. Intranet spełnia funkcję twardą, to znaczy dostarcza informacji na temat produktów oferowanych przez danego ubezpieczyciela, oraz funkcję miękką mającą za zadanie wzmacniać więzi między pracownikiem a danym ubezpieczycielem.
Potrzeba uzyskania informacji ogólnej (o firmie)	Oczekują informacji na temat wzrostu efektywności działań wszystkich pracowników oraz stopnia realizacji celów firmy.	Cykliczne (na przykład raz w roku) spotkania z wszystkimi pracownikami i zarządem, na których przedstawione są wyniki oraz plany ubezpieczyciela.
Potrzeba przynależności do firmy	Dążą do osiągnięcia pełnej identyfikacji z firmą, w tym zintegrowania indywidualnych celów pojedynczych pracowników z ogólnymi celami firmy.	Spójność przy tworzeniu planów rocznych całej grupy, a także w rozbięciu na poszczególne działy i osoby.
Potrzeba mobilizacji do pracy	Pragną być mobilizowani do realizacji okazjonalnych zadań poprzez właściwe informowanie o nich i spodziewanych efektach ich pracy.	Coraz częściej wykorzystywany przez ubezpieczycieli tzw. <i>job rotation</i> , czyli tymczasowa zamiana stanowisk pracy. Nie pozwala na popadanie w rutynę oraz poszerza wiedzę o procesach zachodzących w całej organizacji.
Potrzeba współodpowiedzialności za los firmy	W trakcie wspólnie wykonywanych zadań powstaje poczucie solidarnej współodpowiedzialności za sprawę firmy.	Duża rola motywacyjna zarządu i komunikacji na linii zarząd – kadra.
Potrzeba wiedzy o przyszłych wydarzeniach	Chcą być informowani o zamierzonych zmianach wewnątrz firmy. Pragną współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji o nich.	Prowadzenie polityki władzy zdecentralizowanej. Informowanie na temat planów i strategii. W niektórych kwestiach referendum, np. w temacie wydania środków z komisji socjalnej.

Źródło: Opracowanie własne oraz [Budzyński 2003, s. 120].

9. Ibidem, s. 108.

10. Nichols R., Stevens L., 2005, *Efektowna komunikacja*. Harvard Business Review, Wydawnictwo One Press Helion, Gliwice 2005, s. 8.

1.1.3. Komunikacja korporacyjna z akcjonariuszami

Kolejnym rodzajem komunikacji występującym w korporacji są tzw. relacje inwestorskie. Jest to trzeci, po komunikacji marketingowej i wewnętrznej, spotykany w przedsiębiorstwie filar komunikacji. Celem tego instrumentu jest nieustanna komunikacja z obecnymi i potencjalnymi akcjonariuszami korporacji.

U podstaw komunikowania się z inwestorami – zdaniem L. Kamińskiego¹¹ leży:

- konieczność przestrzegania przepisów prawa, które wymagają od spółek notowanych na giełdzie publikowania i dostarczania danych dotyczących funkcjonowania przedsiębiorstwa,
- budowanie dobrego wizerunku firmy i zwiększenia jej wiarygodności wśród obecnych i potencjalnych akcjonariuszy,
- zachęcenie inwestorów do nabywania lub utrzymania akcji firmy,
- ciągły kontakt i przekonywanie analityków instytucji finansowych, że przedsiębiorstwo jest godne zaufania [Kamiński, 2007, s. 104].

Jak każda grupa interesariuszy korporacji, również akcjonariusze mają ściśle określone potrzeby komunikacyjne. Zaprezentowano je w tabeli 3.

Tabela 3: Potrzeby komunikacyjne akcjonariuszy w kontekście zakładu ubezpieczeń

Potrzeba	Opis	Implikacje dla zakładu ubezpieczeń
Potrzeba uzyskania informacji ogólnej	Akcjonariusze żądają dostępu do aktualnej, rzetelnej informacji na temat wszelkich aspektów działania firmy, ze szczególnym uwzględnieniem strategii rozwoju, planów inwestycyjnych, wyników finansowych.	Terminowe dostarczanie sprawozdań finansowych wraz z opisem i komentarzem odpowiedzialnych osób w danym zakładzie ubezpieczeń.
Potrzeba uprzywilejowania informacyjnego	Domagają się priorytetowego traktowania pod względem polityki informacyjnej.	Specjalne zakładki na stronach ubezpieczycieli, tzw. relacje inwestorskie.
Potrzeba akceptacji decyzji kapitałowych	Potrzebują potwierdzenia prawidłowości podjętych decyzji co do zaangażowania kapitału w akcje firmy.	Posiadanie przez ubezpieczycieli strategii i konsekwentne jej realizowanie.
Potrzeba bezpieczeństwa kapitałowego	Chcą uzyskać zapewnienie bezpieczeństwa zainwestowanego kapitału.	Między innymi utrzymywanie ustawowego bezpieczeństwa finansowego przez ubezpieczycieli.
Potrzeba osiąganego zysku	Dążą do realizacji przynajmniej minimalnego założonego poziomu zysku z dokonanych inwestycji w akcje firmy.	W przypadku ubezpieczycieli nie zawsze łatwe ze względu na sezonowość wydarzeń katastroficznych, spadek cen w ubezpieczeniach majątkowych, wahania przychodów z lokat itd.
Potrzeba uspokojenia w sytuacji kryzysu	Oczekują szybkiej, oficjalnej reakcji zarządu na rozprzestrzeniające się niepozytywne informacje o firmie i plotki, w tym sprawnego działania w sytuacjach kryzysowych, ratującego wizerunek firmy.	Wprowadzenie w ramach polityki public relations tzw. PR kryzysowego. W Polsce jest kilka agencji PR specjalizujących się w PR kryzysowym instytucji finansowych.
Potrzeba posiadania korzystnego wizerunku firmy	Oczekują informacji tworzących pozytywny wizerunek stabilnie rozwijającej się firmy, wpływających na szerokie zainteresowanie akcjami firmy i wzrost jej wartości.	Prowadzenie przez ubezpieczycieli polityki firmy społecznie zaangażowanej.
Potrzeba pewności co do sprawnego zarządzania firmą	Oczekują sprawnego zarządzania firmą, w tym jej wizerunkiem w różnych grupach otoczenia, co tworzy ogólną opinię publiczną na temat firmy.	Realizacja przez ubezpieczycieli strategii, prowadzenie monitoringu mediów oraz osobiste kontakty zarządu z grupami właścicielskimi.

Źródło: opracowanie własne oraz [Budzyński 2003, s. 120].

11. Kamiński L., *Komunikacja*, op.cit., s. 104.

1.1.4. Komunikacja korporacyjna z otoczeniem lokalnym

Idea CSR (społeczna odpowiedzialność biznesu) jest kolejną sferą działalności przedsiębiorstwa, gdzie kluczową rolę odgrywa komunikowanie się¹². Społeczna odpowiedzialność biznesu może być definiowana, za M. Aluchną¹³, jako koncepcja, według której przedsiębiorstwa i inne podmioty, prowadząc działalność gospodarczą, dobrowolnie uwzględniają interesy wszystkich swoich interesariuszy we wszystkich obszarach i wymiarach własnej działalności. Takie traktowanie idei CSR odnosi się do wszystkich interesariuszy. Jest to jednak odniesienie pośrednie. To znaczy, że w ramach CSR firma dokonuje ustalonych aktywności społecznych, najczęściej w formie darowizny czy sponsoringu, skierowanej do wybranej społeczności lokalnej. Natomiast celem takich działań jest wpływanie na procesy decyzyjne każdej grupy interesariuszy.

W praktyce wygląda to tak, że firma w ramach komunikacji lokalnej w pierwszej kolejności komunikuje się z otoczeniem lokalnym, na przykład dokonując aktu społecznie zaangażowanego wobec tej grupy (darowizny). Następnie dochodzi do komunikacji swoich działań społecznie zaangażowanych w kierunku pozostałej grupy odbiorców przedsiębiorstwa, tak aby organizacja w ich oczach uzyskała miano społecznie zaangażowanej. Taki schemat można traktować jako wyrafinowany i czysto biznesowy, któremu daleko jest do idei prospołecznych. Bez względu jednak na przesłanki, którymi kieruje się dana korporacja, takie działania pomagają wybranej grupie społeczności, nie szkodząc innym, są zatem bezsprzecznie pozytywne.

Tabela 4: Potrzeby społeczeństwa lokalnego w kontekście zakładu ubezpieczeń

Potrzeba	Opis	Implikacje dla zakładu ubezpieczeń
Potrzeba wiary w szlachetność intencji firmy	Społeczeństwo potrzebuje zapewnień, że firma działa w interesie społecznym, mając na uwadze zasady społecznej odpowiedzialności biznesu, a nie tylko realizację zysków.	Na przykład inicjatywa Concordia Ubezpieczenia, w której za każdy przebiegnięty przez pracowników i pośredników kilometr w ramach poznańskiego maratonu określona kwota przekazywana jest na cele charytatywne.
Oczekiwanie użyteczności społecznej	Ludzie oczekują od firmy, że będzie ona wspierać projekty społecznie użyteczne i prowadzić działalność charytatywną.	Jak wyżej.
Potrzeba wyprzedzenia informacyjnego	Otoczenie chciałoby zostać poinformowane z należyтым wyprzedzeniem o skutkach decyzji, które w jakimś stopniu mogą dotknąć ogół społeczeństwa (w szczególności dotyczy to małych miejscowości), jak np. istotne inwestycje, zamknięcie zakładów i inne.	Temat rzadziej spotykany w działalności ubezpieczeniowej, ponieważ zakład ubezpieczeń nie jest zakładem produkcyjnym. Dlatego rzadko występują konflikty związane z tzw. twardymi (budowlanymi) inwestycjami.
Potrzeba uznania	Ludzie pragną, by firma cieszyła się dobrą opinią także poza daną społecznością (lokalną, branżową czy narodową) i była nośnikiem korzystnej o niej opinii, np. na forum całego kraju lub za granicą.	Praktycznie każdy ubezpieczyciel komunikuje nie tylko lokalnie, ale na terenie całego kraju. Stąd współpraca zarówno z prasą lokalną, jak i dziennikami ogólnopolskimi.

Źródło: opracowanie własne oraz [Budzyński 2003, s. 122].

12. Henslowe P., *Public Relations od podstaw*, Wydawnictwo One Press Exclusive, Warszawa 2005, s. 18.

13. *Współczesne wyzwania dla przedsiębiorstw. Komunikacja z rynkiem. Zarządzanie produktami. Motywowanie pracowników*, Aluchna M. (red.), Oficyna wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2010, s. 37.

Podstawowym celem prowadzenia aktywnej komunikacji lokalnej jest stworzenie przychylniej opinii publicznej, poprzez promowanie wizerunku organizacji odpowiedzialnej społecznie¹⁴. Do społeczności lokalnej można zaliczyć: lokalne instytucje państwowe i samorządowe, szkoły (nauczyciele, studenci, uczniowie), osiedla mieszkaniowe znajdujące się przy placówkach firmy, lokalne drużyny sportowe, organizacje społeczne i kulturalne oraz inne. Potrzeby komunikacyjne społeczeństwa lokalnego wskazano w tabeli 4.

1.1.5. Komunikacja korporacyjna z mediami

Komunikacja z mediami stanowi bardzo istotny element komunikacji korporacyjnej. Wielu praktyków i teoretyków komunikacji uważa *media relations* za podstawowy, a czasem jedyny kanał dotarcia do interesariuszy danej organizacji. Jest to pogląd błędny, aczkolwiek należy zgodzić się z tezą, że współpraca z mediami to najczęściej używany przez korporacje sposób dotarcia do większości swojej publiczności.

Komunikacja z mediami jest bardzo istotna w przypadku rozproszonej i licznej grupy interesariuszy, na przykład klientów. Proaktywne podejście do *media relations* może pomóc budować organizacyjną wiarygodność i reputację¹⁵. Jak zauważa K. Wojcik¹⁶, wykorzystanie w komunikacji mediów daje możliwość jednoczesnego docierania do licznych i rozproszonych geograficznie odbiorców, nawet z różnych stref geograficznych, szczególnie przy wykorzystaniu mediów obcych, masowych, nie własnych. Należy jednak pamiętać, że każde medium ma ograniczony „potencjał rozwiązywania problemu komunikacyjnego”¹⁷. Dlatego szczególnie w sytuacjach kryzysowych należy postąpić się tym narzędziem bardzo ostrożnie.

Dziennikarze to bardzo specyficzna grupa zawodowa. Każda osoba zajmująca się współpracą z mediami w organizacji powinna nauczyć się dziennikarskiego fachu, poznać najważniejszych dziennikarzy w danej branży, stworzyć mapę mediów w zależności od grupy docelowej, a także poznać terminy cykli wydawniczych. Jak podkreśla P. Andrzejewski¹⁸, „Kontakt firmy ze światem mediów przypomina grę. Wyrafinowaną i pełną finezji, innym razem zmieniającą się w pojedynek, a nawet bitwę. Tę rozgrywkę można wygrać lub przegrać. Wynik jednak rzadko jest kwestią przypadku”. Podstawową sprawą, o której powinien pamiętać każdy kto zamierza zająć się *media relations*, jest zrozumienie, że jego podstawowym celem będzie służenie pomocą dziennikarzom¹⁹. Chodzi o pomoc w dostępie do wiarygodnych i wartościowych informacji. Dziennikarze, jeśli nie zostaną zainspirowani informacjami z danej organizacji, znajdą i zajmą się innymi tematami. Mogą też dotrzeć

14. Zarebska A., *Tożsamość – organizacyjna przedsiębiorstwa. Jak stworzyć konkurencyjną firmę?*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, s. 83.

15. Schiffman M., *Moving public relations forward by Mark Schiffman*, American Collector's Association International, 8/2010.

16. Wojcik K., *Public Relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*, Wydawnictwo PLACET, Warszawa 2005, s. 84.

17. Wojcik K., *Public...*, op.cit., s. 85.

18. Andrzejewski P., Kot W., *Media Relations. Budowanie reputacji firmy*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2002, s. 7.

19. *Sztuka Public Relations. Z doświadczeń polskich praktyków* (opracowanie zbiorowe), Związek Firm Public Relations, Warszawa 2006, s. 29.

do źródeł informacji o danej korporacji, niekoniecznie korzystnej dla niej samej. Takim źródłem może być konkurencja czy byli pracownicy. Potrzeby komunikacyjne dziennikarzy zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5: Potrzeby komunikacyjne dziennikarzy w kontekście zakładu ubezpieczeń

Potrzeba	Opis	Przykłady w zakładzie ubezpieczeń
Potrzeba bieżącego informowania ze strony firmy.	Dziennikarze oczekują aktualnej, rzetelnej informacji, która zainteresuje członków grupy docelowej gazet lub programów radiowych i telewizyjnych.	Wydawane przez większość ubezpieczycieli śniadania prasowe.
Potrzeba uzyskiwania poprawnych i terminowych informacji.	Dziennikarze chcieliby, aby przekazywane informacje były właściwie zredagowane i terminowo dostarczane, z uwzględnieniem możliwości cykli wydawniczych lub przygotowania do emisji.	Wprowadzenie u większości ubezpieczycieli listy i mapy mediów z uwzględnieniem terminów zamknięcia wydania.
Potrzeba bycia zapraszanym.	Media liczą na gościnność ze strony firmy. Najlepiej uosabia ją polityka tzw. „otwartych drzwi” dla prasy. Stwarza ona szansę dotarcia do ważnych w firmie osób.	Cykliczne, najczęściej kwartalne (wyniki finansowe) konferencje prasowe.
Potrzeba uznania ich prawa do informacji.	Media spodziewają się poszanowania zasad prawa prasowego o obowiązku udzielania informacji prasie w zakresie działalności społeczno-gospodarczej przedsiębiorstwa, szczególnie gdy znajduje się ono w sytuacji kryzysowej.	Wprowadzenie w ramach polityki <i>public relations</i> tzw. PR kryzysowego.
Potrzeba zachowania obiektywności formułowania sądów.	Dziennikarze za wszelką cenę unikają nacisków mających na celu przesadne promowanie firmy, bo groziłoby to posądzeniem ich o tworzenie tzw. kryptoreklamy.	Wprowadzenie zakazu bezpośredniego przesyłania informacji prasowych do dziennikarzy przez służby inne niż <i>media relations</i> .
Potrzeba posiadania szerszej perspektywy, np. regionu czy branży.	Potrzebują informacji wykraczającej poza działanie firmy, ukazującej interesujące wydarzenia w całej branży czy prezentującej interesujących ludzi.	Zaproszenia na konferencje organizowane przez ubezpieczycieli lub środowisko.

Źródło: opracowanie własne oraz [Budzyński 2003, s.123].

1.1.6. Komunikacja korporacyjna z innymi grupami docelowymi

Wymienione powyżej rodzaje komunikacji korporacyjnej, zróżnicowane ze względu na grupę docelową przekazów wysyłanych przez przedsiębiorstwo, nie wyczerpują podziału. Komunikacja korporacyjna to budowanie relacji z każdą osobą, która ma lub może mieć wpływ na daną organizację. Można założyć, że każda osoba mająca jakikolwiek wpływ na korporację, ma wpływ na jej wyniki operacyjne i finansowe. Takie myślenie pozwoli na docenienie każdego klienta, każdego interesariusza. Jest to swego rodzaju kultura organizacji, która bardzo ułatwia pracę osobom odpowiedzialnym za komunikację w firmie. Oczywiście, każda grupa interesariuszy powinna mieć swoją wagę dla organizacji, ponieważ nie każda jest tak samo istotna w realizacji jej zakładanych celów.

1.2. Rodzaje komunikacji korporacyjnej ze względu na sposób komunikowania

Poznanie rodzajów komunikacji w korporacji ze względu na sposób komunikowania jest równie istotne co świadomość zróżnicowania grup docelowych komunikatu. Dlatego niezbędne

jest wskazanie i scharakteryzowanie najczęściej spotykanych typów komunikacji korporacyjnej. Bez poznania ich cech, zalet i wad, szans i zagrożeń, zakład ubezpieczeń nie jest w stanie zbudować efektywnego i optymalnego modelu komunikacji.

1.2.1. Komunikacja korporacyjna pionowa i pozioma

Przepływ pionowy oznacza komunikowanie między podwładnym i przełożonym. Kierunek przepływu pionowego może następować w górę (wtedy przełożony jest odbiorcą, a podwładny nadawcą komunikatu), bądź w dół (wtedy przełożony komunikuje podwładnemu). Często występuje również komunikacja dwukierunkowa, traktowana jako wymiana informacji pomiędzy kierownictwem a załogą. Komunikacja pionowa w górę jest bardzo istotna, a można zaryzykować tezę, że trochę zapomniana w przedsiębiorstwach. Większą uwagę zwraca się na przekaz przełożony – podwładny. Najważniejszym celem udrożnienia przepływu informacji w górę jest poznanie pracownika. Jego problemów, aspiracji, systemu wartości, celów. Pozwólą na to odpowiednio dobrane techniki komunikacyjne.

Należy mieć świadomość, że to w gestii korporacji jest stworzenie modelu wymiany informacji między pracownikami a zwierzchnikiem. Praktycznie każdy człowiek ma potrzebę wypowiedzenia swoich opinii i uwag na temat funkcjonowania firmy i swojego udziału w tym procesie. Jeżeli pracownik nie będzie miał możliwości zakomunikowania swoich problemów przełożonemu, z pewnością zrobi to w inny sposób, na przykład na portalach społecznościowych lub na blogu. A stąd już krok do zepsucia reputacji w mediach społecznościowych²⁰, które, ze względu na swoją niezależność, są jedną z najbardziej opiniotwórczych gałęzi mediów; szczególnie w kontekście stale rozwijającego się tzw. marketingu wirusowego (*viral marketing*)²¹. W takich sytuacjach korporacja traci kontakt i wpływ na to, co się o niej mówi i jaki jest budowany wokół niej wizerunek.

Drugim, w ramach podziału ze względu na kierunek przepływu informacji, rodzajem komunikacji korporacyjnej jest porozumiewanie się poziome. Jest to sytuacja, w której osoby z różnych działów organizacji komunikują się między sobą w celu osiągnięcia wspólnego celu. Nie ma tutaj podziału na przełożonych i podwładnych. Jest za to najczęściej wspólny cel komunikowania, na przykład odgórnie zatwierdzony projekt, obejmujący pracę wielu działów danej korporacji.

J. Ober²² uważa, że komunikacja pozioma zachodzi na tym samym szczeblu struktury organizacyjnej.

Jeżeli zachodzi zgodnie z przyzwoleniem i wiedzą przełożonych, to wchodzi w skład formalnych kanałów przepływu informacji i z reguły obejmuje pracowników zajmujących równorzędne lub zbliżone stanowiska w hierarchii korporacyjnej. Jako zalety i cele poziomego komunikowania autor wskazuje stworzenie bezpośredniego kanału koordynacji organizacyjnej i rozwiązania problemów oraz możliwość nawiązywania stosunków z kolegami, co stanowi

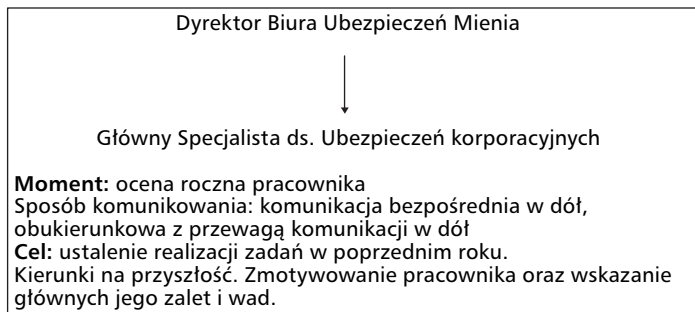
20. *Safeguard your organization from social media disaster. Not sure if you need an official policy? You do*, Communication Briefings, Briefings Media Group, LLC 2010, s. 5.

21. Kravitz S., Barinskiy L., *Mastering Insurance Marketing. How to make your agency forward in the New Media*, Seth Kravitz & Lev Barinskiy 2010, s. 186.

22. Ober J., *Informacja i komunikacja w zarządzaniu*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007, s. 17.

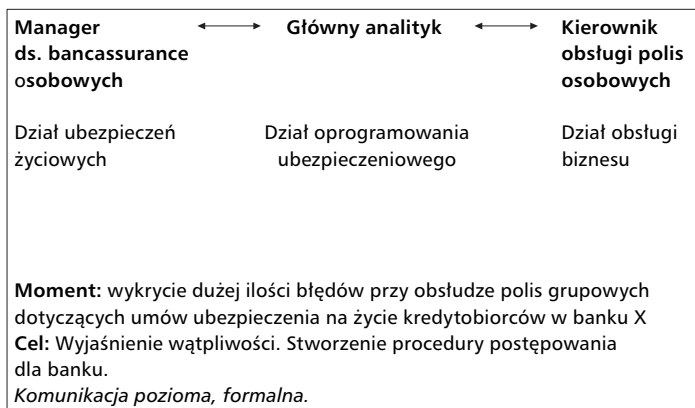
ważny czynnik zadowolenia większości pracowników²³. Przykłady komunikacji pionowej i poziomej w zakładzie ubezpieczeń przedstawiono odpowiednio na rysunkach 1 i 2.

Rysunek 1: Pionowe komunikowanie w zakładzie ubezpieczeń – przykład



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2: Poziome komunikowanie w zakładzie ubezpieczeń – przykład



Źródło: opracowanie własne.

1.2.2. Komunikacja korporacyjna werbalna i niewerbalna

Proces komunikacji może odbywać się na dwa sposoby – werbalny i niewerbalny. W ramach tych głównych dwóch podziałów wyróżnia się wiele podgrup. Jednak podstawowym zróżnicowaniem jest oddzielenie komunikacji werbalnej od komunikacji niewerbalnej. Najprościej rzecz ujmując, komunikacja werbalna to każda komunikacja z wykorzystaniem mowy jako środka komunikacji²⁴. Obejmuje ona słowny przekaz komunikatu poziomego lub pionowego w organizacji, bez względu na kierunek przekazu, a zatem na to kto jest nadawcą, a kto odbiorcą procesu. Przekazanie treści w sposób werbalny jest rdzeniem procesu komunikacyjnego. Stanowi ono podstawę wymiany informacji w korporacjach. Jednak, jak wskazuje

23. Ibidem, s. 17.

24. Penc J., *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010, s. 115.

K. Wojcik²⁵, wpływ tego co człowiek mówi, jest znikomy. Wpływ werbalny, czyli wrażenie jakie nadawca wywiera na innych, zależy od tego, co mówimy, tylko w 7 proc. Kolejne 38 proc. to kwestia tego co słycać, a więc tonu i barwy głosu, tempa mówienia, wymowy, akcentu, częstości pauz. Największy wpływ na odbiorcę ma jednak to, co widać, czyli między innymi kolor skóry, wygląd, postawa, wyraz twarzy, kontakt wzrokowy i inne elementy języka ciała²⁶.

Należy pamiętać, że komunikacja niewerbalna uzupełnia komunikację werbalną. Nie jest ona, z punktu widzenia celów korporacji, komunikacją samą w sobie. Kontrola komunikacji niewerbalnej podczas bezpośredniego kontaktu nadawcy z odbiorcą jest niezbędna dla władz korporacji. Nie tylko rzecznik prasowy musi być świadomy gry, jaką komunikacja niewerbalna odbywa z odbiorcą przekazu. Dlatego osoba planująca procesy komunikacyjne w korporacji musi być zaznajomiona z wadami i zaletami komunikacyjnymi najważniejszych jej pracowników. Przy przekazywaniu pewnych informacji lepiej unikać bezpośredniego kontaktu w celu niedopuszczenia do wytwarzania niewłaściwych efektów komunikacyjnych. Przykład komunikacji werbalnej i niewerbalnej został przedstawiony w tabeli 6.

Tabela 6: Przykład komunikacji werbalnej i niewerbalnej w zakładzie ubezpieczeń

Komunikacja werbalna	Komunikacja niewerbalna
Prezes zarządu składa na spotkaniu wigilijno-noworocznym życzenia wszystkim pracownikom oraz prezentuje wyniki sprzedażowe i inne bieżące informacje dotyczące firmy.	W sali konferencyjnej zakładu ubezpieczeń dochodzi do spotkań negocjacyjnych między przedstawicielami zakładu ubezpieczeń (dyrektor biura sprzedaży korporacyjnej, dyrektor biura produktów majątkowych, dyrektor biura obsługi) oraz przedstawicielami firmy świadczącej usługi doradztwa finansowego, chcącej rozszerzyć ofertę o ubezpieczenia danego ubezpieczyciela. Uczestnicy spotkania zajmują miejsca naprzeciwko siebie (po jednej stronie przedstawiciele zakładu ubezpieczeń, po drugiej przedstawiciele biznesu). Tym samym buduje się podział na my i oni, a takie rozmieszczenie sprzyja postawie negocjacyjnej nieugodowej.
Jest to przykład komunikacji pionowej, werbalnej.	Jest to przykład komunikacji poziomej, niewerbalnej.

Źródło: opracowanie własne.

1.2.3. Komunikacja korporacyjna formalna i nieformalna

Dla osób zajmujących się w korporacjach zagadnieniem komunikacji niezbędna jest świadomość podziału komunikacji ze względu na sposób komunikowania. Wyróżnia się tutaj komunikację formalną i nieformalną. Można założyć, że w każdym przedsiębiorstwie proces komunikowania się obejmuje swoim zasięgiem wszystkie szczeble struktury organizacyjnej, tworząc sieć powiązań formalnych i nieformalnych²⁷. Większość osób intuicyjnie może określić, czym są relacje formalne w firmie, a czym relacje nieformalne. Zagadnienie to jest jednak zbyt ważne, by opierać się tutaj tylko na intuicji.

Odróżnienie formalnych stosunków służbowych od kontaktów nieformalnych, jest bardzo istotne zarówno z punktu widzenia nadawcy, jak i odbiorcy oraz organizatora procesów komunikacyjnych. W praktyce funkcjonowania korporacji procesy komunikacyjne nie zawsze

25. Wojcik K., 2005, *Public*, op.cit., s. 69.

26. Ibidem, s. 70.

27. *Komunikowanie się. Problemy i perspektywy*, Kaczmarek B., Kucharski A., Stencel M. (red.) Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006, s. 140.

biegną zgodnie z zależnościami służbowymi. Stąd można mówić – jak wskazuje A. Potocki²⁸ – o sieciach komunikacyjnych formalnych i nieformalnych. Dlatego w trakcie zarządzania komunikacją w firmie należy wziąć pod uwagę komunikację formalną i komunikację nieformalną wraz z ich rodzajami: komunikacją pionową i poziomą, odpowiednio jedno- lub dwustronną.

Zarząd zakładu ubezpieczeń nie ma wpływu na powstanie i funkcjonowanie w organizacji grup nieformalnych. Może jednak mieć wpływ na jakość komunikacji nieformalnej. W ramach grup zadaniowych bardzo ważna jest koordynacja przepływu informacji między poszczególnymi członkami projektu. Jeżeli do wykonania jest zadanie proste, schematyczne i niewymagające dużych nakładów czasowych i ludzkich, to najlepiej wykorzystać narzędzia komunikacji formalnej, takich jak: procedury, normy i wyznaczenie samodzielnego lidera projektu. Natomiast jeżeli projekt jest skomplikowany, wymaga dużego poziomu kreatywności i tworzenia czegoś nowego oraz dodatkowo niezbędne są duże nakłady czasowe i ludzkie, to najważniejsze w takich sytuacjach jest zastosowanie podziału władzy z koordynatorem projektu oraz zezwolenie na procesy komunikacyjne również nieformalne. Z całą pewnością nowe pomysły i rozwiązania potrzebują łączenia pracy kilku działów, wielu umysłów i przepływu informacji w sposób praktycznie dowolny i nieustalony ogólnie.

Pomimo rosnącego znaczenia nieformalnych stosunków w organizacji należy podkreślić, iż stanowią one tylko uzupełnienie formalnych przepływów informacji. To komunikacja formalna stanowi warunek konieczny funkcjonowania korporacji. Zrezygnowanie z formalnych stosunków w zakładzie ubezpieczeń spowodowałoby chaos i destabilizację. Komunikacja nieformalna stanowi natomiast warunek konieczny budowania nowoczesnej i kreatywnej organizacji, która zasługuje na miano podmiotu uczącego się i wykorzystującego swoje zmysły²⁹. Tabela 7 prezentuje przykład komunikacji formalnej i nieformalnej w zakładzie ubezpieczeń.

Tabela 7: Komunikacja formalna i nieformalna w zakładzie ubezpieczeń – przykład

Komunikacja formalna	Komunikacja nieformalna
Dyrektor działu controllingu wysyła maila do dyrektorów wszystkich działów centrali i oddziałów z informacją, iż od 1 czerwca 2011 roku każda korespondencja wysyłana do Komisji Nadzoru Finansowego musi przechodzić przez dział controllingu i należy ją dostarczyć przynajmniej 3 dni robocze przed ostateczną datą przekazania korespondencji do KNF.	Dyrektorzy działów produktowych wspólnie podejmują decyzję na spotkaniu nieformalnym, że od tego momentu nie wymieniają informacji między oddziałami sprzedażowymi w inny sposób niż mailowy. Nie udzielają żadnych informacji czy zgód <i>via</i> telefon czy kontakt bezpośredni. Takie postępowanie nie jest jednak nigdzie unormowane.
Jest to przykład komunikacji jednostronnej, poziomej, niewerbalnej, formalnej.	Jest to przykład komunikacji dwustronnej, poziomej, werbalnej, nieformalnej.

Źródło: opracowanie własne.

1.2.4. Komunikacja korporacyjna indywidualna i masowa

Przedsiębiorstwo, ze względu na liczbę odbiorców swoich przekazów, może komunikować indywidualnie lub masowo. Komunikacja indywidualna (interpersonalna)³⁰ to sytuacja, w której

28. Potocki A., Winkler R., Żbikowska A., Techniki, op.cit., s. 47.

29. Przydróżny F., *Skuteczna komunikacja*, Miesięcznik Ubezpieczeniowy nr 5/2010.

30. Mruk H., Pilarczyk B., Szulce H., *Marketing: uwarunkowania i instrumenty*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2007, s. 215.

korporacja komunikuje w sposób bezpośredni, wzajemny i prywatny³¹. Oznacza to, że przedsiębiorstwo w trakcie komunikowania utrzymuje z odbiorcą bezpośredni kontakt, a przepływ informacji jest dwustronny. Dlatego podczas komunikowania indywidualnego przedsiębiorstwo jest zarówno nadawcą i odbiorcą komunikatu. Tylko komunikacja indywidualna pozwala na bieżące, dwustronne przepływy komunikacyjne. Dzięki temu można uzyskać dane zwrotne od interesującej grupy interesariuszy. Można założyć, że utrzymywanie indywidualnych relacji jest komunikacją w skali jeden do jednego. Jednemu nadawcy odpowiada jeden odbiorca. Zindywidualizowana komunikacja wymaga gromadzenia niezbędnych informacji o pojedynczym interesariuszu organizacji³², bez względu na to, czy jest on pracownikiem, klientem, konkurentem czy akcjonariuszem.

Komunikacja masowa występuje wtedy, gdy w ramach komunikacji korporacyjnej przedsiębiorstwo buduje relacje z grupą odbiorców w sposób pośredni, jednokierunkowy i publiczny³³. Komunikacja masowa to wszystkie formy komunikacji, gdzie wiadomości przekazywane są jawnie i publicznie, to znaczy krąg odbiorców jest potencjalnie nieograniczony. Dodatkowo, w przeciwieństwie do fizycznie obecnej publiczności w komunikacji indywidualnej, tutaj jest ona rozproszona i niejednolita. Najczęściej komunikacja masowa odbywa się za pomocą środków technicznych, na przykład mediów czy wewnętrznych platform komunikacyjnych IT.

Inną cechą masowego komunikowania jest jej pośredniość, czyli założenie czasowego, przestrzennego lub czasowo-przestrzennego dystansu między partnerami.

Najważniejszą wadą komunikacji masowej jest jej jednostronność. Nie następuje tutaj wymiana ról między nadawcą i odbiorcą³⁴. Jeżeli komunikacja indywidualna to dialog z otoczeniem, to komunikacja masowa to monolog prowadzony przez przedsiębiorstwo z daną, jak największą grupą publiczności.

Jak wspomniano wcześniej, często wybór komunikacji masowej ma uzasadnienie ekonomiczne. Z tego powodu jest ona najczęściej wykorzystywana w kontaktach z klientami indywidualnymi. Można tutaj wykorzystywać powszechnie znane mechanizmy psychologiczne związane z grupowym myśleniem. Komunikacja masowa może zakładać, że dany proces przepływu jednostronnej wiadomości może wykształcić ograniczającą sugestię grupy, w której efekcie członkowie grupy ograniczają dobrowolnie swoje zdolności intelektualne. Mechanizm ten można określić mianem syndromu myślenia grupowego³⁵. Przykład komunikacji masowej i indywidualnej w zakładzie ubezpieczeń znajduje się w tabeli 8.

31. Zaraziński G., *Komunikacja i media: wprowadzenie*, Bestprint s.c., Siedlce 2006, s. 22.

32. *Komunikacja rynkowa. Skuteczne narzędzia i obszary zastosowania*, Pilarczyk B., Waśkowski Z., (red.), Zeszyty Naukowe 136, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 510.

33. Zaraziński G., *Komunikacja*, op.cit. s. 22.

34. Ibidem, s. 22.

35. Winkler R., *Zarządzanie komunikacją w organizacjach zróżnicowanych kulturowo*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 83.

Tabela 8: Komunikacja masowa i indywidualna w zakładzie ubezpieczeń – przykłady

Komunikacja indywidualna	Komunikacja masowa
Dyrektor oddziału jednego z zakładów ubezpieczeń po otrzymaniu listy najlepszych brokerów za rok poprzedni (składka przypisana brutto na danego brokera) odwiedza pięciu najlepszych z informacją o wypracowanym przychodzie, liście gratulacyjnym oraz nowej procedurze obsługi najważniejszych brokerów, pozwalającą na skrócenie czasu odpowiedzi na przesyłane slipy. Ważne jest również uzyskanie informacji zwrotnej od brokerów mające na celu uzyskanie informacji – jak jeszcze zakład ubezpieczeń może usprawnić współpracę między zainteresowanymi stronami.	Zakład ubezpieczeń postanawia uczestniczyć jako sponsor w zawodach Pucharu Polski WKKW odbywających się w Warce. Dzięki temu będzie mógł wywiesić swoje banery reklamowe oraz plakaty promujące produkt NNW dla osób jeżdżących na koniach.
Jest to przykład komunikacji dwustronnej, poziomej, werbalnej, formalnej, indywidualnej.	Jest to przykład komunikacji jednostronnej, poziomej, niewerbalnej, formalnej, masowej.

Źródło: opracowanie własne.

1.2.5. Komunikacja korporacyjna scentralizowana i zdecentralizowana

Kultura korporacji jest często bardzo zbliżona do kultury pracy i osobowości najważniejszych osób w danej organizacji. W literaturze panuje pogląd, że większość firm jest taka, jak jej prezes. Analizując opinie autorów, zarówno teoretyków, jak i praktyków, na temat władzy w przedsiębiorstwach, można spotkać dwa podstawowe style zarządzania.

Pierwszym z nich jest styl scentralizowany autokratyczny. Charakteryzuje się bardzo dużą władzą zarządu, w tym przede wszystkim prezesa zarządu. Praktycznie każda informacja, każdy dokument musi przejść przez biuro zarządu organizacji. Taki styl odpowiada komunikacji scentralizowanej w przedsiębiorstwie.

Drugi model to styl partnerski zdecentralizowany. Tutaj to kadra w większości podejmuje najważniejsze decyzje, a zarząd wyznacza jedynie cele średnio- i długookresowe oraz administruje realizację założonych projektów. Na zarząd trafiają tylko najważniejsze tematy. Pochodną takiego zarządzania w organizacji jest występowanie komunikacji zdecentralizowanej. Za W. Budzyńskim³⁶ można założyć, że stopień centralizacji powiązań komunikacyjnych określany jest przez proporcję komunikatów, które muszą przejść przez określoną liczbę uprzywilejowanych członków komunikującej się grupy, zanim trafią do pozostałych

Komunikacja scentralizowana polega na pełnym podejmowaniu decyzji i zarządzaniu informacją przez prezesa zarządu przedsiębiorstwa. Każda decyzja i każda informacja wypytywa z biura zarządu. Jest on katalizatorem informacji i decyzji organizacji.

Z kolei komunikacja zdecentralizowana pozwala na samodzielne podejmowanie decyzji; zarządzanie swoim zakresem obowiązków. W tym modelu zarząd posiada wiedzę o tym, co w korporacji się dzieje, ale nie wnika w szczegóły procesów organizacyjnych i decyzyjnych. Jest swoistym koordynatorem projektu, jakim jest przedsiębiorstwo jako całość.

Stosowanie w organizacji komunikacji scentralizowanej może prowadzić w przedsiębiorstwie do dwóch bardzo niekorzystnych sytuacji. Po pierwsze, komunikacja scentralizowana jest potężną siłą, sprzeciwiającą się partycypacji pracowniczej i starającą się ukryć przed pracownikami informacje o potencjalnych problemach i/lub zagrożeniach. Morrisom i Miliken³⁷, dwaj

36. Budzyński W., *Wizerunek*, op.cit., s. 113.

37. Cornelissen J., 2010, *Komunikacja korporacyjna. Przewodnik po teorii i praktyce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010. s. 154.

badacze zarządzania nazwali tę siłę milczeniem organizacyjnym (*organizational silence*). Jest to niebanalne zagrożenie dla długookresowego, efektywnego funkcjonowania przedsiębiorstwa.

Druga konsekwencja scentralizowanej komunikacji w organizacji jest również związana z zachowaniem jej odbiorców – pracowników. Wychodzą oni z założenia, że jeżeli każda decyzja musi przejść przez biuro zarządu, to po co podejmować jakąkolwiek aktywność? Jeżeli przykładowo pracownik działu produktowego zakładu ubezpieczeń ma przygotować ofertę ubezpieczenia klientów dużej instytucji finansowej, to tworząc ją, ma myśleć o potrzebach klientów tej instytucji, czy może o guście prezesa? W końcu początkowo oferta musi uzyskać akceptację tego ostatniego.

Opisane dwa mechanizmy, wywołane niewłaściwym zarządzaniem i komunikacją w korporacji, stanowią potężne zagrożenie dla ich przyszłości. Warto podkreślić, że problem ten dotyczy większość z nich.³⁸ Tabela 9 przedstawia przykłady komunikacji scentralizowanej i zdecentralizowanej, jakie mogą wystąpić w zakładzie ubezpieczeń.

Tabela 9: Komunikacja scentralizowana i zdecentralizowana w zakładzie ubezpieczeń – przykłady

Komunikacja scentralizowana	Komunikacja zdecentralizowana
Biuro marketingu miało za zadanie przygotować materiały BTL i ATL (materiały marketingowe, takie jak ulotki, plakaty, gadzety, materiały promocyjne itp.) na coroczny kongres brokerów ubezpieczeniowych organizowany przez SPBUiR (Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych). Przed ostateczną akceptacją materiałów dyrektor biura marketingu został zobligowany do uzyskania akceptacji prezesa zarządu. Tym samym, to prezes zarządu decydował o tym, w jaki sposób zakład ubezpieczeń komunikuje się z brokerami.	Dyrektor biura marketingu zdecydował, że dany zakład ubezpieczeń powinien wystąpić na Polskim Forum Finansowym „Twoje Pieniądze”. Do przygotowania były dwie prelekcje oraz materiały BTL i ATL. Dyrektor biura marketingu wraz z zarządzającymi zainteresowanych biur produktowych przygotował materiał i budżet. Po wydarzeniu prezes zarządu otrzymał notatkę z najważniejszymi informacjami i wnioskami z imprezy.
Jest to przykład komunikacji dwustronnej, pionowej, werbalnej, formalnej, indywidualnej, scentralizowanej.	Jest to przykład komunikacji jednostronnej, pionowej, niewerbalnej, formalnej, indywidualnej, zdecentralizowanej.

Źródło: opracowanie własne.

1.2.6. Komunikacja korporacyjna świadoma i nieświadoma

Zgodnie z nauką przedmiotu, zarówno człowiek, jak i inne podmioty, na przykład organizacje gospodarcze „nie mogą nie komunikować”³⁹. Ten podstawowy i najważniejszy aksjomat komunikacji ma niebagatelne znaczenie dla współczesnych korporacji. Nie może ona decydować, kiedy komunikuje, a kiedy nie. Każdym aspektem swojej działalności, zachowaniem pracownika, przy każdym użyciu przez konsumentów danego produktu, wysyła w świat sygnały stanowiące podwaliny budowania opinii wśród swojej publiczności. Przy takim za-

38. Związane to jest z psychiką człowieka. Osoba mająca władzę w jednym aspekcie, przerzuca swoją wiedzę i zachowania również na inne dziedziny życia np. organizacji, którą kieruje. Postrzega rzeczywistość i potrzeby innych osób poprzez pryzmat swojej osoby. Szerzej na ten temat patrz: Gay P., Freud. *Życie na miarę epoki*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.

39. Zaraziński G., *Komunikacja*, op.cit. s. 19.

łożeniu, o nieuchronności komunikowania, należy wprowadzić dwa rodzaje komunikacji: komunikację świadomą (intencjonalną) i nieświadomą (nieintencjonalną).

Z definicji komunikacji nieświadomej wynika, że jest ona nieuchwytna i nie da się jej zaplanować czy nią zarządzać. Celem każdego komunikologa korporacyjnego jest minimalizowanie komunikacji nieintencjonalnej w organizacji. Nie da się całkowicie jej wyeliminować, ale można ją marginalizować. Proces ujarznienia komunikacji nieświadomej polega na przechodzeniu tego rodzaju komunikacji w drugą przeciwstawną, czyli świadomą. Jeżeli osoba pracująca w recepcji dużej korporacji jest niemiła dla gości, to firma komunikuje w sposób nieświadomy swoje nastawienie do odwiedzających ją interesariuszy. Jeżeli jednak osoba odpowiedzialna za procesy komunikacyjne w danym przedsiębiorstwie uzmysłowi sobie wpływ niemiłej i aroganckiej recepcjonistki na wizerunek całej korporacji, to przekonując pracownika do zmiany jego zachowań, spowoduje, że firma, dzięki miłemu i pomocnemu recepcjoniście, udoskonali swój wizerunek w oczach osób ją odwiedzających. Tak dochodzi do procesu przejścia z komunikacji nieświadomej do komunikacji świadomej.

Uzmysłowienie osobom zarządzającym zakładem ubezpieczeń wpływu nieświadomej komunikacji na tożsamość i wizerunek całej organizacji jest kluczowym zadaniem osoby odpowiedzialnej za komunikację. Już samo przekonanie do tego, że taka komunikacja występuje, jest zadaniem trudnym. Szczególnie że ocena efektów działania tego rodzaju komunikowania jest jeszcze trudniejsza do zaprezentowania.

Obserwując rynek ubezpieczeniowy na świecie oraz wizerunek i poziom zaufania społeczeństwa do ubezpieczeń, można dojść do wniosku, że problem nieświadomego komunikowania jest tutaj większy niż w innych branżach biznesu. Większość zakładów ubezpieczeń żyje w dwóch światach. Świecie komunikacji intencjonalnej. Ten świat reklamy i innych materiałów marketingowych pełen jest solidnych, bezpiecznych i zyskownych produktów ubezpieczeniowych. Znajdują się tam tylko niskie składki, wysokie odszkodowania, uśmiechnięci klienci. Brak jest jakichkolwiek wyłączeń odpowiedzialności czy warunków do spełnienia po stronie ubezpieczającego. Te pojawiają się w drugim świecie, świecie komunikacji nieświadomej. Tam odbywa się nieustanna walka między uprawnionym a ubezpieczycielem o wypłatę odszkodowania. Składki w tym świecie są wyższe niż w świecie reklamy. Infolinie zajęte, pracownik centrum likwidacji szkód niemiły, a terminy przekraczane.

Tabela 10: Komunikacja świadoma i nieświadoma w zakładzie ubezpieczeń – przykłady

Komunikacja świadoma	Komunikacja nieświadoma
Zakład ubezpieczeń wykupił miejsce w dzienniku ogólnopolskim na reklamę ubezpieczeń komunikacyjnych. Reklama będzie się ukazywała dwa razy w tygodniu przez kolejne dwa miesiące.	Zakład ubezpieczeń ma na swojej stronie internetowej baner <i>zapytaj doradcę</i> , gdzie można wysłać zapytanie dotyczące interesującego go ubezpieczenia. Po wysyłce zapytania potencjalny klient czekał na odpowiedź przez dwa tygodnie i jej nie otrzymał. Jak się później okazało, był to błąd działu IT, który po odejściu z pracy osoby odpowiedzialnej za korespondencję z klientami przez stronę internetową, nie przepisał adresu mailowego na nową osobę. Klient jednak tego nie wiedział i wyrobił sobie przez te dwa tygodnie zdanie o ubezpieczycielu. Skorzystał oczywiście z oferty innego towarzystwa.
Jest to przykład komunikacji jednostronnej, poziomej, masowej, formalnej, niewerbalnej, zdecentralizowanej, świadomej.	Jest to przykład komunikacji dwustronnej, poziomej, formalnej, indywidualnej, niewerbalnej, zdecentralizowanej, nieświadomej.

Źródło: opracowanie własne.

Stworzenie tych dwóch przeciwstawnych światów nie jest wyłącznie winą zakładów ubezpieczeń. Duży udział w kreacji tej sytuacji ma również niska świadomość społeczeństwa. Bez wgłębiania się dalej w powód takiego stanu rzeczy, należy podkreślić, iż każdy zakład ubezpieczeń musi uświadomić sobie, że komunikuje nie tylko reklamą, ale również wszystkimi innymi podejmowanymi aktywnościami, wchodzącymi w szeroko rozumianą działalność ubezpieczeniową, na przykład obsługą posprzedażową. Tabela 10 przedstawia przykłady komunikacji świadomej i nieświadomej w zakładzie ubezpieczeń.

2. Cele komunikacji ubezpieczeniowej

W artykule omówiono do tej pory, czym jest komunikacja korporacyjna oraz jakie są jej rodzaje. Cały czas nie uzyskano jednak odpowiedzi na pytanie, jakie są funkcje i cele komunikacji? W dalszej części opracowania zaprezentowano poglądy badaczy na rolę i aspiracje komunikacji w przedsiębiorstwie, a także wskazano podstawowe zasady i błędy komunikacyjne spotykane we współczesnym świecie biznesu.

Większość badaczy jako cel komunikacji wskazuje budowę korzystnej atmosfery do funkcjonowania przedsiębiorstwa. Dla J. Cornelissena⁴⁰ celem komunikacji korporacyjnej jest stworzenie korzystnego wizerunku i reputacji firmy u wszystkich grup interesariuszy, tak by swoim działaniem wspierali sukces organizacji. Z kolei dla B. Ociepki⁴¹ zarządzanie komunikacją ma na celu nawiązanie i utrzymanie wzajemnie korzystnych relacji między firmą a jej otoczeniem. Podobne podejście do roli komunikacji prezentuje B. Szymoniuk⁴², która uważa, że przedsiębiorstwo poprzez sprawną komunikację tworzy, utrzymuje lub odzyskuje dobre imię, przedstawiając odbiorcom swoją filozofię działania, kulturę organizacji i misję, czyli kluczowe elementy strategii. Jeszcze inny pogląd na cele komunikatu prezentuje M. Kowalska⁴³, która przedstawia go jako proces kształtowania pozytywnych schematów (sieci skojarzeń) związanych z produktami, markami, firmami, instytucjami czy osobami.

Wszystkie zdefiniowane wcześniej cele komunikowania w organizacji nie wyczerpują jej rzeczywistych zadań. Coraz więcej praktyków i teoretyków biznesu traktuje korporacje jak żywe organizmy. Bez względu na rozmiary i reprezentowaną branżę, podstawą funkcjonowania każdej organizacji jest używanie jej zmysłów. Firma musi wypracować systemy korzystania ze wzroku, słuchu, smaku i węchu, a przekładając to z nomenklatury ludzkiej na biznesową – musi obserwować, nasłuchiwać i wyczuwać. Pozwala to oceniać obecną sytuację firmy oraz antycypować, jak będzie się ona kształtować w bezpośrednim i pośrednim otoczeniu wewnętrznym i zewnętrznym⁴⁴.

Jeżeli współczesne korporacje są żywymi organizacjami, to nie wystarczy traktować komunikacji jako drogi do budowania korzystnego wizerunku i dotarcia oraz utrzymania kontaktu

40. Cornelissen J., *Komunikacja*, op.cit., s. 32.

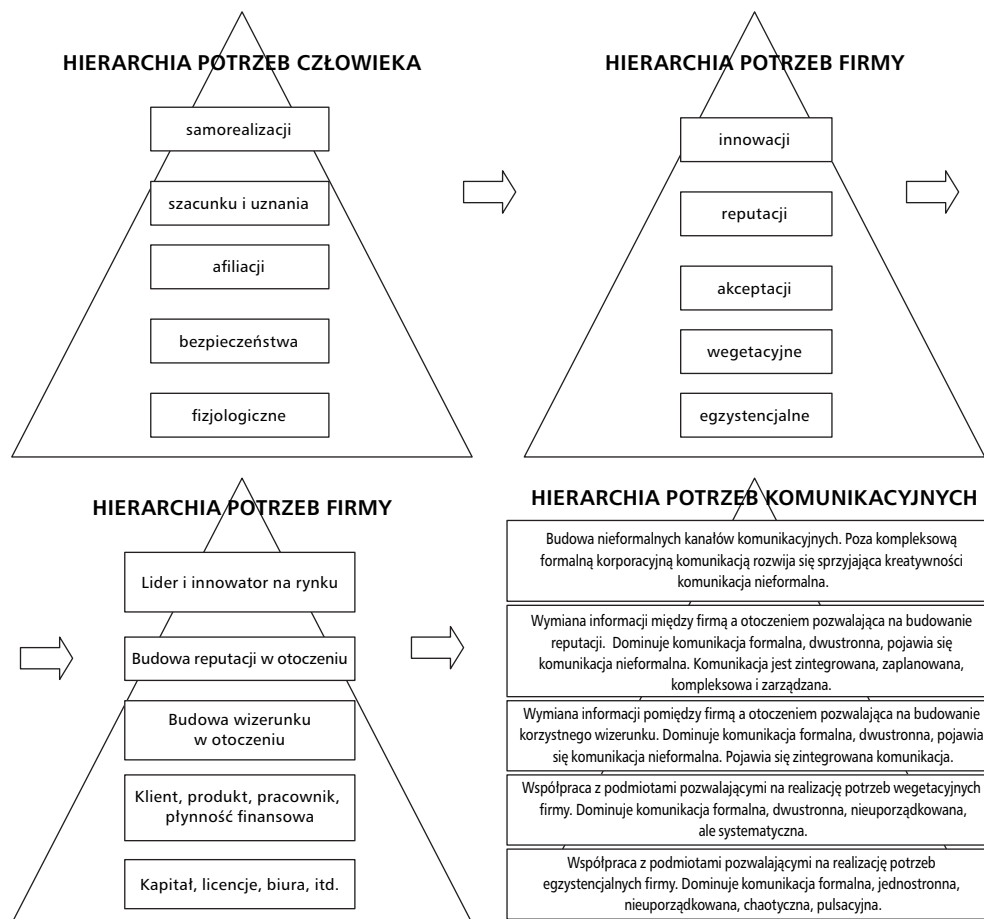
41. *Public relations w teorii i praktyce*, Ociepka B. (red), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2003 za Cutlip S.M., Center A.H., Broom G.M., 1994, s. 6.

42. *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody*, Szymoniuk B. (red.), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 110.

43. Kowalska M., *Zyskać przewagę. Zintegrowana komunikacja w nowoczesnym marketingu. Między teorią a praktyką*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007, s. 226.

44. Przydróżny F., *Skuteczna*, op.cit.

Rysunek 3: Teoria potrzeb Maslowa a potrzeby korporacji w świetle celów komunikacji



Źródło: opracowanie własne oraz [Bennis, 1998, s. 20].

z otoczeniem. Człowiek komunikuje się z otoczeniem przede wszystkim po to, aby spełnić swoje podstawowe potrzeby⁴⁵, a dopiero po ich zaspokojeniu może przekazywać otoczeniu, jaki jest i budować wokół siebie korzystny wizerunek (rysunek 3). Głównym i podstawowym celem komunikacji jest utrzymanie przedsiębiorstwa przy życiu poprzez odbieranie oraz wysyłanie do otoczenia informacji niezbędnych do funkcjonowania. Celem dodatkowym jest zapewnienie organizacji, poprzez prowadzenie skutecznej komunikacji, jak najwyższej jakości funkcjonowania.⁴⁶

45. Bennis W., *Maslow Abraham foreword by Bennis Warren, Maslow on Management*, Copyright by Ann R. Kaplan, John Wiley and Sons Inc 1998, s. 20.

46. Jako przykład komunikacji spełniającej cel główny może posłużyć komunikacja pomiędzy organem wydającym zgodę na działalność ubezpieczeniową a danym podmiotem aspirującym. Natomiast przykładem komunikacji realizującej jej cele dodatkowe może być poinformowanie pracowników centrali zakładu ubezpieczeń, że w danym dniu nie będzie wody na trzech piętrach lub wysyłka reklamy mailem do miliona potencjalnych klientów.

Korporacja w pierwszej kolejności musi traktować komunikację z otoczeniem jako warunek przeżycia na rynku. Bez komunikacji organizacja nie tylko nie będzie miała korzystnego wizerunku w otoczeniu. Przystanie po prostu istnieć, ponieważ, podobnie jak człowiek, nie może ona nie komunikować. Tak jak organizm człowieka jest zbudowany na przepływie informacji poprzez połączenia synaptyczne, tak przedsiębiorstwo umiera bez sprawnie pracujących połączeń komunikacyjnych.

Cele komunikacji w korporacji można rozpatrywać również z punktu widzenia zaplanowanej aktywności, jaką ma wywołać u odbiorcy. Taka kategoryzacja wydaje się dobrym uzupełnieniem celów komunikacji wskazanych wcześniej. Należy tutaj podkreślić, że każdy rodzaj aktywności może się odnosić do każdego elementu otoczenia organizacji. W tabeli 11 wskazano tylko te grupy interesariuszy, w stosunku do których dane cele komunikacyjne dominują.

Tabela 11: Cele komunikacyjne zależne od pożądanej aktywności w określonej grupie docelowej

Jaki jest cel komunikacji (pożądana aktywność)?	Dla której grupy docelowej dominuje?	Jaka komunikacja dominuje?	Przykład:
Perswazja	Klient	Komunikacja jednostronna, formalna, pozioma, niewerbalna, masowa.	Ubezpieczyciel reklamuje swoje usługi, starając się przekonać do nich jak największą liczbę osób.
Uzyskanie informacji	Klient / Akcjonariusz	Komunikacja dwustronna, formalna, pozioma, niewerbalna, indywidualna.	Ubezpieczyciel wysyła do każdego swojego klienta indywidualnego ankietę z prośbą o odpowiedź na zawarte w niej pytania. Celem jest uzyskanie informacji, co jest najważniejsze dla klienta przy wyborze ubezpieczeń mieszkań.
Narzucenie zachowań	Pracownik	Komunikacja jednostronna, formalna, pionowa, niewerbalna, masowa.	Wszelkiego rodzaju procedury, normy spisane i przestrzegane w zakładzie ubezpieczeń. Na przykład procedura korzystania z parkingu służbowego.
Kreacja / innowacja	Pracownik	Komunikacja dwustronna, pozioma, nieformalna, werbalna, indywidualna.	Zaproponowanie wspólnego zebrania przedstawicieli departamentów sprzedaży, marketingu, produktu, likwidacji szkód i zarządu celem wypracowania nowych pomysłów promocji pakietu ubezpieczeń dla małych i średnich przedsiębiorstw.
Bieżąca współpraca	Administracja publiczna / dostawcy / społeczność lokalna	Komunikacja dwustronna, pozioma, niewerbalna, formalna, indywidualna.	Cykliczny przepływ informacji (raporty, owu, lista agentów) między zakładem ubezpieczeń a organem nadzoru.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Komunikacja w zakładach ubezpieczeń, będąca specjalistycznym odłamem komunikacji korporacyjnej, jest pojęciem z jednej strony już dojrzałym, z drugiej używanym po raz pierwszy. Dojrzałym, ponieważ jest znanym i używanym elementem całego biznesu. Jest jednak używana zbyt wąsko. Służy do budowania krótkoterminowego wizerunku w otoczeniu i to najczęściej tylko w odniesieniu do jej wąskiego rodzaju, czyli klientów. Jak wykazano powyżej, jest to podejście zbyt płytkie. Komunikacja umożliwia przede wszystkim funkcjonowanie samo

w sobie zakładu ubezpieczeń. Jest fundamentem budowy nowoczesnej i otwartej na dialog organizacji. Można założyć, że stare podejście do komunikacji to pomalowanie domu. Może będzie prezentował się okazale, ale z pewnością nie będzie od tego mocniejszy i stabilniejszy. Natomiast podejście do komunikacji w zakładach ubezpieczeń zaproponowane w niniejszym artykule to budowa domu na fundamentach komunikacyjnych. To na nich zbudowana jest cała organizacja. Dzięki temu jest ona w stanie mówić do każdej osoby (podmiotu) oraz słuchać każdej osoby (podmiotu), która może mieć wpływ na jej losy.

Komunikacja korporacyjna w zakładach ubezpieczeń to funkcja zarządzania, która musi być diagnozowana, planowana, budżetowana, stymulowana i kontrolowana. Stanowi o niej umiejętnie dobrany i przemyślany zbiór procedur, norm, nakazów i zakazów, ale także umiejętnie zbudowane kanały komunikacji nieformalnej i nieświadomej. Taki odpowiedni podział będzie decydował o sukcesie zakładu ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń, jako duże przedsiębiorstwo, nie może być z jednej strony zbyt korporacyjny (za dużo norm i procedur), z drugiej zbyt frywolny (zbyt duża dowolność i przypadkowość). Tak również należy rozumieć założenia budowania procesów komunikacyjnych. Chodzi o przemyślenie i wzięcie pod uwagę wszystkich aspektów działalności zakładu ubezpieczeń, ale nie decydowanie odgórnie o wszystkim.

Źródła:

Aluchna M. (red.), *Współczesne wyzwania dla przedsiębiorstw. Komunikacja z rynkiem. Zarządzanie produktami. Motywowanie pracowników*, Oficyna wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2010.

Andrzejewski P., Kot W., *Media Relations. Budowanie reputacji firmy*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2002.

Baney J., *Komunikacja interpersonalna*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.

Bennis W., *Maslow Abraham foreword by Bennis Warren, Maslow on Management*, Copyright by Ann R. Kaplan, John Wiley and Sons Inc., 1998.

Budzyński W., *Wizerunek firmy. Kreowanie, zarządzanie, efekty*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.

Communications audit report conducted by National School Public Relations Association for the Baltimore County Public Schools, Towson, Maryland 2002.

Cornelissen J., *Komunikacja korporacyjna. Przewodnik po teorii i praktyce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.

Drzycimski A. (red.), *Public Relations – elementy wiedzy i praktyka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa w Warszawie, Warszawa 2006.

Gay P., *Freud. Życie na miarę epoki*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.

Henslowe P., *Public Relations od podstaw*, Wydawnictwo One Press Exclusive 2005.

Kaczmarek B., Kucharski A., Stencel M. (red.), *Komunikowanie się. Problemy i perspektywy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006.

Kamiński L., *Komunikacja korporacyjna a biznes. Praktyczny poradnik*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2007.

Kowalska M., *Zyskać przewagę. Zintegrowana komunikacja w nowoczesnym marketingu. Między teorią a praktyką*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007.

- Kravitz S., Barinskiy L., *Mastering Insurance Marketing. How to make your agency forward in the New Media*, Seth Kravitz & Lev Barinskiy 2010.
- Kwiątek P., Leszczyński G., Zieliński M., *Komunikacja w relacjach business-to-business*, Wydawnictwo Advertiva, Poznań 2009.
- Lachiewicz S. (red.), *Komunikacja wewnętrzna w organizacjach sieciowych, Monografie Politechniki Łódzkiej*, Łódź 2008.
- Mruk H., Pilarczyk B., Szulce H., *Marketing: uwarunkowania i instrumenty*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2007.
- Nichols R., Stevens L., *Efektywna komunikacja. Harvard Business Review*, Wydawnictwo One Press Helion, Gliwice 2005.
- Ober J., *Informacja i komunikacja w zarządzaniu*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007.
- Ociepka B. (red.), *Public relations w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2003.
- Penc J., *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
- Pilarczyk B., Waškowski Z. (red.), *Komunikacja rynkowa. Skuteczne narzędzia i obszary zastosowania. Zeszyty Naukowe 136*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010.
- Potocki A., Winkler R., Żbikowska A., *Techniki komunikacji w organizacjach gospodarczych*, Warszawa 2003.
- Przydróżny F., *Skuteczna komunikacja*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” nr 5/2010.
- Safeguard your organization from social media disaster. Not sure if you need an official policy? You do*, Communication Briefings, Briefings Media Group, LLC 2010.
- Schanz K., *Reputation and Reputational Risk Management*, The Geneva Papers The International Association for the Study of Insurance Economics 1018–5895/06, 2006.
- Schiffman M., *Moving public relations forward by Mark Schiffman*, American Collector's Association International, 8/2010.
- Sztuka Public Relations. Z doświadczeń polskich praktyków* (opracowanie zbiorowe), Związek Firm Public Relations, Warszawa 2006.
- Szymoniuk B. (red.), *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
- Winkler R., *Zarządzanie komunikacją w organizacjach zróżnicowanych kulturowo*, Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków 2008.
- Wojcik K., *Public Relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*, Wydawnictwo PLACET, Warszawa 2005.
- Zaraziński G., *Komunikacja i media: wprowadzenie*, Bestprint s.c., Siedlce 2006.
- Zarębska A., *Tożsamość – organizacyjna przedsiębiorstwa. Jak stworzyć konkurencyjną firmę?*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.

The nature and objectives of corporate communication at insurance companies – Summary

The Polish and global insurance market is becoming more and more demanding for its supply side. It is not sufficient, as was the case even a few years ago, to prepare an insurance package, remunerate an agent adequately and launch the product on the market. In the recent years, insurance companies, with respect to the most popular insurance products (motor insurance, property in-

insurance), have tended to deteriorate the market, fighting only by means of the price. This is not, however, a good solution in the long term, and for this reason it is necessary to look for success opportunities in other fields of insurance activity.

Communication with the environment should become one of the key elements of insurance companies' long-term strategy. Each insurance company sends on everyday basis thousands of messages through its employees, agents, procedures and products. The point is that they are not always fully controlled and in line with long-term image and strategic objectives. Polish and international literature lacks studies combining two fields of science: insurance and business communication. Thus, a need to combine these two, so far separate entities has arisen.

Communication of the insurance company with its environment offers a huge opportunity, but at the same time poses a great threat to its long-term, stable growth. It is even more important here than in the case of other industries, as the world of insurance is based on trust and reputation. Without them the insurance company cannot operate.

Introducing the reader to the world of insurance communication, the article presents definitions and types of communication used in insurance undertakings, as well as illustrates its main functions and objectives. It is an introduction to this issue and to the discussion on corporate communication management at insurance companies in Poland.

FILIP PRZYDRÓŻNY – doktorant w Katedrze Ubezpieczeń na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. Założyciel poradnika ubezpieczeniowego Ubland.pl.

ROBERT KUREK

Równoważność nadzoru ubezpieczeniowego krajów spoza UE¹

W opracowaniu dokonana została charakterystyka procesu oceny równoważności nadzoru ubezpieczeniowego krajów trzecich z reżimem nadzorczym Solvency II. Proces ten obejmuje ocenę na płaszczyźnie nadzoru nad firmami reasekuracyjnymi (art. 172), w obszarze szacowania wypłacalności grupy (art. 227) i w kwestiach nadzoru nad grupą (art. 260). Przedstawione zostały również wyniki badania procesu równoważności z systemami nadzoru w Japonii, Szwajcarii i na Bermudach.

Ze względu na szereg zmian w przepisach prawnych USA, pomimo istotnego znaczenia dla UE, kraj ten nie znalazł się w pierwszej fali oceny równoważności. Dla niego, jak i kilku innych państw, przewidziane zostały okresy przejściowe.

W treści artykułu istotne znaczenie przypisane zostało ocenie znaczenia równoważności dla zakładów ubezpieczeń spoza UE, jak i dla unijnego rynku ubezpieczeniowego. Rozważania te zostały pogłębione o analizę możliwego wpływu procesu równoważności na światowy rynek ubezpieczeniowy. Można oczekiwać, że kraje spoza Unii i ich władze publiczne będą dążyły do tego, by dostosowywać własne regulacje nadzorcze do standardów unijnych, przez co te staną się powszechnie znane i akceptowalne.

Wprowadzenie

Wszystkie swobody przewidziane w traktatach rzymskich odnoszą się – co zrozumiałe – do podmiotów działających na wspólnym rynku. Jednak rynek unijny nie staje się przez to hermetyczny. Wręcz przeciwnie – nie ma żadnych przeszkód, by podmioty z krajów trzecich prowadziły działalność na terenie UE, jak i istnieją możliwości działania firm unijnych poza jej terytorium. W pewnych obszarach aktywności (np. reasekuracja) obecność podmiotów z innych kontynentów jest nawet wręcz konieczna.

Podczas tworzenia ram i zasad funkcjonowania unijnego rynku ubezpieczeniowego wśród głównych priorytetów znalazło się zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych i utrzymanie stabilności finansowej. Realizację tych priorytetów

1. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki.

umożliwia m.in. skuteczny i efektywny nadzór, który powinien obejmować również podmioty aktywne zarówno na terytorium UE, jak i na terenie państw trzecich. Do zdefiniowania właściwych środków nadzoru nad takimi podmiotami służą głównie umowy i porozumienia międzynarodowe, jednak dyrektywa Solvency II przewidziała także nowe rozwiązanie, jakim jest proces uznawania równoważności systemu nadzoru ubezpieczeniowego z krajów trzecich (*third country equivalence*).

W artykule znajduje się charakterystyka procesu oceny równoważności nadzoru ubezpieczeniowego krajów trzecich w zgodzie z Solvency II, jak również wyniki pierwszych badań w tym zakresie (zostały one przeprowadzone na zlecenie Komisji Europejskiej w 2011 r.). Jednak głównym celem tego opracowania jest ocena znaczenia równoważności dla unijnego rynku ubezpieczeniowego, jak i rozważenie kwestii możliwego wpływu unijnego procesu równoważności na światowy rynek ubezpieczeniowy.

1. Przedmiot oceny równoważności nadzoru

Wiodącym aktem prawnym na terenie UE, wyznaczającym ramy działania firm ubezpieczeniowych i stanowiącym o zakresie ochrony konsumentów, jest dyrektywa Solvency II². W art. 172, art. 227 i art. 260 tej dyrektywy przewidziana została możliwość uznawania systemu nadzoru kraju trzeciego za równoważny z unijnym. Ma to miejsce w określonych przypadkach:

- zgodnie z art. 172 oceniany jest nadzór nad reasekuratorami, których siedziba jest poza Wspólnotą. Przedmiotem oceny są elementy pozwalające na określenie, czy umowy pierwotnych ubezpieczycieli z reasekuratorami z krajów trzecich mogą być traktowane równoważnie, jak umowy z reasekuratorami, których siedziba jest na terenie UE;
- zgodnie z art. 227 oceniana jest wypłacalność grupy. Zapis ten dotyczy sytuacji, gdy spółka matka pochodzi z UE, a spółka córka działa poza UE, a więc obejmuje nadzór grupowy nad powiązanymi zakładami ubezpieczeń (posiadającymi udziały w spółkach poza UE). Przedmiotem oceny są elementy pozwalające na uznanie reżimu nadzorczego kraju trzeciego w zakresie wyznaczania wymogów kapitałowych i lokalnych zasad wyceny środków własnych (obowiązujące w państwie trzecim), jako równoważnego z Solvency II;
- zgodnie z art. 260 oceniany jest sposób sprawowania nadzoru nad grupą. Regulacja ta dotyczy sytuacji, w których jednostka dominująca ma siedzibę poza UE (spółka matka), a powiązany zakład ubezpieczeń (spółka córka) działa na terenie UE. Przedmiotem oceny są kwestie szacowania wymogów wypłacalności oraz elementy pozwalające na weryfikację, czy organ nadzoru kraju UE może polegać na nadzorcy grupowym pochodzącym z kraju trzeciego w związku z odpowiednimi uregulowaniami prawnymi (w kraju trzecim), umożliwiającymi sprawowanie nadzoru nad grupą.

W założeniach wstępnych oceny równoważności najważniejszym elementem jest weryfikacja, czy system nadzoru kraju trzeciego jest zorientowany na ryzyko (ocena wypłacalności) oraz możliwości współpracy, kooperacji i wymiany informacji między organami nadzoru w przypadku, gdy zakłady ubezpieczeń działają w grupach. Proces weryfikacji (oceny równoważności)

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

może obejmować wszystkie trzy artykuły dyrektywy lub też tylko jeden z nich – np. nadzór nad reasekuracją. Zasady (kryteria) i metodologia oceny równoważności były najpierw szeroko konsultowane ze środowiskiem ubezpieczeniowym³ i ostatecznie przybrały postać dokumentu przygotowanego przez CEIOPS⁴ i przedstawionego Komisji Europejskiej w październiku 2010.⁵

2. Metodologia pomiaru i oceny równoważności nadzoru

W zależności od powoływanego artykułu – nadzór na reasekuracją (art. 172), wypłacalność grupy (art. 227) czy nadzór nad grupą (art. 260) – przewidzianych zostało od dwóch do siedmiu zasadniczych wymogów (kryteriów) podlegających porównaniu. Dla każdego wymogu (kryterium) przewidzianych zostało pięć ocen: „równoważny”, „znacząco równoważny”, „częściowo równoważny”, „nierównoważny” oraz „nie dotyczy”. Obszary, w których dokonywana jest ocena równoważności wraz z odpowiadającymi im wymogami (kryteriami) przedstawione zostały w Tabeli 1.

Tabela 1. Obszary oceny równoważności ubezpieczeniowego reżimu nadzorczego krajów trzecich

Art. 172 – nadzór nad reasekuracją	
Lp.	Wymogi (kryteria) porównania
1	Uprawnienia i obowiązki organów nadzoru Powers and responsibilities of the supervisory authority
2	Wymogi licencyjne Authorisation Requirements
3	System zarządzania (i upublicznianie informacji) System of Governance
4	Uwarunkowania funkcjonowania (Organu Nadzoru) Business Change Assessment
5	System Oceny Wypłacalności Solvency Assessment
6	Współpraca nadzorów, wymiana informacji i tajemnica zawodowa Supervisory Cooperation, Exchange of Information and Professional Secrecy
Art. 227 – wypłacalność grupy	
Lp.	Wymogi (kryteria) porównania
1	System Oceny Wypłacalności Solvency Assessment
2	Współpraca nadzorów, wymiana informacji i tajemnica zawodowa Supervisory Cooperation, Exchange of information and Professional Secrecy

- W zgodzie z linią działania w ramach strategii lepszego stanowienia prawa (Porozumienie międzyinstytucjonalne w sprawie lepszego stanowienia prawa – 2003/C 321/01), jak i w zgodzie z poziomem drugim procedury Lamfalussy’ego, projekt stanowiący podstawę przyszłego aktu prawnego podlega zasięgnięciu opinii zainteresowanych stron (uczestników rynku, konsumentów).
- Z dniem 1 stycznia 2011 r. obowiązki i zadania CEIOPS przejęte zostały przez nową instytucję – EIOPA. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1094/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Urzędu Nadzoru (Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych).
- EIOPA, *The methodology for equivalence assessments by CEIOPS under Solvency II*, 12 November 2010, CEIOPS-DOC-94–10.

Art. 260 – nadzór nad grupą	
Lp.	Wymogi (kryteria) porównania
1	Uprawnienia i obowiązki nadzorca grupowego Powers and responsibilities of a group supervisor
2	Nadzór grupowy Group supervision
3	Wymiana informacji i współpraca organów nadzoru umożliwiającą efektywny i skuteczny nadzór grupowy Necessary provisions and arrangements should be in place to allow efficient and effective supervision through cooperation and exchange of information among supervisors of the group.
4	System zarządzania i upublicznianie informacji System of Governance
5	Uwarunkowania funkcjonowania Nadzorca Grupowego Business Change Assessment
6	System Oceny Wypłacalności Grupy Group solvency assessment
7	Współpraca nadzorów, wymiana informacji i tajemnica zawodowa Supervisory Cooperation, Exchange of information and Professional Secrecy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: EIOPA, *The methodology for equivalence assessments by CEIOPS under Solvency II*, 12 November 2010, CEIOPS-DOC-94-10.

Podsumowanie każdego weryfikowanego systemu nadzoru w poszczególnych artykułach przyjmuje postać stwierdzenia:

- kraj A spełnia kryteria określone przez Komisję Europejską;
- kraj A spełnia kryteria określone przez Komisję Europejską z pewnymi zastrzeżeniami;
- kraj A musi dokonać zmian w następujących obszarach (...), by móc spełnić kryteria określone przez Komisję Europejską.

Szczegółowa metodologia pomiaru i oceny obejmuje wprowadzić ponad sto elementów porównawczych, nie oznacza to jednak, że każdy z nich musi być uznany za „równoważny”⁶. Najważniejszym przesłaniem w ocenie równoważności nadzoru jest, by zasady i cele realizowane w reżimie nadzorczym państwa trzeciego były ekwiwalentne i zbieżne z reżimem Solvency II.

W idei uznawania równoważności reżimu nadzorczego kraju trzeciego przewidziane zostało, że to organy nadzoru ubezpieczeniowego z krajów trzecich składają wniosek o uznanie ich systemu nadzoru jako równoważnego z unijnym. Decyzję w tym zakresie podejmuje Komisja Europejska⁷ po zasięgnięciu opinii EIOPA⁸. Jednak w zakresie oceny wypłacalności grupy (art. 227), jak i nadzoru nad grupą (art. 260) do wydania decyzji o uznaniu równoważności, poza Komisją Europejską uprawniony jest także unijny nadzorca grupowy⁹. Ze względu

6. L.B. Kading, L. Madeiros, *Insurance Regulation: Mutual Recognition, Equivalence and International Standards*, [w:] *The Future of Insurance Regulation and Supervision: A Global Perspective*, red. P.M. Liedtke, J. Monkiewicz, Palgrave, New York 2011, s. 394–395.

7. Wszystkie decyzje Komisji Europejskiej w sprawie oceny równoważności podlegać mają regularnym przeglądom.

8. EIOPA jest podmiotem, który „fizycznie” dokonuje oceny, a wyniki z przeprowadzonej przez tę organizację analizy przedstawiane są Komisji Europejskiej.

9. Zgodnie z art. 227 ust. 2 oraz art. 260 ust. 1 dyrektywy Solvency II nadzorca grupowy nie powinien jednak przeprowadzać weryfikacji, jeżeli Komisja Europejska wcześniej dokonała oceny równoważności standardu danego państwa trzeciego.

na ekonomiczne znaczenie i istotność dla funkcjonowania UE, niektóre kraje stały się przedmiotem oceny równoważności bez ich własnej inicjatywy, a w odniesieniu do pewnej grupy państw przewidziane zostały okresy przejściowe, zgodnie z którymi ich systemy nadzoru będą potraktowane jako równoważne, pomimo że nie dokonano ich oceny równoważności.

3. Kraje trzecie podlegające ocenie równoważności

W zaleceniach dla Komisji Europejskiej kraje, które powinny w pierwszym rzędzie podlegać ocenie, zanim jeszcze wejdą w życie zapisy dyrektywy Solvency II, zostały wskazane z podziałem na obszary, w których dokonać można oceny równoważności¹⁰:

- przy art. 172 (ocena nadzoru nad reasekuracją) za najważniejsze uznane zostały Szwajcaria, Bermudy i USA. Status krajów „średniego znaczenia” przypisany został Japonii i Barbados, a Turcja i Hongkong określone zostały jako „warte wzmiankowania”;
- przy art. 227 (ocena wypłacalności grupy) za najważniejsze uznane zostały Szwajcaria, Bermudy i USA, a jako istotne określone zostały te kraje spoza UE, w których firmy unijne prowadzą swoją działalność (ponad 50 jurysdykcji, m.in. Brazylia, Meksyk, Kanada, Indie, Turcja);
- przy art. 260 (ocena systemu nadzoru nad grupą), podobnie jak we wcześniejszych przypadkach, za najważniejsze uznane zostały Szwajcaria, Bermudy i USA, a z innych krajów, z których firmy aktywne są na terenie UE, duże znaczenie przypisane zostało Kanadzie, Japonii i Australii.

Przeprowadzanie oceny równoważności jest procesem zarówno pracochłonnym, jak i czasochłonnym i do momentu wejścia w życie dyrektywy Solvency II na prośbę Komisji Europejskiej **do oceny wybrane zostały systemy trzech państw (tzw. 1st wave of assessments)**¹¹: Japonia (tylko w zakresie art. 172 – nadzór nad reasekuracją) oraz Szwajcaria i Bermudy (w zakresie art. 172, 227 i 260 dyrektywy Solvency II). Natomiast, pomimo istotności dla UE, nie została przeprowadzona ocena równoważności USA z powodów, o których poniżej.

4. Ocena równoważności wybranych krajów – Japonia, Szwajcaria, Bermudy i USA

Proces oceny równoważności Szwajcarii, Japonii i Bermudów przebiegać będzie w trzech etapach i zakończyć się powinien w 2013 r.¹², jednak pierwsze informacje i komentarze, w ramach procesu konsultacyjnego, przekazane zostały Komisji Europejskiej już we wrześniu 2011¹³.

10. CEIOPS, *Equivalence assessments to be undertaken in relation to Articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive*, CEIOPS-DOC-92-10, 31 August 2010, s. 10.

11. KNF, *Równoważność nadzoru spoza UE (Third country equivalence)* http://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/rownowaznosc.html (20.11.2011).

12. J. Schneider, *Solvency II im internationalen aufsichtswettbewerb*, http://www.gdv.de/Downloads/Themen_2011/Finanzen_und_Aufsicht/SolvencyII_achte_int_Konferenz_2011_Vortrag_Schneider.pdf (20.11.2011).

13. Publiczne konsultacje projektów porad dla Komisji Europejskiej dot. uznania systemów nadzorczych Szwajcarii, Japonii i Bermudów za równoważne systemowi Solvency II EIOPA przeprowadzała w sierpniu i wrześniu 2011 r.

Dla firm europejskich **Japonia** to znaczący rynek reasekuracyjny, a wg składki przypisanej brutto azjatycki rynek jest trzecim rynkiem na świecie (po Europie i USA wraz z Bermudami).¹⁴ Zainteresowane wynikiem oceny równoważności są przede wszystkim firmy reasekuracyjne z Japonii, które są aktywne na terenie UE. Zgodnie ze wstępną oceną japoński system nadzoru „znacząco” spełnia kryteria równoważności, jednak w obszarze warunków uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej (wymogi licencyjne), jak i w dziedzinie braku dostatecznego nadzoru nad nowo powstającymi i szybko rozwijającymi się firmami dostrzeżone zostały „niedociągnięcia” w porównaniu do rozwiązań unijnych.¹⁵ Uznanie japońskiego systemu za równoważny wymaga również zmian regulacji w obszarze wewnętrznego zarządzania ryzykiem, upubliczniania informacji, szacowania wymogów kapitałowych i zbliżenia sposobu kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych do Solvency II. Pozytywnie ocenione zostały przepisy umożliwiające współpracę organów nadzoru i wymianę informacji między nimi, a także dotyczące tajemnicy zawodowej. EIOPA zasugerował jednak japońskim regulatorom większe zbliżenie ich własnych wymogów do rozwiązań unijnych, co ma zapobiec ewentualnemu zagrożeniu stabilności finansowej w układzie ponadnarodowym (ze względu na międzynarodowy charakter działalności reasekuracyjnej).

System nadzoru w **Szwajcarii** został skontrolowany we wszystkich obszarach, które dyrektywa Solvency II przewiduje dla uznawania równoważności nadzoru wobec krajów trzecich (w zakresie art. 172, art. 227 oraz art. 260). EIOPA doszedł do wniosku, że wymagane przez Komisję Europejską kryteria równoważności spełniane są w sposób „znaczący”. Ulepszeń można oczekiwać w obszarze wewnętrznego zarządzania ryzykiem i upubliczniania informacji. Natomiast reżim nadzorczy w pełni równoważny jest w zakresie określania wymogów kapitałowych, jak i środków stanowiących ich pokrycie.¹⁶

Bermudy (i ich sektor ubezpieczeniowy) są krajem grającym znaczącą rolę na światowym, ale też na europejskim rynku ubezpieczeniowym. Na koniec 2010 r. ponad tysiąc firm ubezpieczeniowych podlegało pod lokalny organ nadzoru BMA (*Bermuda Monetary Authority*).¹⁷ Regulacje prawne przewidują podział firm ubezpieczeniowych na klasy, w zależności od których przyznawana jest licencja na prowadzenie działalności. Rozbudowany system licencjonowania jest rozwiązaniem specyficznym i charakterystycznym wyłącznie dla systemu nadzoru na Bermudach. Podział firm ubezpieczeniowych na klasy i podklasy na Bermudach przedstawia Tabela 2.

System nadzoru na Bermudach również został przez EIOPA oceniony na wszystkich trzech obszarach, które Solvency II przewiduje dla uznania równoważności nadzoru w kraju trzecim. Weryfikacja systemu nadzoru wykazała, że „znaczące” różnice występują w wielu kryteriach (wymogach) porównawczych¹⁸:

14. IAIS, *IAIS Global Reinsurance Market Report 2010*, http://www.iaisweb.org/__temp/IAIS_Global_Reinsurance_Market_Report_2010_end-year_edition.pdf, s. 12, 29.12.2011 r.

15. EIOPA, *Equivalence assessment of the Japanese supervisory system in relation to article 172 of the Solvency II Directive* (EIOPA-BoS-11-030), 26.10.2011 r.

16. EIOPA, *Equivalence assessment of the Swiss supervisory system in relation to articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive*, (EIOPA-BoS-11-028), 26.10.2011 r.

17. T. Schmitt, *Bermuda-Versicherer lieben Europas neue Kapitalregeln*, Handelsblatt, 03.11.2011 r.

18. EIOPA, *Equivalence assessment of the Bermudan supervisory system in relation to articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive* (EIOPA-BoS-11-029), 26.10.2011 r.

Tabela 2. Klasy zakładów ubezpieczeń w ujęciu nadzoru ubezpieczeniowego na Bermudach (stan na 01.01.2012 r.)

Klasa 1	Single-Owner Captives kryjący własne ryzyka lub ryzyka rodziny ekonomicznej.
Klasa 2	Single- lub Multi-Owner Captives, których do 20% składek netto pochodzi od podmiotów niepowiązanych.
Klasa 3	Captives, których składki netto od podmiotów niepowiązanych nie przekraczają 50%, z podziałem na 2 podklasy: Klasa 3A – składki nie są wyższe niż 50 mln USD, Klasa 3B – składki przekraczają 50 mln USD.
Klasa 4	Zakłady ubezpieczeń, których środki własne są wyższe niż 100 mln USD lub zakłady ubezpieczeń, które kryją ryzyka katastroficzne.
Special Purpose Insurer – SPI	Zakłady ubezpieczeń specjalnego przeznaczenia (celowe zakłady ubezpieczeń).
Long Term Insurers	Zakłady ubezpieczeń na życie lub zakłady ubezpieczeń zawierające umowy terminowe, z podziałem na podklasy: – Klasa A: Single-Owner Captives kryjący własne ryzyka lub ryzyka rodziny ekonomicznej, – Klasa B: Single- lub Multi-Owner Captives, których do 20% składek netto pochodzi od podmiotów niepowiązanych, – Klasa C: zakłady ubezpieczeń, których całkowite aktywa nie przekraczają 250 mln USD, – Klasa D: zakłady ubezpieczeń, których całkowite aktywa mieszczą się w przedziale od 250 mln USD do 500 mln USD, – Klasa E: zakłady ubezpieczeń, których całkowite aktywa są wyższe niż 500 mln USD, – Podwójna licencja – zakłady ubezpieczeń, które prowadzą ubezpieczenia zarówno długo-, jak i krótkoterminowe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: EIOPA, *Equivalence assessment of the Bermudan supervisory system in relation to articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive* (EIOPA-BoS-11-029), 26.10.2011 r., s. 6–7.

- wymogi licencyjne (rozbudowany i zróżnicowany system licencjonowania),
- brak regulacji określających, że władze zakładu ubezpieczeń muszą być umiejscowione w tym samym kraju, gdzie znajduje się oficjalna siedziba firmy (kraj pochodzenia, wydania licencji)²⁰,
- brak regulacji zakazujących (ograniczających) zakładom ubezpieczeń prowadzenie innej działalności, aniżeli ubezpieczeniowa²¹,
- dla niektórych klas zakładów ubezpieczeń²² znacząco (w stosunku do Solvency II) różnią się wymogi związane z wewnętrznym zarządzaniem ryzykiem i upublicznianiem informacji,

19. SPI są pośrednikami między podmiotem inicjującym transakcję transferu ryzyka a zakładami ubezpieczeń lub firmami reasekuracyjnymi. Powoływane są w celu akceptacji transferu przez nadzór oraz ze względów prawnych. Sigma, *Securitization – new opportunities for insurers and investors*, Sigma No. 7/2006, Swiss Reinsurance Company, Economic Research & Consulting, Zurich 2006, s. 5. W dyrektywie Solvency II SPI zdefiniowane zostały w art. 13 pkt. 26 i art. 211.

20. Art. 20 dyrektywy Solvency II (Siedziba zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji) brzmi: „Państwa członkowskie wymagają, aby siedziby zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji znajdowały się w tym samym państwie członkowskim, co ich siedziby statutowe”.

21. Art. 18 Dyrektywy Solvency II (Warunki uzyskania zezwolenia) pkt 1 lit. a) i b).

22. W ocenie wymogu „System zarządzania (i upublicznianie informacji)”, jako „częściowo równoważne” określone zostały klasa 3B i klasa 4, natomiast klasa 1 i klasa 2 uznane zostały za nierównoważne. Trudności z oceną pojawiły się w przypadku klasy 3A (*captives* o składce poniżej 50 mln USD), gdzie część zapisów regulujących ich funkcjonowanie uznane zostały za częściowo równoważne, a część za nierównoważne.

co dotyczy m.in. warunków obsadzania kluczowych stanowisk w firmie, wymaganej niezależności audytu wewnętrznego oraz ujawniania procesów outsourcingu,

- wymóg przestrzegania kodeksu dobrych praktyk nie obejmuje wszystkich firm ubezpieczeniowych i zależy od przynależności do określonej klasy zakładów ubezpieczeń,
- stosunkowo ubogie są regulacje nakazujące firmom ubezpieczeniowym identyfikowanie, rozpoznawanie i uwzględnianie przyszłych zmian w otoczeniu gospodarczym (ryzyk), które niekorzystnie mogą wpływać na sytuację finansową zakładów ubezpieczeń (krótki horyzont czasowy oceny profilu działalności),
- występują zróżnicowane sposoby określenia wymogów kapitałowych, jednak w odróżnieniu od Solvency II częściowo metodom tym nie jest przyporządkowana zasada orientacji na ryzyko (dla klas 3A, 3B i 4 system określony został jako znacząco równoważny i jako nierównoważny w pozostałych ocenianych klasach),
- „skromny” zakres regulacji dotyczący systemu nadzoru grupowego – pierwsze unormowania w tym obszarze zaczęły się pojawiać dopiero w 2011 r. Ocena tego kryterium (wymogu) ograniczyła się do pierwszych regulacji i propozycji kolejnych, gdzie już dostrzeżono, że ich poprawy można dokonać w obszarze współpracy i wymiany informacji między nadzorcami w sytuacjach kryzysowych, szczególnie gdy nie istnieje kolegium nadzorców (występowanie kolegium nadzorców zależy od klasy zakładów ubezpieczeń). W porównaniu do rozwiązań unijnych różnice występują także w sposobie organizacji i struktury kolegium (gdy jest przewidziane), jak i w sposobie mediacji czy współpracy organów nadzoru w zakresie walidacji modelu wewnętrznego grupy.²³

Ogólnie wystawiona ocena dla reżimu nadzorczego Bermudów to „częściowo równoważny”, co jednak dotyczy głównie klas 3A, 3B i 4, które można uznać za „tradycyjne” zakłady ubezpieczeń. Wszelkie regulacje związane z funkcjonowaniem klas 1 i 2 daleko odbiegają od standardów unijnych i określone zostały jako nierównoważne albo równoważne zaledwie w znikomym stopniu. Istotnym minusem reżimu nadzorczego Bermudów jest brak ujednoliconych wymogów dla całej branży ubezpieczeniowej²⁴, a wielu obszarów nie można jeszcze właściwie ocenić ze względu na fakt, że odpowiadające im regulacje dopiero się pojawiły i są wciąż w stadium rozwoju. Dotyczy to głównie zapisów klasyfikujących zakłady ubezpieczeń o długoterminowym profilu działalności (*Long-Term-Insurers*), jak i regulacji określających sposoby sprawowania nadzoru nad grupą.

Wydawałoby się, że **USA** są znaczącym partnerem gospodarczym UE, a jako największy rynek ubezpieczeniowy na świecie kraj ten powinien znaleźć się w pierwszej fali państw ocenianych pod względem równoważności nadzoru z systemem Solvency II. Tymczasem USA zostało celowo pominięte w pierwszej fali, na co złożyło się kilka powodów:

- obowiązujące w USA zasady nadzoru dotyczące wypłacalności zakładów ubezpieczeń (*risk-based-capital*) przewidywały wprawdzie wymóg zorientowania na ryzyko wcześniej aniżeli w UE, jednak poza ogólnymi wytycznymi szczegółowe regulacje są daleko

23. EIOPA, *Equivalence assessment of the Bermudan...*, op.cit.

24. Przykładem mogą być wymogi nadzorcze dla *captivów*, które nie odpowiadają wymogom przewidzianym w Solvency II. Należy jednak dodać, że poza przywilejami podatkowymi właśnie dzięki liberalnym zapisom w zakresie rozpoczynania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w formie *captivów* Bermudy mają tak istotne znaczenie na światowym rynku ubezpieczeniowym.

zróżnicowane w zależności od stanu (50 jurysdykcji stanowych) i przez to trudno porównywalne;

- ustalanie zasad funkcjonowania i nadzoru nad firmami ubezpieczeniowymi pozostaje w gestii regulatorów stanowych, a nie na poziomie federalnym. Reprezentant stanowych organów nadzoru NAIC (National Association of Insurance Commissioners) nie ma uprawnień do sprawowania nadzoru i nie został zakwalifikowany przez CEIOPS jako odpowiedni partner do rozmów o równoważności;
- regulacje dotyczące całego sektora finansowego USA, a szczególnie w zakresie sprawowania nadzoru, są po kryzysie z 2008 r. na etapie „przejściowym”. W związku z dążeniem do ustabilizowania sytuacji stale trwa dyskusja o reformach nadzoru i dokonywane są zmiany w reżimie nadzorczym;
- w ramach Departamentu Skarbu powołane zostało w 2010 r. Federal Insurance Office (FIO)²⁵, które wyposażone zostało m.in. w kompetencje związane z nadzorem grupowym, co jednocześnie skomplikowało sytuację w zakresie partnera do rozmów w zakresie oceny równoważności – czy ma to być NAIC, czy FIO, czy też regulatorzy stanowi.

Ze względu na powyższe CEIOPS zrezygnował z przeprowadzenia procesu oceny równoważności, jednak już pobieżny przegląd regulacji USA wskazał, że zdecydowanie nieadekwatne są możliwości sprawowania nadzoru grupowego, jak i występują ograniczenia regulacyjne w zakresie wymiany informacji między stanowymi organami nadzoru, szczególnie w zakresie utrzymania tajemnicy zawodowej²⁶. I wprawdzie brak jest pewności co do kształtu przyszłych regulacji i istnieje ryzyko, że oczekiwania związane z dopasowaniem amerykańskiego systemu nadzoru do reżimu Solvency II nie wypełnią się, to podjęta została decyzja o wskazaniu USA jako jednego z pierwszych krajów, którym nadany zostanie status „przejściowego” uznania równoważności.²⁷

Podjęcie decyzji o „przejściowym uznaniu równoważności”, czyli wskazaniu państw, które posiadają system nadzoru równoważny z Solvency II, mimo że nie przeprowadzono ich oceny, leży w gestii Komisji Europejskiej. Przejściowe uznanie daje takie same korzyści, jak uznanie pełne, ale wydane jest tylko na ograniczony czas (5 lat), przy czym z założenia kraj ten powinien do końca tego okresu dokonać zmian w swoim prawie nadzorczym, dostosowując je i zbliżając do systemu unijnego. Jest to rozwiązanie, które przewidziane zostało w dyrektywie Omnibus II²⁸ i dotyczy tych krajów, których regulacje przewidują szacowanie wymogów kapitałowych na bazie całkowitego ryzyka i równocześnie podejmują wysiłki regulacyjne w celu zbliżenia systemów nadzoru do rozwiązań unijnych. Ze względu na ich znaczenie ekonomiczne

25. Dodd-Frank Wall Street Reform and Consumer Protection Act podpisany przez prezydenta Baraka Obamę 21 lipca 2010 r.

26. Dewey & LeBoeuf, *Solvency II: First Wave of Equivalence Assessments*, http://www.deweyleboeuf.com/~media/Files/clientalerts/2010/20100727_SolvencyAlertII.ashx (27.06.2010).

27. K. Kotecha, D. Payne, *Solvency II equivalence – implication for the US insurance market*, Ernst&Young – Financial services, October 2010, s. 1.

28. Dyrektywa Omnibus II objaśnia zadania nowych organów nadzoru (szczególnie w zakresie ubezpieczeń) i zawiera poprawki do Dyrektywy Solvency II. Projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniający dyrektywę 2003/71/WE i dyrektywę 2009/138/WE w odniesieniu do uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych oraz Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych Komisja Europejska przedstawiła w styczniu 2011 r., jednak na moment przygotowywania niniejszego opracowania dyrektywa nie została jeszcze uchwalona.

dla UE na liście kandydatów do przejściowego uznania systemów nadzoru za równoważne znalazły się m.in.: Kanada, Australia, Singapur i wspomniane już USA.

5. Znaczenie równoważności systemów nadzoru dla rynków ubezpieczeniowych w Europie i na świecie

Jednym z założeń funkcjonowania UE jest ograniczenie wszelkich zakłóceń wolnej konkurencji i nierównego traktowania podmiotów. W tym celu konieczne stało się „wylimitowanie najistotniejszych różnic w przepisach prawa poszczególnych państw członkowskich”²⁹. Ustanowione ramy prawne i wypracowane standardy ujednolicają i zbliżają warunki prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na rynku wewnętrznym. Swymi regułami obejmują jednak także zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji z krajów trzecich (siedziba poza UE). Te, mimo że nie podlegają prawodawstwu unijnemu, „powinny”, a w niektórych przypadkach nawet „muszą” się do niego zastosować, o ile chcą aktywnie prowadzić działalność na terenie UE, co przewiduje dyrektywa Solvency II.

W przypadku nadzoru nad reasekuracją (art. 172) uznanie równoważności systemu oceny wypłacalności państwa trzeciego za równoważny z dyrektywą Solvency II oznacza, że umowy reasekuracji zawarte z firmami z państw trzecich traktowane są w taki sam sposób, jak umowy reasekuracji zawarte z firmami z UE. Znaczącą bezpośrednią korzyścią takiego uznania dla zakładu ubezpieczeń spoza UE jest m.in. brak obowiązku tworzenia rezerwy brutto, która wymaga zastawiania aktywami.³⁰ W skali całego rynku UE zwiększa się konkurencja w działalności reasekuracyjnej, bowiem firmom z państw trzecich łatwiej jest tworzyć oddziały lub świadczyć usługi transgranicznie. Dla firm reasekuracyjnych z siedzibą poza UE brak uznania jest oczywiście rozwiązaniem niekorzystnym. Jako że unijne organy nadzoru mają prawo dodatkowych wymogów (wspomniana konieczność tworzenia rezerwy brutto), przekłada się to na zwiększone koszty działalności, a tym samym atrakcyjniejsze finansowo dla potencjalnych klientów stają się firmy reasekuracyjne z siedzibą w UE. Ponadto narodowe organy nadzoru mogą, choć nie muszą, korzystać ze swych uprawnień lub też wykorzystywać je w większym lub mniejszym zakresie. Zróznicowanie wymogów w zależności od kraju UE, w którym prowadzona jest działalność reasekuracyjna (teoretycznie 27 różnych wymagań nadzorczych) przekłada się na dodatkowe komplikowanie tej działalności.

Środki w zakresie nadzoru nad zakładami ubezpieczeń działającymi w grupie (art. 227) powinny umożliwić organom sprawującym nadzór dokonanie lepiej uzasadnionej oceny ich sytuacji finansowej (wypłacalności). Dla zakładów ubezpieczeń z terenu UE, które posiadają udziały kapitałowe w firmach w krajach trzecich (powiązane zakłady ubezpieczeń), uznanie równoważności nadzoru prowadzi do tego, że przy obliczaniu wymogów kapitałowych całej grupy można uwzględniać dopuszczalne środki własne na pokrycie tego wymogu z kraju trzeciego³¹ (np. amerykańskie RBC i szwajcarskie SST będzie honorowane przy obliczaniu za-

29. Pkt 2 Preambuli Dyrektywy Solvency II.

30. Art. 173 Dyrektywy Solvency II – Zakaz zastawiania aktywów.

31. Jest to możliwe przy alternatywnej metodzie obliczania wypłacalności grupy (Metoda odliczeń i agregacji) – zgodnie z art. 233 Solvency II.

gregowanych wymogów kapitałowych grupy). Natomiast brak uznania równoważności oznacza, że przy szacowaniu zagregowanego kapitałowego wymogu wypłacalności grupy należy pomniejszyć dopuszczalne środki własne o wartość udziałów posiadanych w „powiązonym” zakładzie ubezpieczeń (ewentualnie kalkulować wymogi, bazując na Solvency II, co jednak może być trudne do przeprowadzenia).

Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji będące częścią grupy, której siedziba znajduje się poza Wspólnotą (art. 260) powinny podlegać równoważnemu i właściwemu systemowi nadzoru nad grupą. Konieczne jest przy tym zapewnienie przejrzystych zasad kooperacji i wymiany informacji dotyczących wszystkich istotnych faktów z organami państw trzecich. Stąd też ocena równoważności obejmuje zarówno kwestie szacowania wymogów wypłacalności, jak i współpracy z organami nadzoru z krajów trzecich. W przypadku uznania systemu nadzoru państwa trzeciego za równoważny państwa członkowskie polegają na nadzorze sprawowanym przez organy nadzoru państwa trzeciego (w zakresie oceny wypłacalności grupy), a w odniesieniu do współpracy między organami nadzoru stosuje się zapisy przewidziane dla unijnych grup ubezpieczeniowych³² (tak, jak gdyby jednostka dominująca miała siedzibę na terytorium UE). W przypadku uznania za nierównoważny, to pomimo że jednostka dominująca jest poza UE, przy obliczaniu wymogów wypłacalności do określenia środków własnych, ich klasyfikacji i dopuszczalności stosuje się przepisy unijne (wyłącznie do celów obliczenia wypłacalności grupy jednostkę dominującą traktuje się tak, jakby była podmiotem unijnym). Rozróżnia się przy tym, czy jednostka dominująca jest zakładem ubezpieczeń państwa trzeciego – wówczas traktuje się ją jako podmiot „powiązany” (wymogi kapitałowe szacuje się zgodnie z art. 227), czy też jest ubezpieczeniową spółką holdingową państwa trzeciego – wówczas traktuje się ją jako „pośredniczącą ubezpieczeniową spółkę holdingową” (wymogi kapitałowe szacuje się zgodnie z art. 226). Przekłada się to na wyższe koszty funkcjonowania oraz wzrost ciężarów nadzorczych, związany z przeniesieniem elementów nadzoru unijnego także na spółki matki. Dla firm z siedzibą w UE jest to jednak sygnałem, że z wyborem miejsca prowadzenia działalności na terenie UE lub poza nią nie wiąże się nierówne traktowanie podmiotów (zagwarantowane są równe warunki konkurencji) i ograniczane są możliwości występowania zjawiska arbitrażu regulacyjnego.

Dla firm ubezpieczeniowych, których siedziby są umiejscowione poza UE, a które mają swoje spółki córki w kilku krajach na terenie Wspólnoty, brak uzyskania równoważności systemów nadzoru może nawet wpłynąć na strukturę organizacyjną. Organy nadzoru krajów członkowskich UE mają prawo wymagać, aby z europejskiej części spółki holdingowej utworzyć odrębny podmiot (podgrupę), składający się z jednostek umiejscowionych na terenie UE.³³ Działanie takie ma usprawnić procesy nadzorowania nad wieloma, umiejscowionymi w różnych krajach

32. Dotyczy to art. 247–258 dyrektywy Solvency II, które obejmują takie kwestie, jak: nadzór nad grupą, kolegium organów nadzoru, współpraca i wymiana informacji między organami nadzoru, tajemnica zawodowa, dostęp i weryfikowanie informacji itd.

33. Art. 262 przewiduje – w przypadku braku równoważności – uprawnienie do żądania utworzenia dominującego podmiotu ubezpieczeniowego z siedzibą w Unii i stosowania wobec niego przepisów i zasad, jakie dotyczą unijnych grup ubezpieczeniowych. W artykule tym wymienione zostały również uprawnienia do stosowania „innych metod zapewniających odpowiedni nadzór i umożliwiających realizację celów nadzoru”, jakie dyrektywa Solvency II przewiduje dla nadzoru nad zakładami ubezpieczeń i zakładami reasekuracji w grupie.

UE, spółkami córkami poprzez ustanowienie wiodącego europejskiego organu nadzoru. Unijny nadzorca będzie nadzorował nowo utworzony podmiot i egzekwował obowiązki w zakresie szacowania i pokrycia wymogów kapitałowych tak, jak w przypadku europejskiej grupy ubezpieczeniowej. Tego typu rozwiązanie może się okazać korzystne dla wielu jednostek zależnych umiejscowionych w UE, bowiem utworzenie spółki holdingowej na terenie UE oznacza współpracę z jednym (wiodącym), a nie z wieloma organami nadzoru (uproszczenie i ułatwienie kwestii związanych z procesami nadzorowania). Może się również przełożyć na niższe wymogi kapitałowe liczone dla całej grupy, aniżeli w przypadku szacowania ich indywidualnie dla każdej spółki zależnej. Korzyści te nie są tylko „teoretyczne”. Wyprzedzając fakty i antycypując potencjalne korzyści z nowych regulacji europejskich, firmy z USA, które są aktywne w wielu krajach UE, już przed rokiem 2010 zaczęły tworzyć spółki holdingowe umiejscowione na terytorium UE.³⁴

Zarówno w przypadku firm reasekuracyjnych, jak i zakładów ubezpieczeń, których siedziby umiejscowione są poza UE, atrakcyjność ekonomiczna i regulacyjna rynku unijnego może nawet spowodować, że w przypadku braku równoważności firmy te będą rozważać przeniesienie siedziby na teren UE. W swych decyzjach kierować się będą zasadą wyboru jurysdykcji kraju o uznanym stopniu restrykcyjności. Kraju, którego regulacje nadzorcze stworzone zostały na bazie zasad nadzorczych opracowanych przez IAIS³⁵ i stają się „powszechnie akceptowalne”. Można jednak oczekiwać także, że pozaunijne kraje i ich władze publiczne będą dążyły do tego, by dostosowywać własne regulacje nadzorcze do wymagań unijnych. Potencjalna ucieczka firm, które mają w takich krajach siedzibę statutową, i przeniesienie na teren UE lub do państw, które mają system nadzoru równoważny z unijnym, oznacza utratę wpływów do budżetu lokalnego i obniżenie konkurencyjności własnego rynku. Przykładem mogą być władze Bermudów, którym zależy na tym, aby ich system nadzoru był zbliżony do unijnego i intensywnie wdrażają regulacje temu służące. I oczywiście wcale nie chodzi o sentyment do prawodawstwa unijnego, lecz w grę wchodzi obawa o utratę pozycji jednego z najistotniejszych rynków ubezpieczeniowych na świecie, co wiązałoby się ze znaczną utratą dochodów (prawie 25 proc. PKB Bermudów pochodzi z sektora finansowego)³⁶.

Nieco inaczej można spojrzeć na zagadnienie oceny równoważności systemów nadzoru z Solvency II z punktu widzenia pojedynczych zakładów ubezpieczeń z krajów trzecich, które nie prowadzą działalności na terenie UE. Uznanie lub brak uznania równoważności nadzoru generalnie nie ma dla nich bezpośrednich skutków ani żadnego znaczenia. Bądź co bądź Solvency II jest regulacją obowiązującą wyłącznie na terenie UE i dotyczy firm tam aktywnych lub firm powiązanych z firmami unijnymi. Jednak, jako że należy się spodziewać zbliżenia zasad nadzorowania na całym świecie, firmy takie (a przede wszystkim władze regulacyjne z krajów pochodzenia tych firm) powinny interesować się reżimem nadzorczym UE. Konstrukcja oparta o trzy filary, bazująca na zasadach IAIS, staje się jedną z najnowocześniejszą

34. K. Kotecha, D. Payne, *Solvency II equivalence...*, op.cit., s. 3.

35. IAIS – Międzynarodowe Stowarzyszenie Organów Nadzoru Ubezpieczeniowego (*International Association of Insurance Supervisors*) opracowało założenia koncepcyjne nadzoru, w którym architektura trzech filarów skupia się na nadzorze ilościowym, nadzorze jakościowym oraz wymogach w odniesieniu do transparentności i dyscypliny rynkowej. IAIS nie posiada władztwa w zakresie stanowienia prawa, ale może być inicjatorem regulacji prawnych. Wszelkie zasady, standardy i zalecenia dostępne są na stronach internetowych IAIS: www.iaisweb.org.

36. T. Schmitt, *Bermuda-Versicherer lieben...*, op.cit.

szych i najbardziej kompleksowych regulacji nadzorczych na świecie. Systemom prawnym, jak i firmom spoza Unii, podejście oparte na ryzyku ekonomicznym (które stanowi zachętę do dokonywania właściwej oceny różnych rodzajów ryzyka oraz do właściwego zarządzania nimi), a także pojęcia takie jak „jakościowy pomiar ryzyka”, „dyscyplina rynkowa” czy inne rozwiązania zaproponowane w Solvency II powinny stawać się coraz bliższe.

Ma też w tym udział sama UE, która swój system nadzoru promuje i stara się, by jego zasady były powszechnie znane.³⁷ W przypadku uznania równoważności systemu nadzoru państwa trzeciego z unijnym otwierają się także nowe perspektywy dla tych firm z danego państwa, które do tej pory nie interesowały się rynkiem unijnym. Brak utrudnień i ograniczeń w operowaniu na rynku europejskim to ułatwienie umożliwiające zaoferowanie swoich produktów, dywersyfikacja działalności i optymalizacja alokacji kapitału, przekładające się na możliwości i szanse intensywnego rozwoju. Na rynku unijnym firmy te mogą zdobyć także nowe doświadczenia biznesowe, które przeniesione na rodzime rynki wpływają pozytywnie na ich konkurencyjność i możliwości prosperity.

Proces uznawania równoważności systemów nadzoru wzmacnia globalną współpracę regulacyjną i wspiera zbliżanie i kooperację organów nadzoru na całym świecie. Mimo że Solvency II to regulacja unijna, przyjmowanie i popularyzowanie rozwiązań unijnych wpływa także na decyzje biznesowe firm ubezpieczeniowych działających w różnych zakątkach świata³⁸, przyczyniając się do ukształtowania nowoczesnego i konkurencyjnego globalnego rynku ubezpieczeniowego, nadzorowanego według ujednoczonych zasad.

Podsumowanie

Korzyści z ułatwień dostępu firm z krajów trzecich do rynku unijnego, według reguł i zasad dla niego przewidzianych, dostrzec należy na wielu obszarach funkcjonowania tego rynku: zagwarantowanie stabilności finansowej, poprawa warunków jego konkurencyjności (brak arbitrażu regulacyjnego), zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych. Uznanie równoważności reżimu nadzorczego państw trzecich ma także istotne znaczenie dla firm pochodzących z tych krajów: ułatwione są warunki wejścia na rynek unijny i uproszczony jest proces nadzoru (brak podwójnego nadzorowania).

Na proces równoważności należy spojrzeć także w szerszym kontekście. UE pozostała otwarta dla rynków zewnętrznych i nie zamyka się przed działalnością firm światowych.

37. Niektóre firmy ubezpieczeniowe spoza UE (szwajcarskie, amerykańskie i z innych krajów) brały udział w Quantitative Impact Study 5 (QIS5), by zbadać różnicę między ich sposobem kalkulowania wymogów kapitałowych a standardową formułą Solvency II. Oprócz zbadania wpływu na bilanse zakładów ubezpieczeń udział w QIS5 firm z krajów trzecich umożliwił im zaznajomienie się z nowym systemem nadzoru UE.

38. Najbardziej obrazowym przykładem może być ocena bazująca na całkowitym ryzyku ekonomicznym (jedna z najistotniejszych cech reżimu Solvency II), która uwzględnia długi horyzont czasowy. Skutkuje to koniecznością wykorzystywania przez zakłady ubezpieczeń właściwych miar różnych rodzajów ryzyka oraz właściwego zarządzania nimi, co zmienia dotychczasową ogólną kulturę oceny ryzyka, a w długim okresie prowadzi do traktowania na całym świecie ryzyka tego samego rodzaju w zbliżony sposób.

Umożliwia działalność na zasadach przewidzianych dla firm unijnych, a zasady te są tak opracowane, by chronić interesy wszystkich uczestników unijnego rynku ubezpieczeniowego. Jednocześnie globalizacja rynków finansowych na całym świecie na swój sposób wymusza, aby reguły nadzorcze również były zbliżane. Mecenasem konwergencji systemów nadzorowania staje się powoli Unia Europejska, która w tej materii zaczęła wieść prym na świecie. Jej system nadzoru, bazując na standardach IAIS, ma uniwersalny charakter i jest wdrażany i promowany w taki sposób, że staje się powszechnie znany i akceptowany. Popularyzowanie reguł unijnych powoduje również, że są one „uznawane”, a przy tym nie są nikomu narzućane – systemy prawne krajów trzecich mogą, ale nie muszą, dostosowywać się do rozwiązań przewidzianych przez UE. Sednem sprawy jest jednak to, że kraje, które tego nie zrobią mogą stać się outsiderami na światowym rynku ubezpieczeniowym.

Proces uznawania równoważności systemów nadzoru krajów trzecich z systemem unijnym ma znaczący wpływ na funkcjonowanie globalnego rynku ubezpieczeniowego. Zjawisko to pozwala również na pewne uogólnienie. Silne, wzajemne powiązania rynku ubezpieczeniowego UE z resztą świata umożliwiają zrównoważony i harmonijny rozwój globalnego rynku ubezpieczeniowego. Odbywa się to przy „skromnym” udziale pośrednictwa regulacji unijnych, zapewniając bezpieczeństwo obrotu wszystkim podmiotom na tym rynku obecnym.

Wykaz źródeł:

CEIOPS, *Equivalence assessments to be undertaken in relation to Articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive*, CEIOPS-DOC-92-10, 31 August 2010.

Dewey & LeBoeuf, *Solvency II: First Wave of Equivalence Assessments*, http://www.deweyleboeuf.com/~media/Files/clientalerts/2010/20100727_SolvencyAlertII.aspx (27.06.2010).

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

EIOPA, *Equivalence assessment of the Bermudan supervisory system in relation to articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive* (EIOPA-BoS-11-029), 26.10.2011 r.

EIOPA, *Equivalence assessment of the Japanese supervisory system in relation to article 172 of the Solvency II Directive* (EIOPA-BoS-11-030), 26.10.2011 r.

EIOPA, *Equivalence assessment of the Swiss supervisory system in relation to articles 172, 227 and 260 of the Solvency II Directive*, (EIOPA-BoS-11-028), 26.10.2011 r.

EIOPA, *The methodology for equivalence assessments by CEIOPS under Solvency II*, 12 November 2010, CEIOPS-DOC-94-10.

IAIS, *IAIS Global Reinsurance Market Report 2010*, http://www.iaisweb.org/_temp/IAIS_Global_Reinsurance_Market_Report_2010_end-year_edition.pdf, 29.12.2011 r.

Kading L.B., Madeiros L., *Insurance Regulation: Mutual Recognition, Equivalence and International Standards*, [w:] *The Future of Insurance Regulation and Supervision: A Global Perspective*, red. Liedtke P.M., Monkiewicz J., Palgrave, New York 2011.

KNF, *Równoważność nadzoru spoza UE (Third country equivalence)*, http://www.knf.gov.pl/onas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/rownowaznosc.html (20.11.2011).

Kotecha K., Payne D., *Solvency II equivalence – implication for the US insurance market*, Ernst&Young – Financial services, October 2010.

Projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniający dyrektywę 2003/71/WE i dyrektywę 2009/138/WE w odniesieniu do uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych oraz Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych – Omnibus II.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1094/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Urzędu Nadzoru (Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych).

Schmitt T., *Bermuda-Versicherer lieben Europas neue Kapitalregeln*, Handelsblatt 03.11.2011 r.
Schneider J., *Solvency II im internationalen aufsichtswettbewerb*, http://www.gdv.de/Downloads/Themen_2011/Finanzen_und_Aufsicht/SolvencyII_achte_int_Konferenz_2011_Vortrag_Schneider.pdf (20.11.2011).

Sigma, *Securitization – new opportunities for insurers and investors*, Sigma No. 7/2006, Swiss Re-insurance Company, Economic Research & Consulting, Zurich 2006.

Equivalence of insurance supervision of non-EU countries – Summary

The study presents characteristics of the third country equivalence process assessment following Solvency II supervision regime. The process covers assessment at the level of reinsurance companies supervision (Art. 172), in group solvency estimation (Art. 227) and in relation to group supervision issues (Art. 260). The results of equivalence process analysis with supervision systems in Japan, Switzerland and Bermuda are also discussed. Due to numerous changes in the USA legislation, despite its significant importance to EU, this country was not included in the first stage of equivalence assessment and, together with several other countries, was covered by a transition period.

The article also focuses on the assessment of equivalence importance for the third country insurance institutions and the EU insurance market. The discussion was supplemented by the analysis of possible influence exerted by equivalence process on the global insurance market. It may be expected that the countries outside EU and their public authorities will aim at adjusting their supervision regulations to EU standards, owing to which the latter will become commonly known and accepted.

DR ROBERT KUREK – adiunkt na Wydziale Gospodarki Regionalnej i Turystyki w Jeleniej Górze Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

KAMILA BIELAWSKA

Składki przekazywane do OFE a sytuacja finansowa Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

Powszechnym wydaje się pogląd, że przekazywanie części składek na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne do Otwartych Funduszy Emerytalnych (OFE) jest głównym czynnikiem powodującym pogarszanie się sytuacji finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Poziom pozaskładkowych przychodów FUS od momentu wprowadzenia reformy emerytalnej w 1999 roku stale wzrasta. Ponadto, w celu terminowej realizacji wypłat świadczeń, FUS musi korzystać z nieoprocentowanych pożyczek z budżetu państwa, a także z kredytów bankowych zaciąganych na zasadach komercyjnych.

W 2011 roku, w wyniku zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, znacząco obniżono wysokość składek przekazywanych do OFE. Celem artykułu jest zbadanie wpływu ubytku przychodów Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu przekazywania składek do OFE na sytuację finansową Funduszu oraz ocena skali redukcji deficytu FUS w związku ze zmniejszeniem składek na ubezpieczenie emerytalne przekazywanych do OFE.

Wprowadzenie

Reforma systemu ubezpieczeń społecznych, wdrożona w 1999 roku, wprowadziła największe zmiany w obszarze zabezpieczenia emerytalnego. W ramach obowiązkowej części nowego systemu emerytalnego zastosowano dywersyfikację metod finansowania świadczeń emerytalnych poprzez wprowadzenie kapitalizacji części składek na ubezpieczenie emerytalne w Otwartych Funduszach Emerytalnych. Wysokość przyszłych świadczeń uzależniono od składek wpłaconych do systemu i oczekiwanego okresu ich pobierania. Głównym celem reformy było zatem obniżenie zobowiązań emerytalnych państwa oraz wprowadzenie automatyzmu reakcji systemu na zmiany demograficzne.

Od początku funkcjonowania OFE występowały problemy z realizacją założeń reformy m.in. w zakresie identyfikacji płatników składek przekazywanych do OFE, finansowaniem kosztów bezpośrednich reformy (ubytek przychodów FUS z tytułu przekazywania składek do OFE) czy zgodnego z przyjętym harmonogramem ograniczania przywilejów emerytalnych. Coraz trudniejsza sytuacja finansowa FUS, jak i wysoki poziom zadłużenia publicznego w Polsce

spowodowały zmniejszenie składek przekazywanych do OFE. Warto się zastanowić, czy rzeczywiście głównym czynnikiem wzrostu deficytu FUS były i będą składki przekazywane do OFE.

Czynniki determinujące składki przekazywane do OFE

Składki na ubezpieczenie społeczne, w tym część składek przekazywanych do OFE, determinowana jest kilkoma czynnikami o charakterze prawnym, demograficznym, ekonomicznym i techniczno-organizacyjnym.

Do pierwszej z tych grup zaliczyć należy zakres podmiotowy, określany przez regulacje dotyczące tego, kto może stać się członkiem OFE, jak również dotyczące zasad i warunków występowania z funduszy (w tym związanych z przejściem na emeryturę). Ponadto, istotne jest określenie poziomu podstawy wymiaru składek (minimum, maximum) i wysokości składki (w proc. podstawy wymiaru), a także terminów jej opłacania przez ubezpieczonych i przekazywania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do OFE.

Wpływ czynników demograficznych na wartość składek przekazywanych do funduszy określają zmiany struktury demograficznej ludności według ekonomicznych grup wieku (osoby w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym).

Do podstawowych uwarunkowań ekonomicznych zaliczyć należy: sytuację na rynku pracy (liczbę osób aktywnych zawodowo, wysokość stopy bezrobocia) i kształtowanie się przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

Czynniki techniczno-organizacyjne związane są m.in. ze sprawnością działania podmiotów w zakresie poboru i ewidencji składek oraz ich skutecznej egzekucji w przypadku wystąpienia zaległości u płatników składek.

Na etapie projektowania reformy emerytalnej zdecydowano, że w Otwartych Funduszach Emerytalnych będą uczestniczyli wszyscy ubezpieczeni urodzeni po 31.12.1968. Osobom urodzonym po 31.12.1948 r., a przed 01.01.1969 r. pozostawiono wolny wybór w kwestii przystąpienia do OFE, z tym że decyzję trzeba było podjąć do końca 1999 r. i miała to być decyzja nieodwołalna¹. Początkowo zwiększono również zakres podmiotowy ubezpieczeń społecznych o osoby, które przystępowały do służby państwowej² od 1 stycznia 1999 r., ale już w 2003 r. zdecydowano o ich przeniesieniu do systemu zaopatrzenia społecznego.³

1. W praktyce jednak zasady te zostały naruszone przede wszystkim ze względu na dwukrotne przedłużenie terminu, do którego spełnienie warunków do otrzymania emerytury umożliwiło uzyskanie świadczenia na starych zasadach: z 2006 na 2007, a następnie na 2008 rok. W przypadku tych osób przewidziano możliwość wystąpienia z OFE i przeniesienia zgromadzonych w funduszu środków na rachunek dochodów budżetu państwa. Ponadto osoby, które nie ukończyły 50 roku życia, mogą nadal przystąpić do OFE, pod warunkiem że nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w 1999 roku oraz zawarły umowę o członkostwo w OFE w ciągu 6 miesięcy od powstania obowiązku ubezpieczenia.
2. Dotyczyło to żołnierzy zawodowych oraz funkcjonariuszy policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Więziennej.
3. Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2003, Nr 166, poz. 1609.

Według optymistycznego wariantu szacunków Biura Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego w zakresie przystępowania do OFE osób w wieku 31–50 lat, maksymalna liczba członków OFE w pierwszym roku ich działalności miała wynieść 8 mln⁴. W rzeczywistości do OFE przystąpiło w 1999 roku prawie 10 mln osób. Na dzień 31 grudnia 2000 roku liczba osób, które przystąpiły do funduszy wyniosła 10 419 254 (por. tablica 1). W przypadku pozostawienia wyboru w kwestii przystąpienia do funduszy emerytalnych, przewidzenie decyzji, jakie będą podejmować osoby uprawnione, jest trudnym zadaniem i autorzy reformy emerytalnej mieli tego świadomość.⁵ Jak wskazuje przykład Polski, liczba osób, które wybrały przystąpienie do OFE, została niedoszacowana, co oznacza większy niż planowano spadek przychodów ze składek na ubezpieczenie emerytalne do FUS.

Tablica 1. Liczba i dynamika ubezpieczonych oraz członków OFE w latach 1999–2010 (stan na koniec grudnia każdego roku)

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ubezpieczeni* w tys.	13271	13060	12851	12761	12739	12857	13131	13354	14075	14512	14535	14656
Dynamika (w proc.) ubezpieczonych r/r	–	98,4	98,4	99,3	99,8	100,9	102,1	101,7	105,4	103,1	100,2	100,8
Członkowie OFE w tys.	9666	10419	10637	10990	11463	11980	11721	12353	13139	13840	14361	14931
Dynamika (w proc.) członków OFE r/r	–	107,8	102,1	103,3	104,3	104,5	97,8	105,4	106,4	105,3	103,8	104,0

* osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalno-rentowym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 1999–2002*, ZUS, Warszawa 2003; *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2003–2005*, ZUS, Warszawa 2006; *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2006–2008*, ZUS, Warszawa 2009 oraz *Ważniejszych informacji z zakresu ubezpieczeń społecznych za rok 2010*, ZUS, Warszawa 2011.

W okresie 1999–2010 liczba członków OFE sukcesywnie wzrastała, średnio o 4,1 proc. rocznie. W 2005 roku odnotowano spadek liczby członków OFE, co wynikało ze zmiany definicji członkostwa w funduszach emerytalnych i dostosowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wpisów do Centralnego Rejestru Członków OFE do nowelizacji ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych⁶. Proces weryfikacji, stosownie do tej definicji, pozwolił na zmniejszenie liczby tzw. martwych rachunków prowadzonych przez fundusze.

4. Rynek OFE w 2000 roku, Komisja Nadzoru Finansowego, http://www.knf.gov.pl/Images/rynek_ofe_2000_tcm75-4927.pdf (31.10.2011).

5. A. Chłoń, M. Góra, M. Rutkowski, *Shaping pension reform in Poland, Security through diversity*, SP Discussion Paper No 9923, Bank Światowy, Waszyngton 1999, s. 45.

6. Do wejścia w życie z dniem 1 kwietnia 2004 roku przepisów ustawy zmieniającej ustawę o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, określających szczegółowe warunki dla uzyskiwania członkostwa w OFE, uzyskiwanie członkostwa w OFE następowało z chwilą zawarcia umowy z OFE. Następnie umowa była weryfikowana przez ZUS, który przyjmował lub odrzucał zgłoszenie podpisania danej umowy z OFE. Od dnia 1 kwietnia 2004 roku obowiązuje nowa definicja członkostwa w OFE, określona w art. 81 ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, zgodnie z którą uzyskanie członkostwa w OFE następuje z chwilą zawarcia umowy z OFE, jeśli:

1) w dniu zawarcia pierwszej umowy z OFE osoba przystępująca do OFE podlega lub podlegała, w okresie 12 miesięcy przed dniem zawarcia umowy, ubezpieczeniu emerytalnemu w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,

Obecne przepisy zawarte w ustawie o emeryturach kapitałowych⁷ normują, iż od 2014 r. rozpocznie się wypłata tzw. dożywotnich emerytur kapitałowych, co oznacza, że liczba członków OFE zmniejszy się o te osoby, które na tę emeryturę się zdecydują.

W latach 1999–2010 procesy demograficzne sprzyjały zwiększaniu się liczby ubezpieczonych, wzrastała także liczba członków OFE. Odnotowano wzrost liczby osób w wieku produkcyjnym (z 23,3 mln do 24,6 mln) oraz wzrost udziału tej grupy wiekowej w strukturze demograficznej populacji (z 60,8 proc. do 64,6 proc.). Spadek liczby osób objętych ubezpieczeniem emerytalno-rentowym w latach 1999–2003 wynikał w szczególności ze zmian w sytuacji na rynku pracy. Przejawiały się one zmniejszeniem liczby osób zatrudnionych i wzrostem liczby osób bezrobotnych (stopa bezrobocia wzrosła z 10,4 proc. do 20,0 proc. w 2003 r.). W 2003 roku, jak już wspomniano, zdecydowano o wyłączeniu z jednolitego systemu ubezpieczeń społecznych żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy, którzy przystąpili do służby po 1 stycznia 1999 r. i objęciu ich systemem zaopatrzenia społecznego. Odstąpiono tym samym od zwiększania zakresu podmiotowego powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych. W kolejnych latach liczba osób podlegających ubezpieczeniom emerytalno-rentowym wzrastała, mimo przejściowego pogorszenia się sytuacji gospodarczej w 2009 roku.

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na poziom składek przekazywanych do OFE jest wysokość składki i podstawy jej wymiaru. T. Szumlicz zauważa, że w dokumencie programowym reformy emerytalnej „Bezpieczeństwo dzięki Różnorodności” zakładano udział w II filarze wszystkich osób w wieku do 30 lat i połowy osób w wieku 30–50 lat z „jedną piątą składki”⁸. Jak dalej zauważa T. Szumlicz, nie dookreślono, czy miała to być 1/5 całej składki na ubezpieczenie społeczne, czy tylko jej części przeznaczanej na system emerytalny. Przyjęcie tego pierwszego rozwiązania powoduje zdaniem T. Szumlicza, że można mówić o „przestrzeleniu wysokości składki kierowanej do OFE”⁹.

Składkę przekazywaną do OFE ustalono na poziomie 7,3 proc. podstawy wymiaru, ograniczając jednocześnie roczną podstawę wymiaru składek do trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Dane o składkach przekazanych przez ZUS do OFE i o średniej podstawie ich wymiaru zawiera tablica 2. Prezentowane dane wskazują, iż kwoty składek przekazywanych do OFE w przedstawionym okresie sukcesywnie wzrastały. W 2010 składki wraz z odsetkami wyniosły 22,4 mld zł. W latach 1999–2010 ZUS przekazał łącznie do OFE środki w wysokości 161,7 mld zł, z czego ponad 3 mld zł z tytułu odsetek za nieterminowe przekazywanie składek¹⁰. Odsetki maleją od 2005 r. i w większej części dotyczą zaległości powstałych w latach 1999–2003 niż okresów bieżących¹¹, co świadczy o po-

2) Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokona odpowiedniego wpisu lub zmian w Centralnym Rejestrze Członków OFE.

7. Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. z 2008 r., Nr 228, poz. 1507).
8. Por. T. Szumlicz, *System zabezpieczenia społecznego po 10 latach – jaki powód sporu o OFE – głos w dyskusji*, „Polityka społeczna” 2010, nr 5–6.
9. Ibidem.
10. ZUS powinien przekazywać składki do OFE niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 15 dni od momentu przekazania ich przez płatnika wraz z deklaracją rozliczeniową i imiennymi raportami miesięcznymi. Odsetki od składek naliczane są w przypadku, gdy opóźnienia leżą po stronie ZUS.
11. Por. B. Kłos, *System emerytalny a deficyt Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, [w:] *Kontrowersje wokół systemu emerytalnego i długu publicznego*, Analizy BAS 2009, nr 17, s. 3.

prawie sprawności działania ZUS. Składki trafiają do OFE miesięcznie w kilku transzach, m.in. z powodu zróżnicowania terminów opłacania składek przez różnych płatników¹².

Tablica 2. Składki przekazywane do OFE wraz z odsetkami i średnia podstawa ich wymiaru w latach 1999–2010 (w zł)

Lata	Składki i odsetki	Składki	Odsetki	Średnia składka	Średnia podstawa wymiaru składek
1999	2 285 535 490,08	2 262 672 022,30	22 863 467,78	96,92	1 327,63
2000	7 603 491 199,72	7 586 389 864,10	17 101 335,62	107,58	1 473,73
2001	8 706 881 612,32	8 652 943 742,47	53 937 869,85	115,48	1 581,98
2002	9 546 407 203,51	9 490 364 008,64	56 043 194,87	92,76	1 270,62
2003	10 274 252 420,05	10 140 515 707,17	133 736 712,88	81,69	1 118,99
2004	11 422 490 495,52	11 219 497 959,88	202 992 535,64	84,06	1 151,47
2005	14 021 647 210,44	13 405 816 868,03	615 830 342,41	89,59	1 227,19
2006	16 155 586 075,85	15 592 622 105,68	562 963 970,17	99,01	1 356,23
2007	17 718 887 538,48	17 142 753 485,87	576 134 052,61	103,43	1 416,91
2008	20 505 255 463,16	20 030 877 536,23	474 377 926,93	126,29	1 729,97
2009	21 043 236 086,14	20 859 905 819,19	183 330 266,95	141,37	1 936,62
2010	22 397 507 184,45	22 244 578 267,72	152 928 916,73	139,10	1 905,44
Ogółem	161 681 177 979,72	158 628 937 387,28	3 052 240 592,44	x	x

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, <http://www.zus.pl/default.asp?p=2&id=1319> (31.10.2011).

W 2011 r. zdecydowano o obniżeniu wysokości składek przekazywanych do OFE. Docelowo, od 2017, składka ma wynieść 3,5 proc. podstawy wymiaru, natomiast w okresie od 1 maja 2011 do 31 grudnia 2016 ma być odpowiednio niższa i wynieść¹³:

- od 1 maja 2011 do 31 grudnia 2012 – 2,3 proc. podstawy wymiaru,
- od 1 stycznia 2013 do 31 grudnia 2013 – 2,8 proc. podstawy wymiaru,
- od 1 stycznia 2014 do 31 grudnia 2014 – 3,1 proc. podstawy wymiaru,
- od 1 stycznia 2015 do 31 grudnia 2016 – 3,3 proc. podstawy wymiaru.

Różnica między bieżącą wysokością składki przekazywanej do OFE a jej wysokością przed zmianą (7,3 proc. podstawy wymiaru) odnotowywana jest na subkoncie prowadzonym przez ZUS. Obniżenie składki docelowo do poziomu 3,5 proc. podstawy wymiaru zwiększy przychody składkowe FUS, ale jednocześnie zwiększy wartość zobowiązań emerytalnych państwa. Warto w tym miejscu przypomnieć, że główną przesłanką wprowadzenia reformy emerytalnej było zmniejszenie tych zobowiązań w celu zapewnienia wypłacalności systemu w długim okresie wobec procesów starzenia się ludności.¹⁴ Jeśli państwo podejmuje działania, których

12. Osoby fizyczne, które opłacają składki na ubezpieczenie społeczne wyłącznie za siebie, powinny je przekazać wraz z dokumentami za dany miesiąc do 10 dnia następnego miesiąca, jednostki budżetowe i samorządowe zakłady budżetowe do 5 dnia następnego miesiąca, a pozostali płatnicy do 15 dnia następnego miesiąca.

13. Ustawa z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2011r., Nr 75, poz. 398).

14. Por. m.in. M. Żukowski, *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006, s. 70; M. Szczepański, *Proponowane zmiany w publicznym systemie emerytalnym w Polsce – głos w dyskusji*, „Polityka Społeczna” 2010, nr 5–6.

efektem jest wzrost zobowiązań wobec przyszłych świadczeniobiorców, to pojawia się pytanie o realność wywiązania się z tych zobowiązań wobec spodziewanego spadku liczby osób w wieku produkcyjnym i ograniczonymi możliwościami zwiększenia obciążeń fiskalnych osób aktywnych zawodowo.

Sytuacja finansowa Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 1999–2010

Podstawowym źródłem wpływów do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) powinny być składki na ubezpieczenia społeczne. Wraz z wprowadzeniem reformy systemu ubezpieczeń społecznych zasadniczo zmieniono zasady finansowania składek. Nie tylko przypisano wysokość składki poszczególnym rodzajom ryzyka (i subfunduszom utworzonym w ramach FUS), ale wprowadzono również zasadę współfinansowania składek przez ubezpieczonych i ich pracodawców, a w określonych przypadkach przewidziano finansowanie składek ze środków publicznych. Warto dodać, że w latach 1999–2010 największe zmiany w wysokości składek nastąpiły w ubezpieczeniu rentowym, poprzez dwuetapowe obniżenie wysokości składki – z 13 proc. do 10 proc. podstawy wymiaru w okresie 01.07.2007 do 31.12.2007 oraz z 10 proc. do 6 proc. podstawy wymiaru z dniem 01.01.2008 r. Zmieniono również proporcje obciążenia składką (od 2008 r. pracodawca finansuje składkę w wysokości 4,5 proc. podstawy wymiaru, pracownik – 1,5 proc. podstawy wymiaru)¹⁵.

Na poziom wydatków FUS wpływają następujące czynniki o charakterze formalno-prawnym: warunki dostępu do świadczeń (wiek, wymagany staż ubezpieczenia, rozwiązanie stosunku pracy czy zasady orzekania o niezdolności do pracy), sposób ustalenia wysokości świadczeń i czas ich pobierania (np. świadczenia okresowe *versus* bezterminowe), zasady i terminy waloryzacji świadczeń (waloryzacja okresowa lub *ad hoc*, cenowa, płacowa lub mieszana).

Analizując dane przedstawione w tablicy 3, można zauważyć, że w latach 1999–2010 wydatki FUS były wyższe od wpływów ze składek, a stopień pokrycia wydatków wpływami ze składek mieścił się w granicach 56 proc. – 79 proc., z tendencją malejącą w latach 2007–2010. Nawiązując do wcześniejszych rozważań, czynniki demograficzne w analizowanym okresie nie oddziaływały negatywnie na sytuację Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Odnośnie do uwarunkowań ekonomicznych warto zwrócić między innymi uwagę na następujące kwestie:

- obniżenie dynamiki wzrostu gospodarczego w latach 2001–2002 (w 2001 r. do 101,0 proc. i 101,4 proc. w roku 2002) i wzrost bezrobocia powodujący spadek liczby ubezpieczonych – por. tablica 1) oddziaływały ujemnie na wpływy ze składek – w 2002 r. zmniejszyły się one w wartościach nominalnych o 2,7 proc. i nie zrekomensował tego spadku wzrost wynagrodzeń w gospodarce; jednocześnie wzrost przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce powoduje zwiększenie kwoty bazowej, którą uwzględnia się przy naliczaniu świadczeń emerytalnych i rentowych, a także wpływa na wskaźnik waloryzacji okresowej emerytur i rent, co zwiększa wydatki FUS.

15. Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r., Nr 115, poz. 792).

Tablica 3. Przychody i wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 1999–2010 (w mld zł)

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Przychody, w tym:	73,7	81,0	91,6	95,4	98,6	107,7	111,0	120,9	129,6	137,3	140,5	159,9
– wpływ ze składek i należności pochodnych	63,7	65,1	69,7	67,8	69,7	73,4	77,4	80,5	88,4	82,2	86,5	89,0
dotacja celowa z budżetu państwa	3,2	3,3	3,7	3,4	3,5	3,5	3,6	3,5	0,2	0,2	0,3	0,2
Wydatki FUS, w tym:	80,4	85,7	96,2	98,8	102,2	107,6	111,1	119,2	121,4	136,1	153,4	161,0
– wydatki funduszu emerytalnego	37,8	40,3	46,1	49,0	52,9	58,0	61,0	69,2	73,7	84,1	95,3	99,5
Deficyt FUS*	13,5	17,3	22,8	27,6	29,0	30,7	30,1	35,2	32,8	53,7	66,6	71,8
Stopień pokrycia wydatków FUS wpływami ze składek	79,2	76,0	72,5	68,6	68,2	68,2	69,7	67,5	72,8	60,2	57,1	56,5
Dynamika przychodów FUS w proc. (r/r)		109,9	113,1	104,1	103,4	109,2	103,1	108,9	107,2	105,9	102,3	113,8
Dynamika wpływów ze składek w proc. (r/r)		102,2	107,1	97,3	102,8	105,3	105,4	104,0	109,8	93,0	105,2	102,9
Dynamika wydatków FUS w proc. (r/r)		106,6	112,3	102,7	103,4	105,3	103,3	107,3	101,8	112,1	112,7	105,0
Dynamika wydatków funduszu emerytalnego w proc. (r/r)		106,6	114,4	106,3	108,0	109,6	105,2	113,4	106,5	114,1	113,3	104,4

* deficyt FUS rozumiany jako ujemna różnica wpływów ze składek i należności pochodnych powiększonych o dotację celową i wydatków FUS.

Źródło: jak w tablicy 1 oraz *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w 2010 roku, tom 1 – omówienie*, Ministerstwo Finansów, Warszawa 2011.

- w latach 2004 – 2008 sytuacja gospodarcza kraju poprawiła się; średnia dynamika wzrostu PKB w tym okresie wyniosła 105 proc., nastąpił wzrost zatrudnienia w gospodarce narodowej i wzrost liczby ubezpieczonych, co oddziaływało dodatnio na wpływy ze składek. Wynagrodzenia dalej rosły, z tym że dynamika ich wzrostu była zbliżona do dynamiki wzrostu PKB; w tym okresie wydatki FUS rosły wolniej niż wpływy (poza rokiem 2006), przy czym było to skutkiem realizacji praw do wcześniejszej emerytury, które pierwotnie w tym roku miały wygasnąć, a także przeprowadzenia waloryzacji świadczeń, która była wstrzymana w 2005 r.¹⁶

Niestety okresu dobrej koniunktury gospodarczej i ciągle jeszcze sprzyjających warunków demograficznych nie wykorzystano dla racjonalizowania systemu ubezpieczeń społecznych. W analizowanym czasie deficyt FUS (rozumiany jako ujemna różnica między sumą wpływów ze składek i dotacji celowej na finansowanie wypłaty z FUS świadczeń pozaubezpieczeniowych a wysokością wydatków) systematycznie się zwiększał, z wyjątkiem lat 2005 i 2007, kiedy był nieznacznie mniejszy w porównaniu do roku poprzedniego (por. tablica 4). W 2008 roku deficyt FUS stanowił już 65 proc. wpływów ze składek na ubezpieczenia społeczne, a dwa lata później relacja ta wyniosła około 80 proc. Szybkie pogorszenie sytuacji finansowej FUS w latach 2008–2010 było efektem nałożenia się w czasie zarówno

16. Było to jedno z działań racjonalizujących wydatki publiczne w ramach tzw. Planu Hausnera.

obniżenia wysokości składki na ubezpieczenie rentowe, jak i wzrostu wydatków na świadczenia emerytalne.¹⁷

Skarb Państwa jest gwarantem wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a więc w przypadku pojawienia się niedoboru środków na wypłaty świadczeń powinno się je uzupełniać poprzez przekazanie dotacji uzupełniającej. Jak wynika z danych przedstawionych w tabelicy 4, w badanym okresie dotacja uzupełniająca wzrosła z 3,9 mld zł w roku 1999 do poziomu 37,9 mld zł w roku 2010. W tym też roku po raz pierwszy wykorzystano na pokrycie deficytu FUS środki z Funduszu Rezerwy Demograficznej.

Ponieważ kwoty refundacji składek do OFE i dotacji uzupełniającej nie pokrywały całego deficytu, wykorzystano przewidzianą w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych możliwość zaciągania przez FUS, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów, kredytów w bankach komercyjnych, a także pożyczek z budżetu państwa.

W latach 1999 i 2000 FUS otrzymał pożyczkę z budżetu państwa na kwoty odpowiednio 4 mld zł i 2 mld zł, a w okresie od 1999 do 2006 roku korzystał również z kredytów udzielonych przez banki komercyjne (ponosząc koszty odsetkowe)¹⁸. W 2003 roku umorzono pożyczki z budżetu państwa, a zadłużenie z tytułu kredytów wraz z odsetkami zostało spłacone do końca 2007 roku. W związku z pogłębieniem deficytu FUS po 2007 roku ko-

Tabela 4. Deficyt FUS i źródła jego finansowania w latach 1999–2010 (w mld zł)

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Deficyt FUS*	13,5	17,3	22,8	27,6	29,0	30,7	30,1	35,2	32,8	53,7	66,6	71,8
Źródła finansowania ujemnego salda FUS, w tym:												
– dotacja uzupełniająca z budżetu państwa**	3,9	4,6	8,8	14,0	14,8	19,4	16,5	21,0	23,9	33,0	30,2	37,9
– refundacja składek przekazanych do OFE	2,3	7,5	8,7	9,5	9,9	10,6	12,6	14,9	16,2	19,9	21,1	22,5
– środki z FRD												7,5
Hipotetyczny deficyt FUS (po uwzględnieniu we wpływach składek do OFE)	11,2	9,8	14,1	18,1	19,1	20,1	17,5	14,2	16,6	33,8	45,5	49,3

* deficyt FUS rozumiany jako ujemna różnica wpływów ze składek i należności pochodnych powiększonych o dotację celową i wydatków FUS.

** po odjęciu w latach 1999 – 2004 kwot refundacji składek przekazywanych do OFE, które do 2003 roku ujmowane były w ramach dotacji uzupełniającej, a od 2004 r. wykazywane są jako pozostałe przychody FUS.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 1999–2002*, ZUS, Warszawa 2003; *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2003–2005*, ZUS, Warszawa 2006; *Rocznika Statystycznego Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2006–2008*, ZUS, Warszawa 2009; *Ważniejszych informacji z zakresu ubezpieczeń społecznych za rok 2010*, ZUS, Warszawa 2011 oraz *Sprawozdania z wykonania budżetu państwa w 2010 roku, tom 1 – omówienie*, Ministerstwo Finansów, Warszawa 2011.

17. Szerzej na ten temat zob. K. Bielawska, *Czynniki wzrostu deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po 1998 r.*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, red. W. Sułkowska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 226–227.

18. Por. H. Zalewska, *Wpływ reformy ubezpieczeń społecznych na finanse Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, [w:] *Reforma ubezpieczeń społecznych w Polsce, doświadczenia dla Europy*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa–Gdańsk 2008, s.11.

nieczne stało się ponowne korzystanie ze zwrotnych źródeł finansowania. W 2009 roku FUS zaciągnął kredyt w wysokości 4 mld zł oraz otrzymał pożyczkę z budżetu państwa w kwocie 5,5 mld zł. Dzięki kolejnej pożyczce z budżetu w 2010 roku spłacony został kredyt bankowy, natomiast zobowiązania z tytułu pożyczek z budżetu państwa wzrosły na koniec 2010 roku do poziomu 10,9 mld zł.

Na koniec tej części rozważań należy odnieść się do zasadniczego problemu: jaką rolę w kreowaniu deficytu FUS ma ubytek składek przekazywanych do OFE? W badanym okresie deficyt FUS był znacznie wyższy niż kwoty refundacji składek przekazywanych do OFE. Relacja refundacji składek do deficytu FUS zawierała się w przedziale 17 proc. – 49 proc. Najwyższy udział refundacji składek do OFE w deficycie FUS wystąpił w 2007 r. (prawie połowa). W 2010 r. deficyt FUS był już trzykrotnie wyższy niż refundacja składek. Dokładniej zjawisko to prezentuje wartość hipotetycznego deficytu, jaki wystąpiłby w FUS, gdyby składki przekazywane do OFE pozostały w FUS (por. tablica 4). W badanym okresie nawet całkowite wstrzymanie transferu składek do OFE nie wpłynęłoby na likwidację czy istotne zmniejszenie deficytu FUS. Jednocześnie należy stwierdzić, że pokrycie deficytu FUS, w części niewynikającej z refundacji składek do OFE, również następuje poprzez zaciągnięcie pożyczek publicznych.

Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych do 2017 roku

Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma obowiązek corocznego przygotowywania średniookresowej prognozy wpływów i wydatków FUS – to jest obejmującej okres pięciu lat – oraz co trzy lata długookresowej prognozy wpływów i wydatków funduszu emerytalnego w ramach FUS. W 2010 roku ZUS sporządził zarówno prognozę pięcioletnią, jak i długookresową dla funduszu emerytalnego. Prognozy te są sporządzane przy zastosowaniu modelu aktuarialnego FUS z oznaczeniem numerycznym wersji.¹⁹ Zastosowane w modelu metody obliczeniowe umożliwiają oszacowanie wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń wypłacanych z funduszy: emerytalnego, rentowego, wypadkowego i chorobowego. Wpływy prognozowane są również w podziale na poszczególne fundusze z uwzględnieniem różnej liczby osób objętych ubezpieczeniami: emerytalnym i rentowymi, wypadkowym oraz chorobowym. Metoda prognozowania wpływów uwzględnia między innymi: odpływ części składek do Funduszu Rezerwy Demograficznej, przekazywanie części składek do Otwartych Funduszy Emerytalnych, ograniczenie rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe do trzydziestokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz różnicowanie składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatników.

Ostatnia prognoza średnioterminowa dla FUS została upubliczniona w dniu 21 października 2011 i dotyczy okresu 2013 – 2017.²⁰ W wynikach uwzględniono obniżenie składki przekazywanej do OFE. W celu zachowania ciągłości okresu analizy w artykule, i jednocześnie uwzględnienia zmian wpływów FUS z tytułu obniżenia składki przekazywanej do OFE, dla lat 2011–2012

19. Model ten jest sukcesywnie udoskonalany – aktualnie jest to wersja *FUS10*.

20. *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017*, ZUS, Warszawa 2011.

zaprezentowane będą informacje o wpływach i wydatkach FUS na podstawie skorygowanego projektu ustawy budżetowej na 2012 rok²¹, zamiast poprzedniej prognozy na lata 2011–2015.

Na wstępie warto zauważyć, że zgodnie z prognozą demograficzną GUS, która wykorzystywana jest w kolejnych wersjach modelu FUS, od 2011 roku uwarunkowania demograficzne sytuacji finansowej FUS będą się stopniowo pogarszały (por. tablica 5). Oczekuje się stopniowego zmniejszania liczby osób w wieku produkcyjnym (do roku 2017 o 1235 tys.) przy jednoczesnym znacznym wzroście osób w wieku poprodukcyjnym (do roku 2017 o 1215 tys.). Udział osób w wieku produkcyjnym w populacji ogółem zmniejszy się z 64,2 proc. do 61,2 proc., natomiast udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 20,6 proc. i przewyższy udział osób w wieku przedprodukcyjnym (18,3 proc. w 2017 r.).

Tablica 5. Populacja w podziale na ekonomiczne grupy wieku (w tys.) według prognozy demograficznej GUS (stan na koniec roku)

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Populacja ogółem	38 082	38 069	38 056	38 037	38 016	37 988	37 957
z tego:							
– w wieku przedprodukcyjnym	7033	6978	6947	6925	6918	6921	6930
– w wieku produkcyjnym	24 462	24 317	24 136	23 944	23 718	23 477	23 227
– w wieku poprodukcyjnym	6586	6774	6971	7169	7380	7590	7801

Źródło: *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017*, ZUS, Warszawa 2011, s. 11.

Zmiany w strukturze demograficznej ludności Polski są wynikiem wydłużania się przeciętnego czasu trwania życia kobiet i mężczyzn, a także niskiej dzietności. W okresie ostatnich dwudziestu lat przeciętny czas trwania życia mężczyzny wzrósł o ponad pięć lat, a kobiet o niespełna pięć lat. Wskaźnik dzietności zmniejszył się z 1,99 w 1990 r. do 1,2 w roku 2003, a następnie wzrósł do 1,4 w 2010 r. Zmianom uwarunkowań demograficznych nie towarzyszyły zmiany w kształtowaniu ustawowego wieku emerytalnego. Jednocześnie warto zauważyć, że Polska jako jeden z nielicznych krajów członkowskich UE formalnie nie zdecydowała o stopniowym podnoszeniu wieku emerytalnego.²² Premier D. Tusk w *exposé* przedstawionym w Sejmie w dniu 18 listopada 2011 r. zapowiedział od 2013 r. stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn i zrównanie go na poziomie 67 lat.²³ Realizacja tego postulatu byłaby korzystna dla wszystkich interesariuszy (obecnych i przyszłych emerytów oraz państwa odpowiedzialnego za wypłatę świadczeń), pod warunkiem że wpłynie na zwiększenie okresu aktywności zawodowej.

Scenariusze ekonomicznych uwarunkowań realizacji wpływów i wydatków FUS przygotowywane są w trzech wariantach – podstawowym, optymistycznym i pesymistycznym. Odpowiednie wartości przyjmowane w rocznym planie finansowym FUS odzwierciedlają przyjęcie założeń w podstawowym wariantcie prognozy (por. tablica 6).

21. Projekt ustawy budżetowej na 2012 rok uchwalony przez Radę Ministrów w dniu 6 grudnia 2011r., <http://www.mf.gov.pl/dokument.php?const=5&dzial=32&id=277125>.

22. B. Kłos, *Europejskie systemy emerytalne – stan i perspektywy*, Analizy BAS 2011, nr 5 (49).

23. Podnoszenie wieku emerytalnego, zgodnie z propozycją D. Tuska, byłoby stopniowe, tj. o jeden miesiąc co cztery miesiące, więc proces dochodzenia do wieku emerytalnego na poziomie 67 lat w przypadku mężczyzn zakończyłby się w roku 2020, natomiast w przypadku kobiet w 2040.

Tablica 6. Wskaźniki makroekonomiczne przyjęte do prognozy wpływów i wydatków FUS w okresie 2011–2017 – wariant podstawowy prognozy

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Stopa bezrobocia (na koniec roku)	10,93%	9,96%	9,32%	8,50%	7,73%	7,09%	6,67%
Średnioroczny CPI	103,50%	102,80%	102,50%	102,50	102,50	102,50	102,50
Wskaźnik realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia	102,61%	102,93%	103,17%	103,57%	103,65%	103,53%	103,55%
Wskaźnik realnego wzrostu PKB	104,00%	104,00%	103,70%	103,90%	104,00%	103,70%	103,50%

Źródło: Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017, ZUS, Warszawa 2011, s.10.

Dodatkowym parametrem, który ma wpływ na sytuację finansową FUS, jest ściągłość składek na ubezpieczenie społeczne, która w podstawowym wariancie prognozy została przyjęta na poziomie 99 proc. i odpowiednio – 97,5 proc. w wariancie pesymistycznym i 99,5 proc. w wariancie optymistycznym prognozy.

W tablicy 7 przedstawiono dane o planowanej sytuacji finansowej FUS w latach 2011–2012. Jak wynika z danych przedstawionych w tablicy 7, wpływy ze składek i należności pochodnych w roku 2011 mają być o 14,7 mld zł wyższe niż w roku 2010, co jest przede wszystkim efektem obniżenia wysokości składki przekazywanej do OFE do 2,3 proc. z 7,3 proc. (od maja 2011 r.). W roku 2012 efekt wzrostu wpływów ze składek powinien być większy, ponieważ obniżona składka będzie dotyczyć całego roku, a nie tylko jego części. Wpływy ze składek i należności pochodnych mają wzrosnąć w 2012 r. o 19 proc. w porównaniu do roku 2011. Oznacza to jednocześnie, że kwoty refundacji składek przekazywanych do OFE będą mniejsze w porównaniu do lat ubiegłych – w 2011 roku o 8,4 mld zł.²⁴ Wydatki FUS mają wzrosnąć odpowiednio o 4 proc. w 2011 r. i o 5,3 proc. w roku 2012.

Tablica 7. Przychody, wydatki i deficyt FUS w latach 2011–2012 – według skorygowanego projektu ustawy budżetowej na 2012 r. (w mld zł)

Wyszczególnienie	2011*	2012	Dynamika w proc. (r/r)
Przychody, w tym:	161,6	176,8	109,4
– wpływy ze składek i należności pochodnych	103,7	123,4	119,0
Wydatki FUS, w tym:	167,4	176,2	105,3
– wydatki funduszu emerytalnego	106,3	111,9	105,3
Stopień pokrycia wydatków FUS wpływami ze składek (w proc.)	61,9	70,0	X
Deficyt FUS (różnica między wpływami ze składek i należnościami pochodnymi a wydatkami)	63,7	52,8	X
Źródła finansowania deficytu, w tym:			X
– dotacja z budżetu państwa	37,1	39,9	X
– refundacja składek do OFE	15,4	9,1	X
– środki z FRD	4,0	2,9	X

* Planowane wykonanie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Projektu ustawy budżetowej na 2012 rok uchwalonego przez Radę Ministrów w dniu 6 grudnia 2011r., <http://www.mf.gov.pl/dokument.php?const=5&dzial=32&id=277125>.

24. W planie finansowym FUS na rok 2011, przygotowanym przed uchwaleniem zmian w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, zaplanowano kwotę refundacji składek do OFE na poziomie 23 868 mln zł.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że pomimo nominalnego zmniejszenia deficytu FUS w latach 2011–2012, w porównaniu do lat 2009–2010, i tak pozostaje on na kilkukrotnie (w 2012 roku prawie sześciokrotnie) wyższym poziomie niż refundacja składek do OFE.

Podobny wniosek można wysnuć, analizując średniookresową prognozę wpływów i wydatków FUS do roku 2017. W żadnym z przyjętych wariantów prognozy (podstawowym, pesymistycznym czy optymistycznym) saldo FUS nie będzie dodatnie (por. tablica 8).

Tablica 8. Saldo FUS w 3 wariantach prognozy wpływów i wydatków na lata 2013–2017

Wyszczególnienie		2013	2014	2015	2016	2017
Wariant nr 1 prognozy (podstawowy)	Saldo FUS w mld zł	-57,3	-60,0	-64,7	-69,0	-74,7
	Saldo FUS w proc. PKB	-3,3	-3,3	-3,3	-3,3	-3,4
Wariant nr 2 prognozy (pesymistyczny)	Saldo FUS w mld zł	-65,7	-70,1	-76,1	-81,8	-88,3
	Saldo FUS w proc. PKB	-4,0	-4,0	-4,2	-4,3	-4,5
Wariant nr 3 prognozy (optymistyczny)	Saldo FUS w mld zł	-49,7	-50,3	-52,8	-55,2	-59,4
	Saldo FUS w proc. PKB	-2,8	-2,6	-2,5	-2,4	-2,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017*, ZUS, Warszawa 2011, s. 15–17, 24–26.

W tym miejscu należy również zaznaczyć, że wyniki prognozy zaprezentowane w tab. 8 uwzględniają scenariusze ekonomiczne przygotowane przez Ministerstwo Finansów, przyjęte jeszcze przed rządową korektą projektu budżetu państwa na rok 2012. Po opublikowaniu jesiennej prognozy ekonomicznej przez Komisję Europejską²⁵ rząd przyjął do konstrukcji budżetu na rok 2012 oraz na następne lata ostrożniejsze założenia. Założenia te są bardziej zbliżone do scenariusza pesymistycznego, przyjętego w prognozie wpływów i wydatków FUS na lata 2013–2017²⁶, tak więc w przypadku jego realizacji można oczekiwać deficytu FUS na poziomie 4 proc. PKB.

Podsumowanie

Jak wykazano w artykule, ubytek składek na ubezpieczenie emerytalne wynikający z przekazywania ich do OFE nie jest główną przyczyną wysokiego deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Największy udział refundacji składek przekazywanych do OFE w deficycie FUS wystąpił w roku 2007 i wyniósł 49 proc. W kolejnych latach wpływ transferu składek do OFE na poziom deficytu Funduszu zmniejszał się, co wskazuje, że inne czynniki miały na ten stan większy wpływ. Chodzi tu przede wszystkim o obniżenie składki na ubezpieczenie rentowe w powiązaniu ze zwiększeniem wydatków na świadczenia emerytalne. Z przeprowadzonej w artykule analizy wynika również, że zmiana podziału składki na ubezpieczenie emerytalne

25. *European Economic Forecast, Autumn 2011*, European Commission, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/2011-11-10-stat-annex_en.pdf (12.11.2011).

26. W szczególności dotyczą one niższej dynamiki PKB w 2012 r. (102,5 proc.) i w latach następnych (103,4 proc. – 103,9 proc.) oraz wyższej stopy bezrobocia rejestrowanego, które do 2015 r. pozostanie na poziomie powyżej 10 proc.

między FUS a OFE (zwiększenie części składki pozostającej w FUS) nie wyeliminuje problemu finansowania FUS.

Biorąc pod uwagę poziom nierównowagi bieżącej i prognozowanej FUS, konieczne są zmiany w funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, które sprzyjałyby poprawie sytuacji finansowej FUS, a jednocześnie całego sektora finansów publicznych.

W systemie ubezpieczeń społecznych największy efekt finansowy w krótkim okresie wydaje się do osiągnięcia poprzez podniesienie składki na ubezpieczenie rentowe i ograniczenie waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych do waloryzacji cenowej.

Podniesienie składki na ubezpieczenie rentowe zostało zapowiedziane przez premiera D. Tuska w *exposé*, a postulat ten zrealizowano poprzez uchwalenie w dniu 21 grudnia 2011 r. ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych²⁷. Przewiduje ona podniesienie składki na ubezpieczenie rentowe finansowanej przez pracodawcę o 2 p.p. do poziomu 8 proc. podstawy wymiaru. Podwyższony poziom składki zacznie obowiązywać od 1 lutego 2012 r.

W projekcie ustawy budżetowej na 2012 r. przewidziano waloryzację świadczeń emerytalno-rentowych wskaźnikiem 104,8 proc., a więc wyższym niż wynika ze zmiany poziomu cen.

W dłuższej perspektywie oszczędności powinno przynieść wyrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, a następnie jego podniesienie, z tym że działania te muszą być prowadzone równoległe z właściwą polityką rynku pracy. Chodzi bowiem o uzyskanie efektu w postaci zwiększenia i wydłużenia aktywności zawodowej Polaków, co miałyby pozytywny wpływ na wysokość przyszłych świadczeń emerytalnych i na sytuację sektora finansów publicznych (mniejsza nierównowaga FUS, mniejsze dopłaty do świadczeń minimalnych). Zapowiedź działań w tym kierunku omówiono wcześniej, niemniej trzeba zaznaczyć, że uzyskanie poparcia politycznego do uchwalenia odpowiednich zmian z pewnością będzie trudniejsze niż w przypadku podniesienia składki na ubezpieczenie rentowe.

Wart rozważenia wydaje się też powrót do idei zwiększania zakresu podmiotowego systemu ubezpieczeń społecznych. Poza nim pozostają nadal osoby pełniące służbę (policjanci, żołnierze zawodowi), sędziowie i prokuratorzy oraz rolnicy indywidualni.

Choć realizacja niektórych postulatów może być trudna, to wydaje się, że nie ma innej drogi, aby zapewnić wypłacalność systemu w przyszłości, przy utrzymaniu odpowiedniej wysokości emerytur. Społecznej akceptacji zmian w systemie emerytalnym sprzyjałoby rzetelne informowanie społeczeństwa o konsekwencjach społeczno-gospodarczych procesu starzenia się ludności. Brak dialogu społecznego w tym obszarze, wobec obserwowalnego wzrostu indywidualizmu, może stać się w przyszłości przyczynkiem do konfliktu pokoleń o kwestie granic solidaryzmu społecznego.

Wykaz źródeł

Bielawska K., *Czynniki wzrostu deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po 1998 r., gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, Warszawa 2011.

Chłoń A., Góra M., Rutkowski M., *Shaping pension reform in Poland, Security through diversity, SP Discussion Paper No 9923*.

27. Dz. U. z 2011 r., Nr 291, poz.1706.

European Economic Forecast, Autumn 2011, European Commission, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/2011-11-10-stat-annex_en.pdf (12.11.2011).

Kłos B., *Europejskie systemy emerytalne – stan i perspektywy*, Analizy BAS 2011, nr 5 (49), [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/A4EF381AC5957507C12578B100441826/\\$file/Analiza_%20BAS_2011_49.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/A4EF381AC5957507C12578B100441826/$file/Analiza_%20BAS_2011_49.pdf) (27.10.2011)

Kłos B., *System emerytalny a deficyt Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Kontrowersje wokół systemu emerytalnego i długu publicznego*, Analizy BAS 2009, nr 17, [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/728B65FA1209CE25C1257688004D2735/\\$file/Analiza_%20BAS_2009_25.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/728B65FA1209CE25C1257688004D2735/$file/Analiza_%20BAS_2009_25.pdf) (27.10.2011)

Projekt ustawy budżetowej na 2012 rok uchwalony przez Radę Ministrów w dniu 6 grudnia 2011 r., <http://www.mf.gov.pl/dokument.php?const=5&dzial=32&id=277125>.

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017, ZUS, Warszawa 2011, s. 11.

Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 1999–2002, ZUS, Warszawa 2003.

Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2003–2005, ZUS, Warszawa 2006.

Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych – system pozarolniczy w latach 2006–2008, ZUS, Warszawa 2009.

Rynek OFE w 2000 roku, Komisja Nadzoru Finansowego, http://www.knf.gov.pl/Images/rynek_ofe_2000_tcm75-4927.pdf (31.10.2011).

Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w 2010 roku, tom 1 – omówienie, Ministerstwo Finansów, Warszawa 2011.

Szczepański M., *Proponowane zmiany w publicznym systemie emerytalnym w Polsce – głos w dyskusji*, „Polityka Społeczna” 2010, nr. 5–6.

Szumlicz T., *System zabezpieczenia społecznego po 10 latach – jaki powód sporu o OFE – głos w dyskusji*, „Polityka Społeczna” 2010, nr. 5–6.

Ustawa z dnia 23 lipca 2003 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2003 r., Nr 166, poz. 1609.

Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r., Nr 115, poz. 792).

Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. z 2008 r., Nr 228, poz. 1507).

Ustawa z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2011 r., Nr 75, poz. 398).

Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych za rok 2010, ZUS, Warszawa 2011.

Zalewska H., *Wpływ reformy ubezpieczeń społecznych na finanse Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, [w:] *Reforma ubezpieczeń społecznych w Polsce, doświadczenia dla Europy*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa–Gdańsk 2008.

Żukowski M., *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006.

Contributions paid to OFE and the financial situation of the Social Insurance Fund – Summary

There seems to be a general agreement that payment of part of compulsory pension insurance contributions to Open Pension Funds (OFE) is the main factor resulting in the deterioration of the Social Insurance Fund's (FUS) financial situation. The level of FUS's non-contribution revenue has been constantly rising since the pension reform introduced in 1999. Furthermore, in order to make benefit payments on time, FUS needs to use low interest rate loans from the state budget, as well as bank loans taken out on commercial terms and conditions.

In 2011, as a result of a change in the Act on Social Insurance System, the value of contributions paid to OFE was significantly reduced. The aim of the article is to examine the influence of the decrease in the revenue of the Social Insurance Fund connected with payment of contributions to OFE on the Fund's financial situation, and assessment of the reduction of FUS's deficit in connection with smaller pension insurance contributions paid to OFE.

DR KAMILA BIELAWSKA – jest adiunktem w Katedrze Finansów na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

RECENZJA

IRENA JĘDRZEJCZYK

Recenzja książki *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne* pod redakcją naukową Wandy Sułkowskiej

W roku 2011, nakładem *Oficyny a Wolters Kluwer business*, ukazała się książka zatytułowana *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*. Redaktorem naukowym publikacji jest **prof. dr hab. Wanda Sułkowska**.

Liczące 350 stron dzieło podzielone jest na pięć części, na które składają się opracowania autorów reprezentujących różne ośrodki naukowe w Polsce.

Jak zaznacza we Wstępie prof. Wanda Sułkowska, opracowania te zawierają rezultaty badań, zaprezentowane i przedyskutowane w czasie obrad I Krakowskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Ubezpieczenia w państwach europejskich”. Konferencja ta odbyła się w dniach 24 – 25 listopada 2011 r. na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie. Poszczególne części monografii służyć mają weryfikacji postawionej we Wstępie hipotezy, że „polski rynek ubezpieczeń wszedł w kolejną fazę rozwoju, w której dominują procesy dostosowawcze oraz zjawiska i tendencje charakterystyczne dla wysoko rozwiniętych rynków ubezpieczeń” (s. 9). Książka wpisuje się więc doskonale w toczący się spór o ocenę potencjału i stopnia dojrzałości polskiego rynku ubezpieczeń wobec kontrowersyjnych opinii na ten temat w różnych środowiskach naukowców i praktyków.

W zakres przedmiotowy monografii wchodzi następujące zagadnienia:

- Zarządzanie ryzykiem (część I, s. 11–62)
- Ubezpieczenia majątkowe (część II, s. 63–138)
- Ubezpieczenia zdrowotne (część III, s. 139–180)
- Ubezpieczenia emerytalne (część IV, s. 181–246)
- Rynek ubezpieczeń – zagadnienia ogólne (część V, s. 247–350).

W części I „Zarządzanie ryzykiem” zamieszczono cztery opracowania, których tematyka koncentruje się na ryzyku katastroficznym, instrumentach alternatywnego finansowania ryzyka, zarządzaniu ryzykiem w jednostkach samorządu terytorialnego, ryzyku w procesie zarządzania nieruchomościami.

Część II obejmuje cztery opracowania, poświęcone ubezpieczeniom majątkowym, w szczególności ubezpieczeniom komunikacyjnym, ubezpieczeniom ryzyka atomowego,

zabezpieceniom wiarytelności banku z tytułu odwróconego kredytu hipotecznego. Rozważania poświęcone produktom ubezpieczeniowym poprzedzono w tej części identyfikacją czynników determinujących zakup ubezpieczeń majątkowych.

W części III zawarto trzy opracowania, których przedmiotem są rynki prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich, inicjatywy ustawodawcze o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym w Polsce oraz rachunek rent pewnych jako narzędzie kalkulacji wartości obecnej kosztów długoterminowej opieki zdrowotnej w Polsce.

Część IV monografii (3 opracowania) wychodzi od metody ubezpieczeniowej w zarządzaniu ryzykiem starości, następnie przedstawia działalność inwestycyjną funduszy inwestycyjnych, prezentuje problemy deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych po 1998 roku, aby na koniec sięgnąć po przykład zagraniczny pozaeuropejski, a mianowicie przykład systemu emerytalnego w Argentynie.

W rozdziale V czytelnik znajdzie osiem opracowań, przedstawiających różnorodne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeń, w szczególności zaś zagadnienia takie jak: funkcjonowanie europejskich rynków ubezpieczeniowych, ocena potencjału rynków ubezpieczeniowych krajów Europy Wschodniej, system informacyjny nadzoru ubezpieczeniowego, ocena rozwoju ubezpieczeń w Polsce na tle wybranych krajów Europy, wyniki działalności reasekuracyjnej ubezpieczycieli w Polsce, determinanty współpracy agenta ubezpieczeniowego z zakładami ubezpieczeń, decyzje ubezpieczonego o kontynuowaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie, gospodarka finansowa towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce.

Recenzowana monografia *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne* w różnych swoich fragmentach ma charakter poznawczy bądź metodologiczny, bądź aplikacyjny. Dokonując oceny jej zawartości, uznałam wszystkie trzy kryteria za ważne, pamiętając, że książka nie obejmuje problematyki ubezpieczeniowej w sposób wyczerpujący, co zastrzega się już w tytule słowami „Wybrane zagadnienia ekonomiczne”.

Wyraźnie zorientowany na cele poznawcze jest interesujący rozdział autorstwa **Marty Bordy**, poświęcony analizie rynków prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich.

Analizy dokonano, uwzględniając podstawowe charakterystyki rynku ubezpieczeniowego, w tym: wielkość składki przypisanej brutto, wartość wypłaconych świadczeń, poziom szkodości, a także liczbę zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w obszarze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz odsetek populacji korzystającej z tego typu produktów ubezpieczeniowych. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowią według wyników analizy drugie co do wielkości obszary działalności ubezpieczycieli *non-life*, reprezentujący około 25 proc. europejskiego rynku ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych. Wielkość rynku ubezpieczeń zdrowotnych w badanych krajach oraz jego potencjał rozwojowy są zdeterminowane przede wszystkim przez zakres obowiązkowego zabezpieczenia zdrowotnego, finansowanego ze środków publicznych. Autorka dochodzi do konkluzji, że ubezpieczenia te jeszcze nie odgrywają znaczącej roli w finansowaniu ochrony zdrowia. Pomimo kryzysu gospodarczego, sektor ubezpieczeń zdrowotnych w Europie wykazuje jednak tendencję wzrostową, co związane jest z systematycznie rosnącym popytem na świadczenia z zakresu ochrony zdrowia.

Problematyka ubezpieczeń zdrowotnych kontynuowana jest też w rozdziałach o bardziej aplikacyjnym niż poznawczym charakterze. Pierwszy z nich to rozdział autorstwa **Darii Korytkowskiej** zatytułowany „Zastosowanie rachunku rent pewnych do kalkulacji wartości obecnej kosztów długoterminowej opieki zdrowotnej w Polsce”.

Zalety metodologiczne rachunku rent pewnych pozwalają autorce formułować wnioski o możliwych jego zastosowaniach. Pierwotnie rachunek rent ograniczał się tylko do płatności rocznych, jednakże, wraz z rozwojem produktów finansowych na rynku, obliczanie renty zostało rozszerzone do płatności dokonywanych w różnym odstępie czasu. Autorka zachęca do pogłębionych badań nad przeciętnym trwaniem życia osób wymagających opieki długoterminowej, zdając sobie sprawę, że przedstawiona metoda jest zbyt uproszczona i nadaje się do zastosowania we wstępnym etapie analizy. Autorka słusznie sugeruje, że na dalszym etapie analizy konieczne jest zastosowanie rachunku aktuarnego, podkreślając, że długość trwania życia jest losową zmienną.

Kolejny rozdział, tematycznie poświęcony ubezpieczeniom zdrowotnym, dotyczy przewidywanych skutków wdrożenia ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawa wprowadzi istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Analizując proponowane rozwiązania, autorki tekstu **Grażyna Sordyl i Joanna Niżnik**, wskazują na niebezpieczeństwo naruszenia zasady równego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Analizując potencjalne konsekwencje uchwalenia ustawy, autorki zwracają ponadto uwagę na zagrożenia związane z zarzutem niekonstytucyjności proponowanych rozwiązań.

Aplikacyjny charakter książki widoczny jest we wszystkich innych jej fragmentach, traktujących o ekonomicznych uwarunkowaniach bądź skutkach prawnych rozwiązań stosowanych, czy też możliwych do zastosowania, w Polsce w ramach harmonizacji z prawem unijnym lub międzynarodowym. Na uwagę zasługują w szczególności konsekwencje rozwiązań prawnych w zakresie zarządzania wielkimi ryzykami, przedstawione w dwóch rozdziałach recenzowanej książki, a mianowicie w rozdziale pt. „Ryzyko katastroficzne jako przedmiot regulacji w ustawodawstwie polskim” autorstwa **Małgorzaty Bac** oraz rozdziale przygotowanym przez **Grzegorza Strupczewskiego i Tomasza Jedynaka** zatytułowanym „Ubezpieczenie ryzyka atomowego w świetle zmian w unormowaniach odpowiedzialności cywilnej za szkodę jądrową w Polsce”.

Na tle innych analiz konsekwencji rozwiązań prawnych dokonanych w recenzowanej książce pracę Grzegorza Strupczewskiego i Tomasza Jedynaka można uznać za wyróżniającą się tak ze względu na rzetelność podejścia, jak i trafność formułowanych wniosków. W pracy tej przeprowadzono pogłębioną analizę skutków zmian w ustawie Prawo atomowe wprowadzonych w grudniu 2010 roku, wynikających z nowelizacji konwencji wiedeńskiej z 1963 roku, której Polska jest sygnatariuszem. Podjęty problem zyskuje jeszcze na aktualności ze względu na ujawniające się obecnie źródła ryzyka nuklearnego, związane z cywilnym wykorzystaniem energii jądrowej w postaci incydentów lub wypadków jądrowych, takich jak: awaria w obiekcie jądrowym, wypadek podczas transportu materiałów radioaktywnych, zdarzenie związane z przechowywaniem odpadów promieniotwórczych. Podwyższenie limitu odpowiedzialności cywilnej operatora, rozszerzenie definicji szkody jądrowej, a także prolongacja terminu przedawnienia roszczeń z tytułu szkody jądrowej to, zdaniem autorów, główne obszary problemowe wymagające rozwiązania na polskim rynku ubezpieczeń.

Przegląd produktów ubezpieczeniowych ważnych dla wybranych segmentów rynku obejmuje ubezpieczenia komunikacyjne, ale też ubezpieczenia nieruchomości oraz ubezpieczenia wierzycielności bankowych.

Analiza rentowności i szkodowości obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia autocasco

zaprezentowana została w rozdziale „Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych – wybrane problemy” autorstwa **Wandy Ronki-Chmielowiec** oraz **Patrycji Kowalczyk-Rólczyńskiej**. Na podstawie wyników własnych badań, autorki formułują następujące wnioski:

- istnieje duże zróżnicowanie między ubezpieczeniami OC i ubezpieczeniami AC, występują inne czynniki ryzyka. Ubezpieczenie OC jest prawie nierentowne z dużą szkodowością, natomiast ubezpieczenia AC rentowne i ze zmniejszającą się szkodowością,
- istnieje znacznie wyższa częstość występowania szkód w ubezpieczeniach AC niż w ubezpieczeniach OC,
- wyliczona jest znacznie wyższa przeciętna składka w ubezpieczeniach AC niż w ubezpieczeniach OC,
- zakłady ubezpieczeń rozpraszają ryzyko funkcjonowania tych ubezpieczeń, w praktyce sprzedając ubezpieczenia pakietowe.

Prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec, jako uznany autorytet naukowy, jest twórcą zespołów badawczych, których ważnym przedmiotem badań jest ryzyko ubezpieczycieli, a recenzowane opracowanie opiera się na wynikach jednego z realizowanych projektów badawczych.

Obok licznej grupy posiadaczy pojazdów mechanicznych, właściciele i zarządzający nieruchomościami stanowią kolejny segment rynku określający przedmiot analizy dostępnych produktów, które mogą służyć jako forma transferu ryzyka na zakład ubezpieczeń. Wyniki badań w tym zakresie zawarto w rozdziale zatytułowanym „Ubezpieczenie jako instrument zmniejszający ryzyko w procesie zarządzania nieruchomościami” autorstwa **Marii Wąsowicz**.

Analiza wykorzystania produktów ubezpieczeniowych, stosowanych w przypadku tradycyjnych kredytów hipotecznych dla zabezpieczenia wiarygodności banku z tytułu odwróconego kredytu hipotecznego, została przeprowadzona przez **Macieja Cyconia**. Dokonano w tym opracowaniu również charakterystyki odwróconego kredytu hipotecznego z uwzględnieniem różnic pomiędzy hipoteką odwróconą a kredytem hipotecznym. W opinii Ministerstwa Finansów dożywotnia wypłata świadczenia jest uzasadniona wyłącznie w modelu sprzedażowym odwróconej hipoteki. Zdaniem autora w modelu kredytowym taka wypłata byłaby możliwa, gdyby po śmierci kredytobiorcy instytucja kredytująca przejmowała prawo do nieruchomości bez obowiązku rozliczania się ze spadkobiercami. Wówczas instytucja taka mogłaby zyskiwać na sprzedaży nieruchomości i w ten sposób finansować ryzyko klientów, którzy przeżyli okres zakładany przez kredytodawcę.

Poznawczą wartość przedstawiają wyniki analiz procesu decyzyjnego indywidualnych klientów zakładu ubezpieczeń zawarte w dwu rozdziałach, a mianowicie rozdziale **Beaty Nowotarskiej-Romaniak** oraz **Heleny Ogródnik** zatytułowanym „Determinanty zakupu ubezpieczeń majątkowych przez indywidualnych klientów”, a także rozdziale **Kingi Stęplewskiej** „Czynniki wpływające na decyzję ubezpieczonego o kontynuowaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie”.

W celu poznania czynników mających największy wpływ na wybór ubezpieczeń majątkowych przeprowadzono badania ankietowe, którymi objęto klientów odwiedzających ubezpieczycieli na terenie Bielska-Białej i Katowic. Otrzymano 428 prawidłowo wypełnionych ankiet, a wyniki przedstawiono na wykresach w przekroju płci, wieku, wykształcenia. Z badań wynika, że klienci korzystają z podstawowych usług ubezpieczeniowych i nie wykorzystują w pełni szerokiej oferty firm ubezpieczeniowych. Spowodowane jest to słabą wiedzą klientów na temat oferty ubezpieczeń majątkowych, jak również zbyt wysoką, w opinii klientów, składką ubezpieczeniową.

Bardzo interesujące poznawczo są rozważania na temat czynników, które decydują o chęci kontynuowania umowy ubezpieczenia na życie. Badania przeprowadzono na próbie 334 osób, które zawarły taką umowę na początku lat 90. i kontynuowały ją przez co najmniej dziesięć lat. Badaniem zostali objęci mieszkańcy województwa świętokrzyskiego.

Z badań wynika, że na zamiar kontynuowania umowy wpływają nie tylko czynniki ekonomiczne i społeczne – choć są istotne – ale przede wszystkim zadowolenie z produktu i obsługi posprzedażowej. Charakter usługi ubezpieczeniowej powoduje, że decydującą rolę odgrywa wiarygodność i wynikający stąd poziom zaufania klientów zarówno do danego ubezpieczyciela, jak i do całego systemu ubezpieczeń. Utrata zaufania była główną przyczyną skłaniającą do rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Zarządzanie ryzykiem w organizacjach recenzowana książka prezentuje na przykładzie jednostek samorządu terytorialnego i przedsiębiorstw.

Dość rzadko podejmowana w tym kontekście problematyka jednostek samorządu terytorialnego w książce rozwinięta została przez **Marię Jastrzębską**, **Krzysztofa Łyskawę** i **Mariettę Janowicz-Lomott** w rozdziale pt. „Zarządzanie ryzykiem w kontroli zarządczej jednostek samorządu terytorialnego”.

Jednostki samorządu terytorialnego (JST) często posiadają mienie o bardzo dużej wartości. Poza budynkami, które pełnią rolę budynków użyteczności publicznej (jak np. szkoły, urzędy, domy kultury, ośrodki rekreacyjne), do obiektów, którymi zarządzają JST, zaliczyć należy także całą infrastrukturę techniczną, zapewniającą możliwość normalnego funkcjonowania danej społeczności (mosty, infrastruktura wodno-kanalizacyjna, wały przeciwpowodziowe). Posiadanie majątku tak znacznej wartości i zarządzanie nim powoduje powstanie zagrożeń związanych z tym obszarem działalności. Należy podkreślić, że dotyczy ono nie tylko mienia już posiadanego, ale także planowanych inwestycji, które mają na celu umożliwienie lepszej realizacji nałożonych na JST zadań.

Zalety metodologiczne i aplikacyjne przesądzają o wysokiej ocenie tekstu autorstwa **Moniki Wieczorek-Kosmali**, pt. „Aplikacja instrumentów alternatywnego finansowania ryzyka (ARF) – nowy wymiar retencji ryzyka w przedsiębiorstwie”. Tekst skłania do refleksji nad właściwym podejmowaniem decyzji o finansowaniu ujemnych skutków ryzyka w przedsiębiorstwie. Alternatywą dla ubezpieczenia przestaje być wyłącznie samoubezpieczenie. Zdaniem autorki instrumenty ARF są w Polsce stosowane niezmiernie rzadko, a popularyzacji w piśmiennictwie doczekały się jedynie captivy. Jednak wzrasta zainteresowanie tymi instrumentami wśród dużych przedsiębiorstw. Wiedza na temat sposobu funkcjonowania instrumentów ARF, bez względu na wielkość przedsiębiorstwa, zdaniem autorki, pozwala zrewidować sposób podejmowania decyzji o aplikacji instrumentów tradycyjnych. Uwzględnienie zdolności retencyjnej przedsiębiorstwa rozszerza perspektywę decyzyjną poza analizę ryzyka opartą wyłącznie na częstości i dotkliwości strat.

Reasumując, ze względu na walory poznawcze, metodologiczne i aplikacyjne polecam książkę pod redakcją naukową Wandy Sułkowskiej. Jest to publikacja ważna, interesująca i inspirująca do dalszej naukowej dyskusji.

PROF. DR HAB. IRENA JĘDRZEJCZYK – Kierownik Zakładu Rynków Finansowych Wydział Nauk Ekonomicznych SGGW w Warszawie.

