

Spis treści

ROZPRAWY NAUKOWE

Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych – Witold Abramowicz, Piotr Stolarski, Tadeusz Tomaszewski	3
Ubezpieczenia w sektorze MSP w latach 2007-2010 (wyniki badań ankietowych) – Damian Gajda, Tomasz Jurkiewicz	19
Ubezpieczenia rolne w gospodarstwach rolników indywidualnych Polski północnej – Ryszard Stempel	33
Inwestycje ochronne w ograniczaniu skutków ryzyka powodzi – rola prewencji – Irena Jędrzejczyk	49
Obniżenie składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu – Eugeniusz Kowalewski, Michał Piotr Ziemiak	73
Problematyka <i>pure economic loss</i> ze szczególnym uwzględnieniem szkody wyrządzonej przez adwokata – Mariusz Mikołajewicz	87
Rządowe programy pomocowe próbą odpowiedzi na konsekwencje światowego kryzysu finansowego w ubezpieczeniu eksportowego kredytu kupieckiego – Dariusz Poniewierka	99
Rynek ubezpieczeń w Polsce na tle sytuacji w Europie Środkowej i Wschodniej – Eugeniusz Stroiński	113
Nowe rozporządzenie Komisji Europejskiej w sprawie wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń – Marcin Kolasiński, Katarzyna Mrzygłód	123
Muzułmańskie ubezpieczenia na życie – Robert Kurek	133
Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia – Marta Borda	151

DEBIUT

Charakter prawny umowy z otwartym funduszem emerytalnym – Damian Pietrzyk	165
--	-----

VARIA

IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” – Anna Kufel-Siemska	174
--	-----

**WITOLD ABRAMOWICZ
PIOTR STOLARSKI
TADEUSZ TOMASZEWSKI**

Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych – wprowadzenie

W niniejszym tekście autorzy dokonują podsumowania prac prowadzonych w ramach modelowania wiedzy i informacji ubezpieczeniowej. Przedstawiają ontologię w informatyce, czyli nową strukturę służącą do agregowania i porządkowania informacji. Artykuł ponadto wskazuje na dwa kluczowe obszary dotyczące modelowania ubezpieczeń, czyli: reprezentację wiedzy o regulacjach prawnych oraz normalizację pojęcia ryzyka. Obydwa obszary są bardzo istotne dla poprawności procesów obiegu informacji w przedsiębiorstwach rynku ubezpieczeń. Teoretyczny przegląd oparty na badaniach literaturowych pozwala w sposób syntetyczny przedstawić koncepcję oraz rozpocząć dyskusję nad możliwymi zastosowaniami dla modelowania informacji ubezpieczeniowej za pomocą modeli semantycznych – w szczególności w dwóch wskazanych wcześniej obszarach. Zastosowanie ontologii i rozpoczęcie operowania na modelach semantycznych będzie przyczynkiem do uzyskania nowych możliwości związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji w systemach ubezpieczeniowych.

1. Wprowadzenie

Obserwujemy ciągły i szybki rozwój technologii informacyjnych. Mimo to w większości przypadków ich zastosowanie w ubezpieczeniach polega w znacznej mierze na wykorzystaniu informacyjnych mechanizmów przetwarzania informacji w działalności zarządczej, marketingowej lub dystrybucyjnej produktów¹. Konceptualizacja produktów ubezpieczeniowych w systemach informatycznych² wynika przede wszyst-

-
1. Handschke J. *Internet w działalności ubezpieczeniowej w Polsce: ze szczególnym uwzględnieniem dystrybucji* / red. nauk. Jerzy Handschke, Poznań: Katedra Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej, 2004.
 2. Poprzez modele ubezpieczenia rozumiemy tutaj zarówno prawną konstrukcję produktu ubezpieczeniowego jak też sposób oceny ryzyka.

kim z tradycyjnych metod modelowania ryzyka, kładąc szczególny nacisk na ilościowe aspekty informacji o przeszłych zdarzeniach, powiązanych z powstaniem wypadku ubezpieczeniowego, przekształcając je z wykorzystaniem metod statystycznych w dane³. Na ich podstawie formułowane są, ograniczone z punktu widzenia zawartości informacji, abstrakcyjne zbiory zagregowanych danych statystycznych. Sposób powstawania informacji z danych oraz ich reprezentacji i wykorzystania uartał się w trakcie ewolucji tych metod. Na ich rozpowszechnienie wpłynęły także ograniczenia w przetwarzaniu informacji. W szczególności do ograniczeń tych należały niska efektywność technologii przetwarzania zasobów informacji w wiedzę oraz zarządzania wiedzą⁴.

Rozwój technologii semantycznych pozwala na zmianę podejścia, umożliwiając automatyczne przetwarzanie nie tylko danych liczbowych, lecz także informacji tekstowych i ich znaczenia.

Postęp technologiczny w dziedzinie zarządzania wiedzą rodzi niepowtarzalną okazję do podjęcia prób wykorzystania nowatorskich rozwiązań wszędzie tam, gdzie istniejące do tej pory ograniczenia wyznaczały standardy działania i rozwiązywania problemów⁵.

Sposób wykonywania działalności ubezpieczeniowej uzależniony jest od dwóch rozłącznych czynników: z jednej strony od konstrukcji instytucji prawnych, z drugiej od podejścia do ryzyka, a w konsekwencji do metod zarządzania nim⁶. Tak się składa, że z semantycznym przetwarzaniem informacji z obu tych dziedzin wiązane są obecnie duże nadzieje.

Artykuł ten ma być wstępem do dyskusji o wykorzystaniu nowych technik usprawniających zarządzanie informacją ubezpieczeniową. Celem autorów jest wprowadzenie do opisów projektowanych zastosowań w ubezpieczeniach.

1. Modelowanie informacji ubezpieczeniowej

OECD definiuje modelowanie ekonomiczne, jako „upraszczającą reprezentację rzeczywistości gospodarczej wskazującą na współzależności pomiędzy wartościami ekonomicznymi (zmiennymi)”⁷. Ciekawe spostrzeżenia nawiązujące również do definio-

3. Definiujemy odrębnie pojęcia: danych, informacji oraz wiedzy. Za: Abramowicz W. *Filtrowanie Informacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008, s. 25-30.

4. Tomaszewski T. *Przykłady zastosowań koncepcji semantycznej reprezentacji ryzyka w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, w *Studia Ubezpieczeniowe*, red. nauk. Jerzy Handschke, Zeszyty Naukowe Nr 127, s. 232-242, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2009.

5. *Ibidem*.

6. Interesującym zagadnieniem samym w sobie może być tutaj uogólnienie polegające na stwierdzeniu, iż oba składniki są silnie powiązane z wymiarem czasowym, tj. o ile ryzyko jest miarą opisującą zdarzenia w przyszłości, o tyle konstrukcje prawne ze swej natury ulegają zmianom w czasie.

7. Alexander P., Baden S., 2000, *Glossary on macroeconomics from a gender perspective*, Institute of Development Studies, University of Sussex. Odczytane z <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6813>, 24 maja 2010.

wania pojęcia modelu ekonomicznego, aczkolwiek sformułowane historycznie wcześniej, pojawiają się w wypowiedzi Lange⁸, w której autor przyrównuje modele do „dedukcyjnych zbiorów teoremów [...] będących generalizacją obserwacji, i mogących być poddanymi testowi empirycznemu”. Autor ten jednocześnie sygnalizuje, w kontekście modeli dostarczanych przez ekonomię teoretyczną, iż „rzeczywistość (doświadczenie) jest znacznie bogatsza niż naukowy język” w związku z czym postuluje dalej: „w celu załatwienia rozłamów pomiędzy (wytworzonymi) w teorii pojęciami a empirią, konieczne jest [...] zorganizowanie reguł określających odnośniki pomiędzy tymi dwoma”. W naukach o systemach informacyjnych modele nie są niczym innym, kładzie się jednak tutaj duży nacisk na sposoby organizacji informacji oraz jej wykorzystania. Stąd np. Guarino badając współczesne metody modelowania informacji, pisze o „wysocie interdyscyplinarnym podejściu, w którym filozofia oraz lingwistyka odgrywają istotną rolę w analizie struktury (zjawisk) rzeczywistości na wysokim poziomie ogólności”⁹. W dalszej części wywodu podaje on także definicję formalną modelu.

Na tym etapie rozważań podkreślić należy, iż modele służą do redukcji złożoności rozpatrywanych zjawisk od stopnia, w którym analiza przedmiotu badania jest z takich lub innych powodów bezcelowa, do stopnia umożliwiającego ich dokładne poznanie. Ułatwiają zrozumienie zjawisk przeszłych i mogą umożliwiać ich przewidywanie w przyszłości¹⁰. Niewątpliwym zaś problemem przy ich konstrukcji jest właściwe określenie ich poziomu złożoności.

Chcąc lepiej to uzmysłowić, wskażemy tutaj na jeszcze jedną inspirację, płynącą ze strony informatyki. Na Ilustracji 1 przedstawione są relacje (aproksymacja i denotacja) pomiędzy światem rzeczywistym, jego przyjętym modelem oraz ekwiwalentnym opisem teoretycznym. Jak można zaobserwować, wraz z zastosowaniem kolejnych odwzorowań, następuje redukcja możliwych wartości charakteryzujących konkretne przekształcenie¹¹.

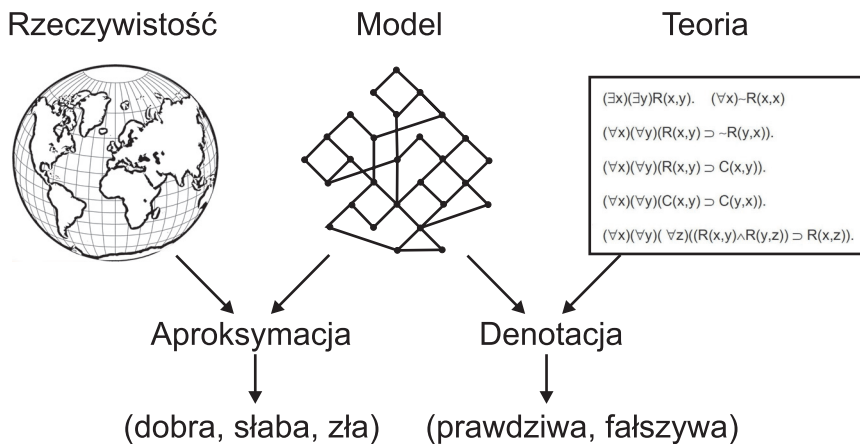
8. Lange O., *The Scope and Method of Economics*, The Review of Economic Studies, Vol. 13, No. 1 (1945 - 1946), s. 19-32.

9. Guarino N., *Formal Ontology and Information Systems*, Proceedings of FOIS'98, Trento, Italy, 6-8 June 1998. Amsterdam, IOS Press, s. 3-15.

10. Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W., *Metody aktuarialne*, PWN, Warszawa 2006.

11. O ile odwzorowaniu aproksymacyjnemu przypisać można cechę charakteryzującą jego jakość, o tyle opis za pomocą teorii jest albo prawdziwy, albo fałszywy.

Ilustracja 1. Świat rzeczywisty, model i teoria – porównanie



Źródło: Sowa F. J., *Guided Tour of Ontology*; <http://www.jfsowa.com/ontology/guided.htm>, odczytano: 26 marca 2010 r.

Ilustracja ta dobrze odzwierciedla prawidłowość: stosowanie modeli abstrakcyjnych, jakimi są np. statystyki lub ich przekształcenia, może dawać dobre rezultaty w wielu dziedzinach zastosowań, jednak związane jest także z utratą (świadomym pominięciem) informacji o poszczególnych obiektach. W kontekście nauk o ubezpieczeniach strata taka może być o tyle wyzwaniem, że przedmiotem modelowania są po części zdarzenia¹² – byty trudne do odzwierciedlenia.

W naukach ekonomicznych opieramy się przede wszystkim na modelach abstrakcyjnych. Abstrakcja to wyodrębnienie pewnych cech danego pojęcia, przedmiotu, zjawiska i zapomnienie o innych¹³. Jest to forma aktywności umysłowej, dzięki której dana treść świadomie jest uwalniana od swych skojarzeń z elementami z nią niezwiązanymi¹⁴. W modelowaniu ubezpieczeń wyróżnić można trzy nie zawsze rozłączne typy przedmiotów modeli¹⁵: modele danych i informacji, modele ryzyka, pozostałe modele^{16,17}.

Modele ryzyka mają przede wszystkim charakter ilościowy i wykorzystują w znacznej mierze metody matematyczne¹⁸ oraz miary statystyczne. Takie podejście jest przed-

12. Henderson, Glenn V., Jr. *Problems and Solutions in Conducting Event Studies*. Journal of Risk and Insurance, 1990 57(2), s. 282.

13. Szurek M. *Matematyka dla humanistów*, Wydawnictwo RTW, Warszawa 2000.

14. Sharp D., *Leksykon pojęć i idei C.G. Junga*, Wydawnictwo Wrocławskie, 1999.

15. Dużo bardziej złożona typologia badań nad ryzykiem i ubezpieczeniami przedstawiona jest w: Bar-Niv R., Bickelhaupt D. L., *Research in International Risk and Insurance: Summary, Synthesis, and Prospects*. Journal of Risk and Insurance, 1986, 53(1), s. 119.

16. Mamy tutaj na myśli modele uwzględniające lub opisujące czynniki otoczenia, jak np. uwarunkowania prawne.

17. Craig H., *New directions in risk management*. Canadian Insurance, 1996, October, 101(11), s. 33-34.

18. Djehiche B., *Review of Non-Life Insurance Mathematics – An Introduction with Stochastic Processes*. Scandinavian Actuarial Journal, 2004, (6), s. 475.

miotem intensywnych badań. Frees i Wang¹⁹, na przykładzie ubezpieczeń samochodowych, rozwijają model predyktorów zagregowanej straty opartych na ramie danych obserwacyjnych, w których napotykane są dane dla różnych klas ryzyka z historią liczby pozwów. Uogólnione modele regresji liniowej są wykorzystane do szacowania rozkładu krańcowego pozwów. Proces liczby pozwów jest generowany za pomocą modelu regresji Poisson'a uzależnionego od sekwencji ukrytych zmiennych. W innych pracach wskazuje się na praktyczne możliwości wykorzystania połowicznych procesów Markov'a, na przykładzie zastosowania dla ubezpieczeń społecznych²⁰. Autorzy argumentują, że klasyczne podejście do modeli ryzyka może okazać się zawodne, ponieważ wiele rzeczywistych zjawisk ma charakter niehomogeniczny czasowo. Z perspektywy podziału na przedmiot modelowania, jaki wprowadzono w pierwszym akapicie obecnego podrozdziału, znacznie trudniejszą pracą do skategoryzowania jest tekst²¹. Publikację tę umiejscowić można w przyjętym systemie klasyfikacyjnym na pograniczu tematyki modelowania ryzyk oraz pozostałych modeli. Autorzy prezentują ramę wykorzystującą logitowe lub probitowe modele probabilistyczne na potrzeby predykcji nadużyć ubezpieczeniowych²². Opisano także implementację dla ubezpieczeń rolniczych. Kolejne podejście jest równie trudne do klasyfikowania²³. Autor na podstawie modelu ICAPM^{24,25} analizuje przychód z przypisanej składki kilku rodzajów ubezpieczeń. Na podstawie zbudowanego modelu próbuje następnie przewidywać przyszłe kształtowanie się modelowanych wielkości jednocześnie zwracając uwagę na konsekwencje modelu – ryzyko systematyczne jest większe w środowiskach rozmytych niż w środowiskach dobrze określonych. Jednocześnie też zmianie środowiska towarzyszą zmiany w parametrach finansowych ubezpieczyciela. Walorem tego podejścia jest wskazanie na problemy gromadzenia informacji. W pracy Yin, Liu, Yang²⁶ poruszona jest tematyka modelowania ryzyk w warunkach zmiany zasad wpływających na te modele. Efekt uzyskany jest poprzez zastosowanie łańcuchów Markov'a o ciągłym czasie. Rezultat badań sprowadza się do wniosku argumentującego za ograniczaniem danych decyzyjnych. W pracy autorstwa Gori i Padrone²⁷ próbuje się wykorzystać mechanizmy teorii gier do modelowania ubezpieczenia na wypadek aktu terrorystycz-

19. Frees E. W., Wang P., *Copula credibility for aggregate loss models*. *Insurance, Mathematics & Economics*, 2006, 38(2), s. 360-373,
20. Janssen J., De Dominicis R. *Finite Non-Homogeneous Semi-Markov Processes: Theoretical and Computational Aspects*. *Insurance, Mathematics & Economics*, 1984, 3(3), s. 157.
21. Jin Y., Rejesus R. M., Little B. B., *Binary choice models for rare events data: a crop insurance fraud application*. *Applied Economics*, 2005, 37(7), s. 841-848.
22. A więc także specyficznego ryzyka jednakże pochodnego dla podstawowego przedmiotu ubezpieczenia i obciążającego tym razem bezpośrednio firmę ubezpieczeniową nie zaś na nią przenoszonego.
23. Lai L., *Underwriting profit margin of P/L insurance in the fuzzy-ICAPM*. *Geneva Risk and Insurance Review*, 2006, 31(1), s. 23-34.
24. Intertemporal Capital Asset Pricing Model.
25. Fama E. F., *Multifactor Portfolio Efficiency and Multifactor Asset Pricing*. (The Journal of Financial and Quantitative Analysis), Vol. 31, 1996, No. 4, Dec.
26. Yin G., Liu Y. J., Yang H., *Bounds of ruin probability for regime-switching models using time scale separation*. *Scandinavian Actuarial Journal*, 2006, (2), s. 111-127.
27. Gori, S., Padrone, M. *Is game theory a useful tool for terrorism insurance?* *International Journal of Risk Assessment and Management*, 2007, 7(8), s. 1176.

nego. Zastosowano ewolucyjne podejście do teorii gier. Podsumowuje się też problemy w uzyskaniu dostatecznie satysfakcjonujących wyników.

Przechodząc do modeli informacji i danych, należy omówić tutaj szereg prac, choć zauważyć trzeba, że jest ich zdecydowanie mniej niż w wyżej wymienionym podejściu do przedmiotu modeli ryzyka. Gobble i Windeler²⁸ wskazują na znaczący postęp w systemach oceny ryzyka katastrof ze względu na napływ danych z nowej generacji systemów informacji geograficznej, cechujących się dużo wyższą jakością, w tym ich dokładnością. Spowodowało to, zdaniem autorów, znaczący wzrost możliwości zróżnicowania ocen ryzyka dla celów ubezpieczeniowych. Lane i Dennis²⁹ badają wpływ użycia różnych danych socjoekonomicznych oraz ich estymacji dla celów tworzenia profili klientów oraz ich oceny ze względu na możliwości prognozowania samych wypadków ubezpieczeniowych (bez względu na szkodowość). Dyskutowany jest także wpływ współzależności pomiędzy poszczególnymi elementami profilu. Na marginesie rozważań nad modelowaniem danych dla ubezpieczeń, warto zwrócić uwagę na dwa dodatkowe konteksty: możliwości i zastosowanie komercyjnych systemów informatycznych³⁰, a także próby budowy pierwszych systemów semantycznych dla firm ubezpieczeniowych³¹.

Trzeci z wyróżnionych na początku podrozdziału typów modeli, to pozostałe modele. Zaliczyliśmy tutaj prace niepodlegające prostemu przyporządkowaniu lub też będące w pewnej mierze meta-modelami, których przedmiotem są systemy ubezpieczeniowe jako całość. Jednym z podejść jest propozycja całościowego modelu przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego³². Środowisko symulacyjne skupia się na aktuariacie oraz operacjach finansowych i podatkowych. W rezultacie model jest w stanie wskazać wartość firmy. Do przykładowych zastosowań autorzy zaliczają: testowanie różnego rodzaju portfeli ubezpieczeń albo badanie zależności pomiędzy wielkościami ekonomicznymi ubezpieczycieli. Autorzy kolejnego opracowania³³ zastanawiają się nad rolą ubezpieczeń oraz poziomami ich nasycenia w gospodarce rynkowej. W tym celu konstruują dynamiczny model, w którym agenty programowe mogą wybrać pomiędzy różnymi wariantami ubezpieczenia lub jego braku, jako odpowiedź na wystawienie na dane ryzyka. Model został przystosowany do uwarunkowań gospodarki amerykańskiej. W przedostatnim z omówionych w tej części artykułów³⁴, przedstawione jest podejście z zakresu teorii gier do modelowania efektów

28. Gobble E., Windeler D., *Catastrophe modeling: Shifting perceptions*. Canadian Underwriter, 2003, June, 70(6), s. 38.

29. Lane, J., Glennon, D., *The Estimation of Age/Earnings Profiles in Wrongful Death and Injury Cases*. Journal of Risk and Insurance, 1985, 52(4), s. 686.

30. *New Version of DFA's Insurance Modeling Technology Adds Multi-Currency Capabilities and Modeling for Businesses with Complex Structures*. (16 October). Business Wire lub Eckler Ltd. *Signs Multi-Year Deal for ADVISE(R) and GEMS(R) Solutions from DFA*. (15 December). Business Wire,

31. Po szersze omówienie tej problematyki odsyłamy, do: Tomaszewski T. *op. cit.*

32. Goldstein, A. B., Markowitz, B. G. *SOFASIM: A Dynamic Insurance Model with Investment Structure, Policy Benefits and Taxes*. The Journal of Finance, 1982, 37(2), s. 595.

33. Braun H., Koeniger W., *On the role of market insurance in a dynamic model*. Geneva Risk and Insurance Review, 2007, 32(1), s. 61-90.

34. Kihlstrom R. E., Roth A. E., *Risk Aversion and the Negotiation of Insurance Contracts*. Journal of Risk and Insurance, 1982, 49(3), s. 372.

awersji do ryzyka w trakcie negocjowania kontraktów ubezpieczeniowych. W rezultacie wykazano, że podejście uczestników zmienia się w przypadku ubezpieczeń negocjowanych w stosunku do zdecydowanie częstszej sytuacji ubezpieczeń masowych. Z kolei badania Leblanc'a³⁵ są zorientowane na współczesne problemy ryzyk związanych z inwestycjami w niekonwencjonalne źródła energii. Zaproponowany model przeznaczony jest do wyboru portfela ubezpieczeń dotyczących tego rodzaju inwestycji. Autor stwierdza, że ryzyka w niektórych tego rodzaju przedsięwzięciach, modeluje się lepiej za pomocą parametrów finansowych.

Na zakończenie tej części tekstu wskazujemy jeszcze skrótowo³⁶ dwa rozwijane od dłuższego czasu rozwiązania, które przyporządkować można do wstępnych prób ontologizowania domen ubezpieczeń (ACORD³⁷) oraz szerzej – sprawozdawczości finansowej (XBRL³⁸).

ACORD (Association for Cooperative Research and Development) jest niezależną organizacją zrzeszającą interesariuszy rynku ubezpieczeń, która od lat 70. zajmuje się i rozwija standardy gromadzenia i obiegu informacji w ubezpieczeniach. W roku 1999 zasoby w tym zakresie zostały przeniesione na ramę definiującą słownictwo do opisu procesów i operacji w przedsiębiorstwach rynku ubezpieczeniowego oraz pomiędzy nimi. W tym celu wykorzystano język XML. Tak powstał promowany przez tę organizację ACORD XML.

Z kolei XBRL (*eXtensible Business Reporting Language*) to język oparty na XML mający na celu dostarczenie słownictwa do reprezentowania dokumentów finansowych w zakresie wewnętrznej i zewnętrznej sprawozdawczości. Dzięki zastosowaniu jednoznacznych reguł użycia, racjonalnemu podziałowi na poddomeny zdefiniowane taksonomie w obecnej wersji standardu dostarczają bardzo wyczerpujące i elastyczne narzędzie do reprezentacji sprawozdawczości finansowej w formie elektronicznej przyczyniając się istotnie do wzrostu interoperacyjności. Do potencjalnych korzyści z wykorzystania XBRL w ubezpieczeniach zaliczyć można: skonsolidowany zarząd i raportowanie, analizę aktuarialną, ocenę sytuacji partnerów i reasekuranatów, analizę portfeli inwestycyjnych, określenie ryzyk korporacyjnych, wsparcie narzędzi regulacyjnych oraz właścicielskich.

2. Ontologie

W poprzednim podrozdziale przedstawiliśmy różne perspektywy badań nad rozwojem modeli dla potrzeb systemów informacyjnych w dziedzinie ubezpieczeń. Wspomnieliśmy także o możliwości pojawienia się nowego podejścia wykorzystującego technologie semantyczne. Ich podstawą są ontologie. W tej i w następnych sekcjach postaramy się szczegółowo przedstawić, czym są ontologie i na czym to nowe podejście ma polegać.

35. Leblanc E., *Challenges of the Renewable Energy Industry Generate New Demands for Risk Advisory: How to Value an Insurance Package from a Financing Perspective?* Geneva Papers on Risk & Insurance, 2008, 33(1), s. 147.

36. Szersze opracowanie przedstawimy w innym artykule.

37. <http://www.acord.org>, odczytano 25 lipca 2010 r.

38. <http://www.xbrl.org>, odczytano 25 lipca 2010 r.

Pojęcie ontologii wywodzi się z filozofii. Sama nazwa pojawiła się stosunkowo późno. Użyta została po raz pierwszy jako synonim słowa „abstrakcja” w słowniku filozoficznym zatytułowanym *Lexicon philosophicum quo tamquam clavae philosophiae fors aperiuntur* wydany w Frankfurtu w 1613 roku przez Rudolfa Gocleniusa. Jednak sens, jaki jej współcześnie nadajemy, konstruowany był przez filozofów starożytnej Grecji.

Ontologie w naukach związanych z przetwarzaniem informacji upowszechniają się głównie w związku z gwałtownym rozwojem nauk kognitywnych (w szczególności sztucznej inteligencji). Co prawda pierwsze pojawienie się pojęcia „ontologia” w informatyce pochodzi z roku 1967, jednak wówczas było to tylko pojęcie pomocnicze technik modelowania danych. Dopiero gwałtowny rozwój informatyki, a w szczególności Internetu, a co za tym idzie porządkowania pojęć dla późniejszego wykorzystania ich w reprezentacji wiedzy i automatycznym wnioskowaniu, spowodowało nadanie „ontologii” nowego sensu.

Poprzez termin „ontologia” rozumie się „generalnie sformalizowane definicje pojęć i ich konceptualizację oraz formalne określenie powiązań zachodzących pomiędzy nimi”³⁹.

Z definicji tej wynika, że ontologia zajmuje się opisem i zdefiniowaniem „tego, co jest”, występującego pod różnymi postaciami – bytów napotkanych rzeczywiście, stworzonych i wyobrażonych, jako pojęcia i myśli, czy wreszcie pod postacią symboli, które można zapisać. Ontologia z zasady zajmuje się pewnym wycinkiem rzeczywistości – ten wycinek (domena) musi być określony. Jednoznaczność przekazu opisywanej wiedzy wymaga wykorzystania różnorodnych technik opisu.

Ontologia jest abstrakcyjnym modelem rzeczywistości, przy czym w zależności od podejścia może ona zawierać także elementy formalnej teorii⁴⁰. Do podstawowych rodzajów ontologii będących jednocześnie wczesnymi i najbardziej prymitywnymi formami prostych ontologii są kategoryzacja oraz hierarchizacja. Definiowane są one następująco:

- Kategoryzacja – zdolność przyporządkowania symbolu występującego w komunikacie do określonej grupy obiektów, które to obiekty posiadają określone cechy, np. „ubezpieczenie” – klasa ubezpieczeń, pojęcie ogólne ubezpieczenie. Zestaw tych grup można określić jako zewnętrzny model pojmowania świata
- Hierarchizacja – umiejscowienie określonej klasy w hierarchicznej strukturze. Instancja klasy, poza oczywistymi charakterystykami wynikającymi z przynależności do klasy, posiada także cechy dziedziczone z klas nadrzędnych⁴¹.

39. Gruber T.R., *A Translation Approach to Portable Ontology Specifications*, Knowledge Acquisition, Vol. 5, 1993.

40. Formalizmu użytego do tworzenia ontologii. Np. języki takie OWL DL czy WSML oferują do wykorzystania aparat logiczny – logikę deskryptywną lub formalizm zbliżony do logik pierwszego rzędu.

41. Maedche, A., Staab, S., *Measuring Similarity between Ontologies*. In: Proc. of the European Conference on Knowledge Acquisition and Management – EKAW-2002, Madrid, Spain, LNCS/LNAI 2473, Springer, 2002.

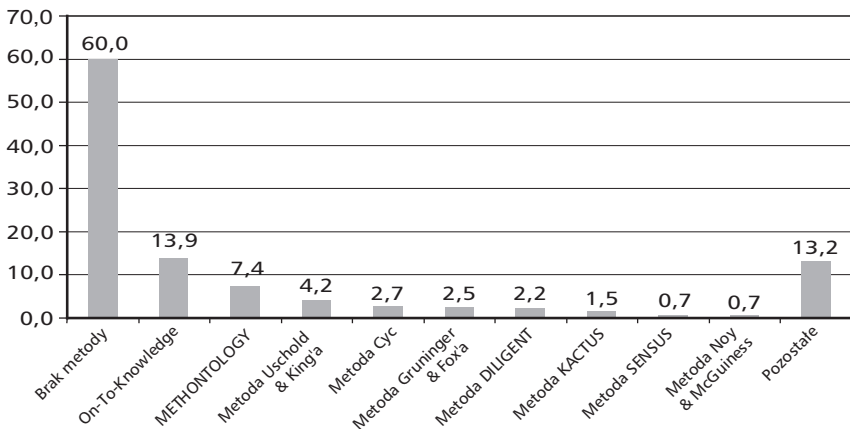
Zastosowanie zarówno kategoryzacji, jak i hierarchizacji, pozwala budować proste abstrakcyjne modele rzeczywistości. W przypadku zastosowania do zapisu takiego modelu wyodrębnionego wycinka świata formalnego aparatu (języka opisu), daje w rezultacie prostą ontologię.

Warto wyraźniej podkreślić cechy charakterystyczne ontologii. W literaturze często pojawiają się następujące postulaty dotyczące nie tyle samej ich konstrukcji, co ontologii jako takich:

- Ontologia nie stanowi listy, katalogu czy taksonomii obiektów, stwarza natomiast formalne przesłanki, wedle których takowe mogą być budowane
- Ontologia jest oderwana od epistemologii (teorii poznania), powiązana jest z obiektem, a nie jego subiektywnym odbiorem
- Ontologia musi uchwycić rzeczywistość na różnych poziomach atomizacji, jak również relacje pomiędzy tak wyodrębnionymi warstwami
- Naturalne jest istnienie wielu ontologii – uznanie braku możliwości stworzenia jednej ogólnej ontologii, przy czym każda ontologia może być poprawna
- W przeciwieństwie do typowego podejścia analitycznego relacje między obiektami nie są ujęte w postaci funkcji – zależności nie muszą być ilościowe
- Nauka rozpoczyna proces od mierzenia i predykcji, ontologia zaś od stworzenia taksonomii⁴².

Tworzenie oraz wykorzystanie ontologii jest już stosunkowo dobrze rozpoznane. Istnieje określona liczba opisanych i przebadanych metod oraz narzędzi te metody wspierających. Wykres 1 zawiera wyszczególnienie przykładowych metod.

Wykres 1. Zestawienie metod tworzenia ontologii wraz z częstością ich zastosowania (w proc.)

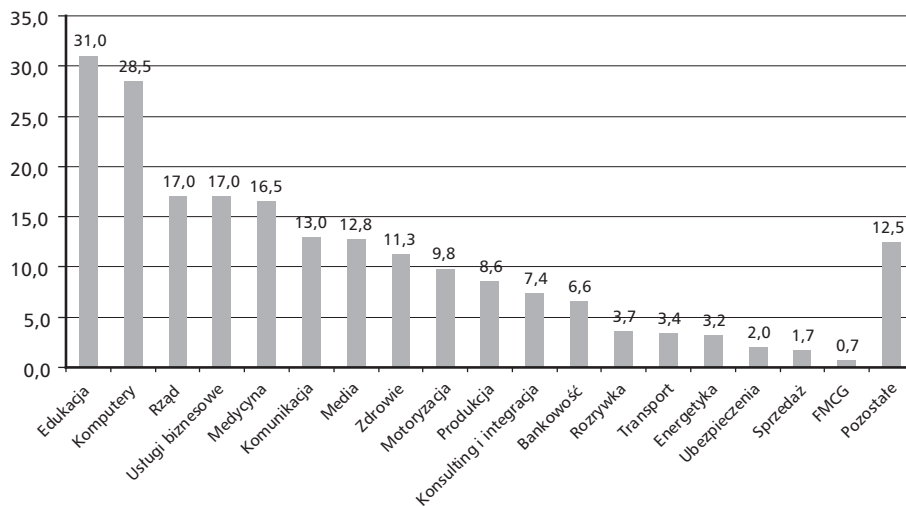


Źródło: Cardoso J., „The Semantic Web Vision: Where are We?” *IEEE Intelligent Systems*, September/October 2007, s. 22-26, 2007.

42 *Ibidem*.

Rozpoczynając od prostych modeli wiedzy stanowiących punkt odniesienia dla stron przekazu, jako swoisty rodzaj meta-języka, pojawiają się coraz to nowe pomysły zastosowań ontologii. One same zaś przechodzą przeobrażenia do bardzo zaawansowanych baz wiedzy.

Wykres 2. Procentowe zestawienie rozwijanych ontologii (wg danych dostarczonych przez ich twórców) w rozbiciu na dziedziny działalności gospodarczej (w proc.).



Źródło: Cardoso J., „The Semantic Web Vision: Where are We?” *IEEE Intelligent Systems*, September/October 2007, s. 22-26, 2007.

Wykres 2 przedstawia zestawienie dziedzin działalności gospodarczej, dla których tworzone są ontologie⁴³. Wynik osiągnięty dla sektora ubezpieczeń zdecydowanie nie odzwierciedla skali potrzeb i możliwości, jakie byłyby dane przez wykorzystanie mechanizmów, o których mówimy. Jest on naszym zdaniem wynikiem niskiego poziomu dyfuzji wiedzy o nowoczesnych rozwiązaniach w zakresie zarządzania wiedzą do podmiotów tego sektora.

3. Budowa ontologii

W literaturze można spotkać się z twierdzeniem, iż jednym z podstawowych zastosowań tworzonych ontologii jest pełnienie funkcji „(...) systemu pojęć na potrzeby konceptualizacji określonej dziedziny (...)”. A jednocześnie, co za tym idzie, „(...) narzucania sposobu rozumienia tej dziedziny poprzez wskazanie pojęć podstawowych, do których odnoszone są wszystkie inne⁴⁴(...)”. Można zaryzykować twierdzenie, że jednym z ważniejszych celów tworzenia ontologii jest kreacja wąskiego, specjalistycznego aparatu pojęciowego. Aparat ten w zamyśle ma wspomagać i odpowiadać za sprawną

43. Badania zostały oparte na danych ze Stanów Zjednoczonych Am. Półn. z 2007 roku.

44. Vetulani Z., *Systemy ontologiczne wobec rozwoju eDziedzin*, w: *Sztuczna Inteligencja, organizacje wirtualne*, nr 22, WAP, Siedlce 2003.

oraz jednoznaczną wymianę informacji pomiędzy jego użytkownikami. Równocześnie wiedza, która jest zawarta w stworzonym aparacie pojęciowym, może wspomagać rozumowania wykonywane zarówno przez ludzi, jak i systemy informatyczne.

Warto zwrócić uwagę na wyszczególnienie potencjalnych odbiorców ontologii. Kto może, w bezpośredni (lub pośredni) sposób, wykorzystywać tworzone modele rzeczywistości? Przede wszystkim agenty⁴⁵ działające w systemach informacyjnych, w szczególności te o dużym stopniu zautomatyzowania oraz heterogeniczności architektury (systemy eksperckie, w tym w szczególności systemy wspomaganie decyzji), ale także możliwe jest szerokie zastosowanie w ramach koncepcji Internetu Semantycznego⁴⁶. Niemniej warto zwrócić uwagę, że wykorzystywać ontologię mogą także ludzie – w sposób bezpośredni, np. jako źródła referencyjne.

Tak jak stwierdziliśmy powyżej podstawowym celem tworzenia ontologii jest budowa semantycznych elementów języka, którym mogą się posługiwać ludzie i systemy informacyjne. Oprócz celu podstawowego, można także wyróżnić inne cele poboczne:

- Ścisłe (precyzyjne) określenie zakresu dziedziny, dla której ontologia jest tworzona
- Określenie pojęć kluczowych dla danej dziedziny, a także wagi pojęć pomocniczych (mniej istotnych)
- Precyzyjne zdefiniowanie pojęć tworzących ontologię
- Likwidacja wieloznaczności oraz redundancji w wyrażeniach zaczerpniętych ze słownika potocznego
- Utworzenie właściwej hierarchii pojęć oraz określenie zachodzących pomiędzy nimi relacji⁴⁷.

Jak więc wynika wyraźnie z powyższej listy, tworzenie ontologii ma w konsekwencji charakter porządkujący oraz dookreślający. Z kolei wykorzystanie języków formalnych może służyć istotnemu wzrostowi użyteczności zgromadzonej wiedzy poprzez zaprężnięte do tego celu zaawansowane narzędzia informatyczne (wykorzystujące tak potraktowaną ontologię, jako bazę wiedzy). Dodatkowo nie można zapomnieć o kolejnej zalecie właściwie skonstruowanej ontologii, jaką jest możliwość wielokrotnego wykorzystania zamodelowanej wiedzy.

Wreszcie, mając daną określoną ontologiczną strukturę wiedzy, możliwe jest zwiększenie precyzji modelowania złożonych relacji zachodzących w świecie rzeczywistym. Taki wzrost dokładności będzie miał wpływ na wierniejsze respektowanie standardów w danej dziedzinie zastosowań – o ile zostaną one uwzględnione w samej ontologii.

Jak już wcześniej wspomniano, początkowe formy prostych ontologii wykorzystywały takie instrumenty jak kategoryzacja i hierarchizacja. Pewnymi formami ontologii, powstającymi dużo wcześniej, przed epoką informatyzacji, były słowniki. Różniły się

45. Przez termin „agenty” rozumiemy tutaj szeroki zakres bytów wchodzących w interakcje z systemem (mogą to być agenty programowe, użytkownicy – ludzie lub wydzielone podsystemy oraz komponenty).

46. W obu przypadkach warunkiem jest posiadanie odpowiednich narzędzi i infrastruktury – przede wszystkim sformalizowanych języków – do reprezentacji wiedzy zawartej w zamierzony ontologii.

47. Gruber T.R., *A Translation Approach to Portable Ontology Specifications*, Knowledge Acquisition, Vol. 5, 1993.

one jednak przede wszystkim brakiem lub niskim stopniem formalizacji opisywanych pojęć.

Struktury ontologiczne można pogrupować według różnych kryteriów. Przykładowy podział ontologii może wyglądać następująco:

- Taksonomie – wyczerpujące klasyfikacje obejmujące wiele dziedzin, np. kategorie w systemach wyszukiwawczych www
- Klasyfikacje – podziały obejmujące najwyżej kilka dziedzin
- Katalogi – np. katalogi produktów w sklepach *on-line*
- Specjalistyczne słowniki – ontologie definiujące standardową terminologię używaną w określonym kontekście, np. UMLS (Zunifikowany Język Medyczny), UNSPSC (Zunifikowany Język Produktów i Usług)⁴⁸.

4. Podstawowe elementy ontologii oraz meta-ontologie

Aby tworzona ontologia mogła sprostać wszystkim wymienionym wcześniej założeniom i aby możliwe było osiągnięcie stawianych przed nią celów, niezbędna jest odpowiednia konstrukcja. Konstrukcja ontologii złożona jest oczywiście z różnorodnych elementów. Zazwyczaj elementami takimi są:

- Koncepty (ożywione i nieożywione) ściśle związane z daną dziedziną (w tym także osoby)
- Cechy (właściwości) i atrybuty odpowiadające tym konceptom
- Ograniczenia cech i atrybutów
- Konkretni przedstawiciele określonych konceptów
- Relacje.

Wymienione elementy nazywają typy bytów, z których składają się określone rodzaje ontologii. Ontologie mogą różnić się pod względem typów elementów je tworzących. Jeżeli ze zbioru tychże typów utworzymy pojęcia w pewnej ontologii, otrzymamy meta-ontologię.

Stworzenie meta-ontologii definiującej wszystkie elementy, z których mogą być budowane inne ontologie, byłoby trudne. Przy znacznej większości tradycyjnych sposobów użycia, niecelowe. Dlatego zazwyczaj poprzez meta-ontologię rozumieć będziemy ontologię (wyższego rzędu) opisującą elementy (byty) wykorzystywane w związku z projektowaniem i budowaniem danej ontologii niższego rzędu. Inaczej mówiąc meta-ontologia (przy bardziej pragmatycznym podejściu), to ontologia opisująca szereg pojęć i ich relacji, opisujących byty wykorzystywane w procesie kreowania czy opisywania struktury projektowanej ontologii – jest to pewien dobrze skonstruowany podzbiór pełnej meta-ontologii.

Najważniejszymi składnikami tworzącymi meta-ontologie są:

- Podontologie (ontologie podrzędne, mikroteorie) – zbiory porządkujące zawierające powiązane ze sobą koncepty

48. Noy N. F., *Ontology Engineering for the Semantic Web and Beyond*, prezentacja, www.co-ode.org/resources/tutorials/intro/slides/OntologyEngineering.ppt, odczytano: 16 września 2006 r.

- Koncepty – typy, reprezentujące zbiory (grupy) obiektów o wspólnych cechach
- Nadkoncepty – pojęcia nadrzędne – taksonomiczni przodkowie podkonceptów
- Podkoncepty – pojęcia dziedziczące cechy jednego lub kilku nadkonceptów
- Instancje – konkretyzacje konceptów lub relacji, mogące odpowiadać bytom rzeczywistym lub abstrakcyjnym
- Anotacje – działania przeprowadzane przez konkretne obiekty
- Właściwości – cechy obiektów i związki mogące między nimi zachodzić
- Ograniczenia – wartości brzegowe charakterystyczne dla danych właściwości
- Relacje – związki znaczeniowe, specyficzny typ właściwości nie określającej jednego bytu, lecz wzajemne stosunki zachodzące między co najmniej dwoma
- Cechy – pola opisujące dany koncept i mogące przyjąć wartości o określonym typie⁴⁹.

Z częścią tych bytów czytelnik miał okazję już się spotkać przy okazji omówienia składowych samych ontologii. Należy jednak pamiętać, że w przypadku meta-ontologii pojęcia te mają odmienną konotację.

Przykłady przedstawione w jednej z cytowanych już prac⁵⁰ bardzo dobrze obrazują potencjał zastosowań technologii semantycznych oraz ontologii dla rozwoju informatyki ubezpieczeniowej. Jak wynika jednak z badań (Wykres 3), zaledwie 2 proc. tworzonych ontologii przeznaczonych jest dla ubezpieczeń.

Zakończenie

W rozprawie wskazano na ontologie, jako sposób reprezentacji stosowany w zarządzaniu wiedzą. Przygotowano w ten sposób podstawę konceptualną dla zademonstrowania możliwości zastosowania ontologii w ubezpieczeniach poprzez wsparcie dwóch kluczowych dla tej domeny obszarów: reprezentacji wiedzy o regulacjach prawnych oraz normalizacji pojęcia ryzyka. Ponadto wskazano na kierunki rozwoju tworzenia modeli dla potrzeb ubezpieczeń argumentując, że rozpoczęcie operowania na modelach semantycznych może otwierać nowe możliwości związane z gromadzeniem i przetwarzaniem informacji.

49. Noy N. F., McGuinness D. L. *Ontology Development 101: A Guide to Creating Your First Ontology*. Stanford Knowledge Systems Laboratory Technical Report KSL-01-05 and Stanford Medical Informatics Technical Report SMI-2001-0880, March 2001.

50. Tomaszewski T. *op. cit.*

Wykaz źródeł:

Abramowicz W., *Filtrowanie Informacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.

Alexander P., Baden S., *Glossary on macroeconomics from a gender perspective*, Institute of Development Studies, University of Sussex, <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6813>, (24.05.2010).

Bar-Niv R., Bickelhaupt D. L., *Research in International Risk and Insurance: Summary, Synthesis, and Prospects* „Journal of Risk and Insurance”, 1986 nr 53(1).

Braun H., Koeniger W., *On the role of market insurance in a dynamic model*, „Geneva Risk and Insurance Review”, 2007 nr 32(1).

Cardoso J., *The Semantic Web Vision: Where are We?* „IEEE Intelligent Systems”, 2007 nr 9/10.

Craig H., *New directions in risk management*, „Canadian Insurance”, 1996 nr 101(11).

Djehiche B., *Review of Non-Life Insurance Mathematics – An Introduction with Stochastic Processes*, „Scandinavian Actuarial Journal”, 2004 nr 6.

Fama E. F., *Multifactor Portfolio Efficiency and Multifactor Asset Pricing*, „The Journal of Financial and Quantitative Analysis”, 1996 nr 4.

Frees E. W., Wang P., *Copula credibility for aggregate loss models*, „Insurance, Mathematics & Economics”, 2006, nr 38(2).

Janssen J., De Dominicis R., *Finite Non-Homogeneous Semi-Markov Processes: Theoretical and Computational Aspects*, „Insurance, Mathematics & Economics”, 1984 nr 3.

Gobble E., Windeler D., *Catastrophe modeling: Shifting perceptions*, Canadian Underwriter, 2003 nr 70(6).

Goldstein A. B., Markowitz B. G., *SOFASIM: A Dynamic Insurance Model with Investment Structure, Policy Benefits and Taxes*, „The Journal of Finance”, 1982 nr 37(2).

Gori S., Padrone M., *Is game theory a useful tool for terrorism insurance?*, „International Journal of Risk Assessment and Management”, 2007 nr 7(8).

Gruber T. R., *A Translation Approach to Portable Ontology Specifications*, Technical Report KSL 92-71, KNOWLEDGE SYSTEMS LABORATORY, Computer Science Department, Stanford University <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.117.3273&rep=rep1&type=pdf> (24.05.2010).

Guarino N., *Formal Ontology and Information Systems*, w „Proceedings of FOIS'98”, Trento, Italy, 6-8 June 1998, IOS Press Amsterdam 1998.

Handschke J., *Internet w działalności ubezpieczeniowej w Polsce: ze szczególnym uwzględnieniem dystrybucji*, red. Jerzy Handschke, Katedra Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej, Poznań 2004.

Hasło – Ontologia, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Ontologia>.

Helwig Z., *Rozważania nad istotą modelu ekonometrycznego*, „Economista”, 1974 nr 4.

Henderson, G. V. Jr., *Problems and Solutions in Conducting Event Studies*. „Journal of Risk and Insurance”, 1990 nr 57(2).

Jin Y., Rejesus R. M., Little B. B., *Binary choice models for rare events data: a crop insurance fraud application*, „Applied Economics”, 2005 nr 37(7).

- Kihlstrom R. E., Roth A. E., *Risk Aversion and the Negotiation of Insurance Contracts.*, „Journal of Risk and Insurance”, 1982 nr 49(3).
- Kowaczyk P., Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W., *Metody aktuarialne*, PWN, Warszawa 2006.
- Lai L., *Underwriting profit margin of P/L insurance in the fuzzy-ICAPM*, „Geneva Risk and Insurance Review”, 2006 nr 31(1).
- Lane J., Glennon D., *The Estimation of Age/Earnings Profiles in Wrongful Death and Injury Cases*, „Journal of Risk and Insurance”, 1985 nr 52(4).
- Lange O., *The Scope and Method of Economics*, „The Review of Economic Studies”, 1945 - 1946, nr 1.
- Leblanc E., *Challenges of the Renewable Energy Industry Generate New Demands for Risk Advisory: How to Value an Insurance Package from a Financing Perspective?*, „Geneva Papers on Risk & Insurance”, 2008 nr 33(1).
- Maedche, A., Staab, S., *Measuring Similarity between Ontologies*, w: „Proc. of the European Conference on Knowledge Acquisition and Management – EKAW-2002”, Madrid, Spain, Springer-Verlag, Heilderberg, Berlin 2002, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.131.5761&rep=rep1&type=pdf> (24.05.2010).
- Noy N. F., McGuinness D. L., *Ontology Development 101: A Guide to Creating Your First Ontology*, Stanford Knowledge Systems Laboratory Technical Report KSL-01-05 and Stanford Medical Informatics Technical Report SMI-2001-0880, March 2001.
- Noy N. F., *Ontology Engineering for the Semantic Web and Beyond*, <http://www.coode.org/resources/tutorials/intro/slides/OntologyEngineering.ppt> (24.05.2010).
- Sharp D., *Leksykon pojęć i idei C.G. Junga*, Wydawnictwo Wrocławskie, 1999.
- Szurek M. *Matematyka dla humanistów*, Wydawnictwo RTW, Warszawa 2000.
- Tomaszewski T., *Przykłady zastosowań koncepcji semantycznej reprezentacji ryzyka w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, w „Studia Ubezpieczeniowe”, red. Jerzy Handschke, Zeszyty Naukowe Nr 127, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2009.
- Vetulani Z. *Systemy ontologiczne wobec rozwoju eDziedzin*, w: „Sztuczna Inteligencja, organizacje wirtualne”, WAP, Siedlce 2003, nr 22.
- Yin G., Liu Y. J., Yang H., *Bounds of ruin probability for regime-switching models using time scale separation*, „Scandinavian Actuarial Journal”, 2006 nr 2.

Ontology as a tool used for building models in insurance information systems – Summary

In this text, the authors summarise the work carried out as part of modelling knowledge and insurance information. The authors present ontology in IT, that is a new structure used to gather and sort out information. Additionally, the article also indicates two crucial areas related to insurance modelling, namely representation of knowledge of legal regulations and the standardisation of the concept of risk. Both areas are very important for the correctness of information flow processes in insurance market companies. The theoretical review based on literature research helps present, in a synthetic way, the concept and start

discussion on its possible applications for modelling insurance information by means of semantic models – in particular in the two areas mentioned above. Using ontology and starting operations on semantic models will contribute to gaining new possibilities related to gathering, processing and operations on information in insurance systems.

Prof. dr hab. WITOLD ABRAMOWICZ kieruje Katedrą Informatyki Ekonomicznej na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu, prowadzi cykl konferencji *Business Information Systems* odbywających się co roku.

Dr PIOTR STOLARSKI jest pracownikiem Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, w Katedrze Informatyki Ekonomicznej. Absolwent Wydziału Ekonomii Akademii Ekonomicznej w Poznaniu oraz Wydziału Prawa i Administracji UAM.

Dr TADEUSZ TOMASZEWSKI jest niezależnym konsultantem, wcześniej adiunktem i starszym wykładowcą na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu, w Katedrze Informatyki Ekonomicznej.

Recenzenci: dr hab. Grzegorz Bartoszewicz, dr Stefan Szyszko.

DAMIAN GAJDA
TOMASZ JURKIEWICZ

Ubezpieczenia w sektorze MSP w latach 2007-2010 (wyniki badań ankietowych)

Sektor małych i średnich przedsiębiorstw (MSP) jest ważną częścią rynku ubezpieczeniowego. Rozwój gospodarczy i przemiany zachodzące w Polsce powodują także zmiany w zachowaniach przedsiębiorców na rynku ubezpieczeń. Lata 2007-2010 to okres, w którym na świecie mieliśmy do czynienia z kryzysem finansowym i recesją. W Polsce był to okres spowolnienia gospodarczego. Autorzy w artykule przedstawiają wyniki corocznych badań reprezentatywnych małych i średnich przedsiębiorstw zrealizowanych w latach 2007-2010. W ramach badań zbierane były informacje o świadomości ubezpieczeniowej przedsiębiorców, ich opiniach i zachowaniach na rynku ubezpieczeń.

Wprowadzenie

Sektor przedsiębiorstw w Polsce stanowi ważną część klientów na rynku ubezpieczeniowym. Według danych KNF za rok 2008 prawie 60 proc. składki przypisanej brutto w ubezpieczeniach osobowych pochodziło z ubezpieczeń grupowych (część składki z umów zawieranych indywidualnie także pochodziła od przedsiębiorstw). W Dziale II prawie 40 proc. składek ogółem wniosły przedsiębiorstwa.

Małe i średnie przedsiębiorstwa stanowią istotną część rynku dla zakładów ubezpieczeń działających w Polsce. Wynika to zarówno z wielkości (sektor MSP to ponad 1,7 mln aktywnych podmiotów gospodarczych), jak i znaczenia tego sektora w tworzeniu Produktu Krajowego Brutto oraz zatrudnienia w polskiej gospodarce. W ostatnich latach sektor MSP dawał zatrudnienie prawie 70 proc. pracownikom oraz wytwarzał niemal połowę PKB¹. Z tego względu zakłady ubezpieczeniowe nie mogły nie dostrzec potencjału jaki tkwi w grupie małych i średnich przedsiębiorstwa, i coraz aktywniej kierowały ofertę do sektora MSP.

1. *Raport o stanie sektora małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce w latach 2007-2008*, PARP, Warszawa 2009.

Kwestię korzystania z ubezpieczeń przez MSP należy również rozpatrywać z punktu widzenia znaczenia dla polskiej gospodarki. Ubezpieczenia są bardzo ważnym elementem zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwach. Dzięki odpowiednio dobranej ofercie ubezpieczeniowej zwiększają one bezpieczeństwo prowadzonej działalności i stabilność sytuacji finansowej przedsiębiorstw. Z tego względu ubezpieczenia dla małych i średnich przedsiębiorstw mają duże znaczenie dla rozwoju i ciągłości działalności².

Rola ubezpieczeń w małych i średnich przedsiębiorstwach jest od wielu lat tematem badań i publikacji, a zaobserwowane problemy są tematem szeregu analiz³. Głównym problemem, jaki stoi przed ubezpieczeniami skierowanymi do sektora MSP jest specyfika i różnorodność tych przedsiębiorstw. Zdecydowaną większość stanowią w niej mikroprzedsiębiorstwa, które zatrudniają do 9 pracowników (ok. 95 proc. firm). Często są to firmy niewielkie, słabe ekonomicznie, z krótką historią istnienia na rynku. Jedna trzecia powstałych firm nie dożywa jednego roku, połowa firm osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą nie przetrwa zazwyczaj dwóch lat⁴. Ponadto wiele przedsiębiorstw z sektora MSP ma niewielką rentowność, więc opłacanie składek ubezpieczeniowych może być traktowane jako dodatkowe obciążenie dla przedsiębiorstwa. Sprawę komplikuje także problem znalezienia źródeł finansowania rozwoju przedsiębiorstwa. Sektor finansowy w Polsce często traktuje małe i średnie przedsiębiorstwa jak bardziej ryzykownego klienta, przez co większość tych przedsiębiorstw realizuje inwestycje ze środków własnych. Toteż wiele firm ma do wyboru albo inwestować i obniżyć koszty (na przykład koszty ochrony ubezpieczeniowej), albo zmniejszyć inwestycje. O problemach sektora MSP w Polsce może świadczyć porównanie z innymi krajami Unii Europejskiej, gdzie poziom ochrony ubezpieczeniowej jest znacznie wyższy. Wynika to po części z mniejszej świadomości ubezpieczeniowej Polaków, co znajduje swoje odzwierciedlenie także w sektorze MSP⁵. Część przedsiębiorców nieufnie podchodzi do ubezpieczeń jako takich oraz nie jest zainteresowana ofertą ubezpieczeniową zakładów ubezpieczeń.

W celu przeanalizowania zaistniałej sytuacji, autorzy w artykule badają stopień wykorzystania przez MSP z produktów ubezpieczeniowych oraz wskazują na główne czynniki, które wpływały na poziom korzystania z tych usług. Analiza została oparta na danych pierwotnych z lat 2007-2010 z badań reprezentatywnych „Finanse MSP” przeprowadzanych corocznie przez firmę Qualifact Badania Rynkowe i Doradztwo sp. z o.o. Badania te obejmują szeroki zakres zagadnień związanych z finansami, inwestycjami i ubezpieczeniami w MSP. Oparte są każdorazowo na reprezentatywnej próbie ponad tysiąca MSP, prowadzone są metodą wywiadu bezpośredniego w siedzibie badanej

-
2. Jedynak P., *Podaż usług ubezpieczeniowych a ciągłość działalności małych i średnich przedsiębiorstw*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 4.
 3. Borda M., Kwiecień I., *Analiza wykorzystania ubezpieczeń gospodarczych w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2007 nr 3/4; Mikulska A., *Świadomość ubezpieczeniowa przedsiębiorców sektora MSP. Wyniki badania praktyk ubezpieczeniowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 2.
 4. *Warunki powstania i działania oraz perspektywy rozwojowe polskich przedsiębiorstw powstałych w latach 2001-2004*, GUS, Warszawa 2006.
 5. Mikulska A., *Świadomość ubezpieczeniowa przedsiębiorców sektora MSP. Wyniki badania praktyk ubezpieczeniowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 2.

firmy z wykorzystaniem kwestionariusza papierowego (PAPI). Wywiady realizowane są na przełomie lutego i marca. Dzięki cykliczności badań i porównywalności narzędzia badawczego możliwe stało się także określenie kierunków zmian w zakresie korzystania z ubezpieczeń przez małe i średnie przedsiębiorstwa.

1. Struktura i wielkość badanych prób MSP

Wielkość próby przebadanych małych i średnich przedsiębiorstw wynosiła 1308 firm w 2007 roku, 1326 w 2008 roku, 1346 w 2009 roku. W 2010 roku próba była znacznie większa, efektywnie zrealizowanych wywiadów było 1812. W stosunku do poprzednich lat zwiększeniu uległa zwłaszcza grupa przebadanych mikroprzedsiębiorstw.

W badaniu stosowano dobór warstwowy. Warstwy określane były przez wielkość firmy (mikro, małe, średnie), branżę i województwo. Z uwagi na dominujący udział firm mikro w populacji alokacja próby była nieproporcjonalna. Zwiększona w stosunku do rzeczywistych proporcji była liczba badanych firm małych (bez mikro) i średnich tak, aby możliwe było wnioskowanie nie tylko dla firm ogółem, ale także w poszczególnych grupach. Strukturę próby według wielkości firmy przedstawia Tablica 1.

Tablica 1. Struktura próby MSP wg wielkości firmy

Wielkość firmy	2007	2008	2009	2010
Mikro (do 9 zatrudnionych)	572	603	607	1018
Mała (10-49 zatrudnionych)	472	484	486	505
Średnia (50-249 zatrudnionych)	264	239	253	289
Ogółem	1308	1326	1346	1812

Źródło: Obliczenia własne.

Dla pozostałych dwóch zmiennych warstwujących planowana była alokacja proporcjonalna. Strukturę próby wg siedziby firmy przedstawia Tablica 2.

Tablica 2. Struktura próby MSP wg siedziby firmy

Województwo	2007	2008	2009	2010
Dolnośląskie	101	101	86	119
Kujawsko-pomorskie	63	67	74	97
Lubelskie	57	59	59	87
Lubuskie	31	39	40	51
Łódzkie	98	100	101	128
Małopolskie	113	119	120	161
Mazowieckie	213	211	197	278
Opolskie	32	28	35	48
Podkarpackie	45	48	47	72
Podlaskie	30	27	23	36
Pomorskie	82	92	95	129
Śląskie	180	169	167	212

Ciąg dalszy tabeli na str. 22.

Ciąg dalszy tabeli ze str. 21.

Województwo	2007	2008	2009	2010
Świętokrzyskie	37	31	40	43
Warmińsko-mazurskie	43	39	35	57
Wielkopolskie	129	136	143	196
Zachodniopomorskie	54	60	84	98
Ogółem	1308	1326	1346	1812

Źródło: Obliczenia własne.

W badaniu uwzględnione były jedynie wybrane branże, pominięto między innymi firmy z branż, których udział w populacji jest znikomy. Strukturę próby wg branż przedstawiono w Tabelicy 3.

Tablica 3. Struktura próby MSP wg branży

Branża	2007	2008	2009	2010
Produkcja	242	254	234	305
Budownictwo	129	144	143	185
Handel	337	332	348	474
Hotele/restauracje	37	41	41	88
Transport	62	75	60	98
Pośrednictwo finansowe	28	27	27	51
Obsługa nieruchomości	153	148	177	213
Edukacja	126	131	145	143
Ochrona zdrowia i opieka społeczna	62	66	65	108
Pozostałe	132	108	106	147
Ogółem	1308	1326	1346	1812

Źródło: Obliczenia własne.

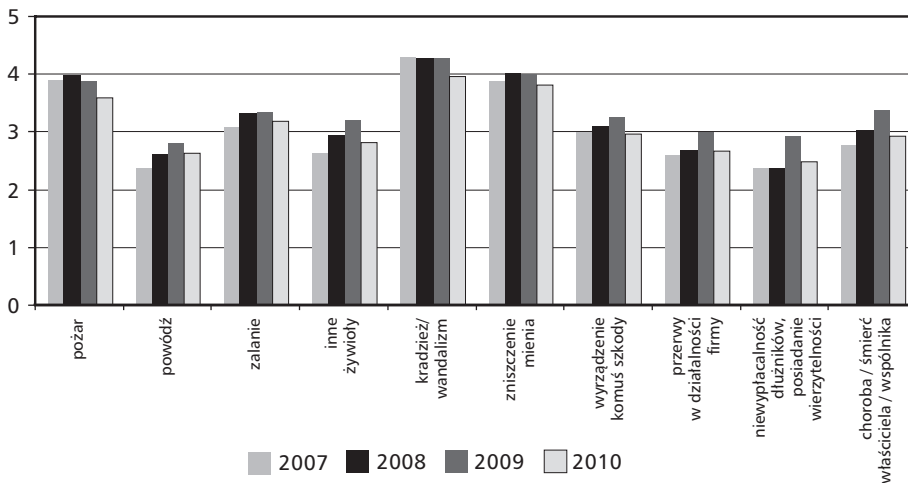
W toku realizacji pracy terenowej uzyskana próba nieznacznie różniła się od planowanej (wskaźniki podobieństwa struktur w poszczególnych latach były na poziomie 0,89-0,95). Dlatego też przy opracowaniu wyników zastosowano system wag, który pozwalał na uogólnianie informacji o badanej populacji. Przedstawiane poniżej wyniki badania są wynikami ważonymi.

2. Ocena występowania zagrożeń i posiadanych zabezpieczeń

Jednym z celów badania było ustalenie świadomości zagrożeń i posiadanych zabezpieczeń jako jednego z ważnych elementów zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie. Dla szeregu zagrożeń przedstawionych w ankiecie respondenci określali stopień zagrożenia danym ryzykiem (w skali od 1 – brak ryzyka do 6 – maksymalny poziom ryzyka) oraz oceniali poziom posiadanych zabezpieczeń (w skali od 1 – brak zabezpieczenia do

6 – najwyższy poziom zabezpieczenia). Wśród głównych zagrożeń dla przedsiębiorstw wskazywali ogień, kradzież, zniszczenie mienia, a w znacznie mniejszym stopniu takie ryzyka jak powódź, niewypłacalność kontrahenta, czy przerwy w działalności firmy (por. Wykres 1.). O ile do roku 2009 ocena zagrożeń w prawie wszystkich kategoriach rosła, o tyle w roku 2010 spadła do poziomu z roku 2008, różnice nie są jednak zbyt znaczące.

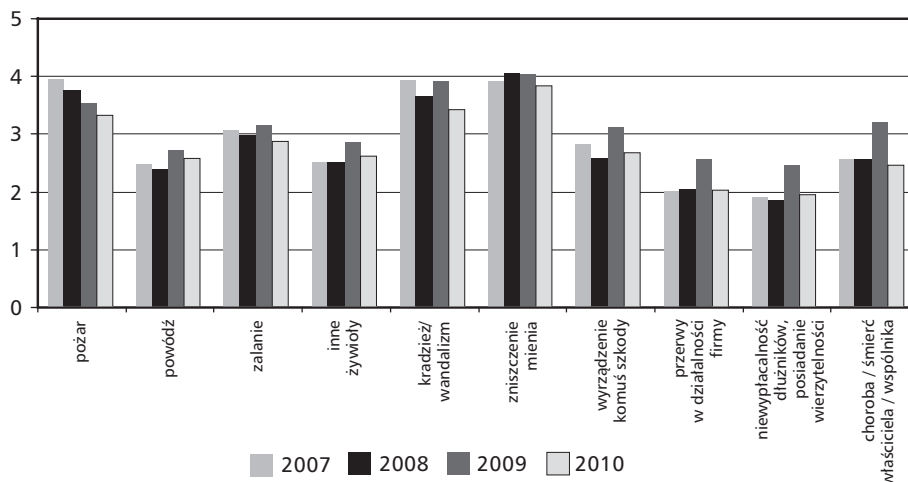
Wykres 1. Średnia ocena poziomu zagrożenia poszczególnymi ryzykami



Źródło: Obliczenia własne.

Analogiczne prawidłowości uzyskano w przypadku oceny stopnia zabezpieczenia poszczególnych ryzyk, średni poziom oceny zabezpieczenia jest jedynie nieco niższy niż oceny występowania ryzyka (por. Wykres 2.).

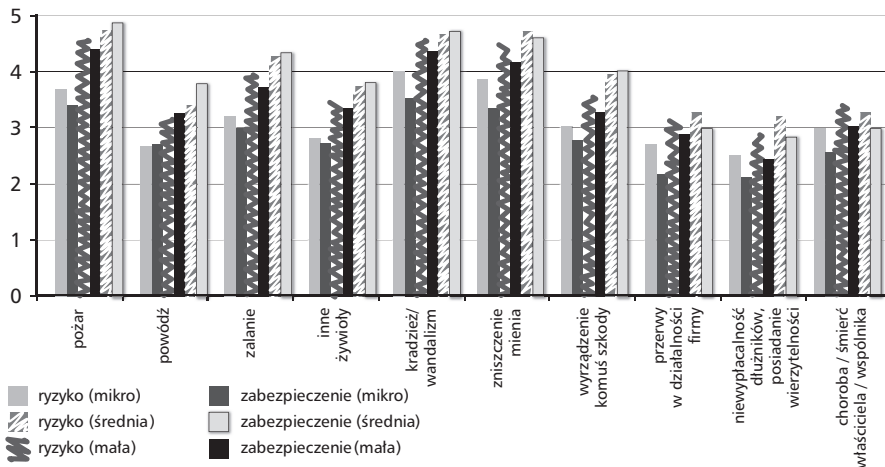
Wykres 2. Średnia ocena poziomu zabezpieczenia poszczególnych ryzyk



Źródło: Obliczenia własne.

Zarówno ocena ryzyka, jak i poziomu zabezpieczenia, zależy od wielkości firmy. Generalnie im firma jest większa, tym świadomość zagrożeń jest większa i równocześnie wyższa jest ocena poziomu zabezpieczenia. Jedynym wyjątkiem jest ryzyko związane z chorobą czy śmiercią właściciela lub wspólnika, w przypadku firm średnich ocena jest nieznacznie niższa niż w przypadku firm małych (por. Wykres 3.).

Wykres 3. Średnia ocena poziomu zagrożenia i zabezpieczenia poszczególnych ryzyk w roku 2010 wg wielkości firmy



Źródło: Obliczenia własne.

3. Korzystanie z ubezpieczeń

3.1. STRUKTURA MSP KORZYSTAJĄCYCH Z UBEZPIECZEŃ

Korzystanie z ubezpieczeń jako formy zarządzania ryzykiem zależy od wielkości przedsiębiorstwa. Im większa firma, tym częściej posiada co najmniej jedno ubezpieczenie, co wynika głównie z faktu, że większe przedsiębiorstwo częściej posiada składniki majątku, które mogą być ubezpieczone, np. samochód zarejestrowany na firmę, lokal, budynek (w badaniu pytano tylko i wyłącznie o ubezpieczenia przedsiębiorstwa a nie prywatne). W 2010 roku w grupie firm mikro ubezpieczenie posiadało 65 proc. przedsiębiorstw, w małych 87 proc., w dużych 92 proc. (por. Tablica 4.). Do roku 2009 odsetek firm korzystających z ubezpieczeń wzrastał. W roku 2010, głównie wśród mikroprzedsiębiorstw, nastąpił dość znaczący spadek.

Tablica 4. Korzystanie z ubezpieczeń przez MSP wg wielkości firmy

Wielkość firmy	2007	2008	2009	2010
Mikro (do 9 zatrudnionych)	70	72	74	65
Mała (10-49 zatrudnionych)	82	84	88	87
Średnia (50-249 zatrudnionych)	91	90	95	92
Ogółem	70	73	74	66

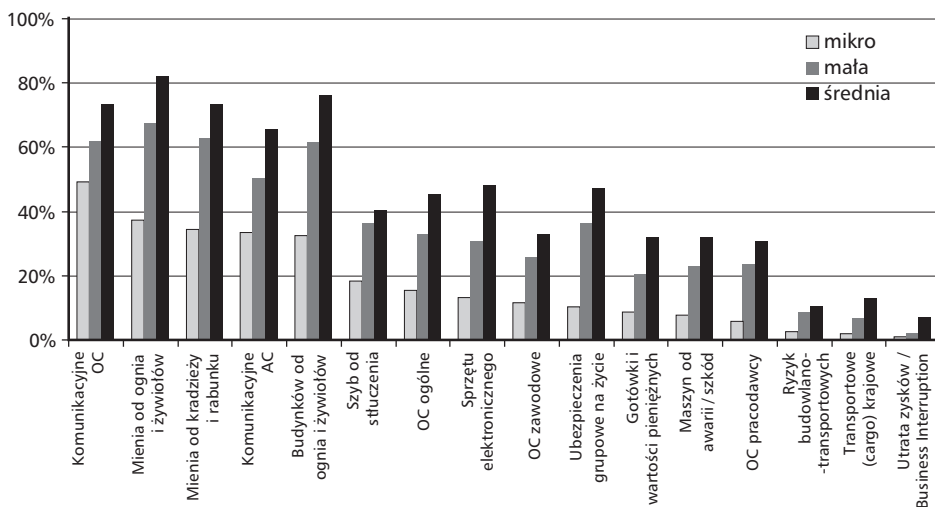
Źródło: Obliczenia własne.

Najbardziej z ubezpieczeń korzystają firmy działające w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, a więc przede wszystkim firmy najmniejsze. Ta sama zależność odzwierciedla się także w przypadku sposobu prowadzenia księgowości/rachunkowości, najrzadziej posiadają ubezpieczenia podatnicy działający w oparciu o kartę podatkową, 53 proc. w 2007, 55 proc. w 2010. Zaobserwować można także różnice między branżami, najczęściej z ubezpieczeń korzystają firmy z branży transportowej (w roku 2007 96 proc., w 2010 zaledwie 79 proc.), ochrony zdrowia (odpowiednio 81 proc. i 80 proc.). Najrzadziej z ubezpieczeń korzystały firmy zajmujące się pośrednictwem finansowym (70 proc. w 2007 i 50 proc. w 2010) i branża hotelarsko-restauracyjna (odpowiednio 67 proc. i 53 proc.). Z uwagi na bardzo małe liczebności firm w czterech wymienionych branżach (transport, ochrona zdrowia, pośrednictwo finansowe, usługi hotelarsko-restauracyjne) zaobserwowane różnice mogą być również efektem błędu losowego, trudno więc wyciągać w tym zakresie jednoznaczne wnioski.

3.2. RODZAJE UBEZPIECZEŃ

Najpopularniejszym rodzajem posiadanego przez MSP ubezpieczenia jest obowiązkowe ubezpieczenie komunikacyjne OC, w roku 2010 posiadała je co druga firma. W dalszej kolejności największą popularnością cieszyły się ubezpieczenia mienia od ognia i żywiołów oraz kradzieży i rabunku, komunikacyjne AC i budynków (por. Wykres 4.). Najrzadziej wykorzystywane były ubezpieczenia finansowe, gwarancje i ubezpieczenia należności, zakupiło je mniej niż 1 proc. przedsiębiorstw (wśród firm średniej wielkości w roku 2010 ok. 5 proc., odsetek ten był znacząco wyższy w roku 2009 i 2010 niż w 2007). Niewielką popularnością cieszą się ubezpieczenia od utraty zysków, jednak należy zauważyć, że ubezpieczenie *business interruption* jest skierowane raczej do dużych przedsiębiorstw, głównie z branży produkcyjnej⁶.

Wykres 4. Rodzaje posiadanych ubezpieczeń w roku 2010 wg wielkości firmy



Źródło: Obliczenia własne.

6. Zaron A., Stomiński P., *Nie zapomnieć o idei*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2006 nr 3.

Zmiany odsetka MSP posiadających ubezpieczenia związane są zapewne z efektami kryzysu finansowego. W przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych zmniejszenie liczby podmiotów posiadających to ubezpieczenie (zwłaszcza dobrowolne AC) był widoczny dopiero w 2010 roku, natomiast w 2009 roku można było zauważyć wzrost liczby podmiotów w stosunku do poprzedniego roku. Z kolei w przypadku ubezpieczeń mienia i budynków to rok 2009 był rokiem ograniczenia w korzystaniu z tego rodzaju ubezpieczeń. W roku 2010 w firmach mikro obserwuje się dalszy spadek, ale już w przedsiębiorstwach średniej wielkości odnotować można wzrost (por. Tablica 5.).

Tablica 5. Odsetek firm posiadających wybrane rodzaje ubezpieczeń wg wielkości firmy (w proc.)

Rodzaj ubezpieczeń	2007	2008	2009	2010
Mikro				
Komunikacyjne OC	49	49	53	49
Komunikacyjne AC	35	32	39	33
Mienia od ognia i żywołów	45	48	46	38
Mienia od kradzieży i rabunku	43	47	41	35
Budynków od ognia i żywołów	43	44	35	33
Małe				
Komunikacyjne OC	61	54	63	63
Komunikacyjne AC	49	44	54	51
Mienia od ognia i żywołów	68	66	67	68
Mienia od kradzieży i rabunku	59	60	59	63
Budynków od ognia i żywołów	65	64	60	62
Średnie				
Komunikacyjne OC	67	58	79	74
Komunikacyjne AC	58	53	71	66
Mienia od ognia i żywołów	82	81	77	83
Mienia od kradzieży i rabunku	73	78	70	73
Budynków od ognia i żywołów	81	80	75	76

Źródło: Obliczenia własne.

W związku z „kryzysem finansowym” w badaniu w 2009 roku pojawiło się pytanie o potrzebę specjalnej oferty ubezpieczeniowej zabezpieczającej przedsiębiorstwa przed spowolnieniem gospodarczym. Zdecydowana większość badanych przedsiębiorstw negatywnie odniosła się do tego pomysłu (97 proc.), zapotrzebowanie na tego typu ubezpieczenia nie zależy od wielkości przedsiębiorstwa.

3.3. MIEJSCE/SPOSÓB ZAKUPU UBEZPIECZEŃ

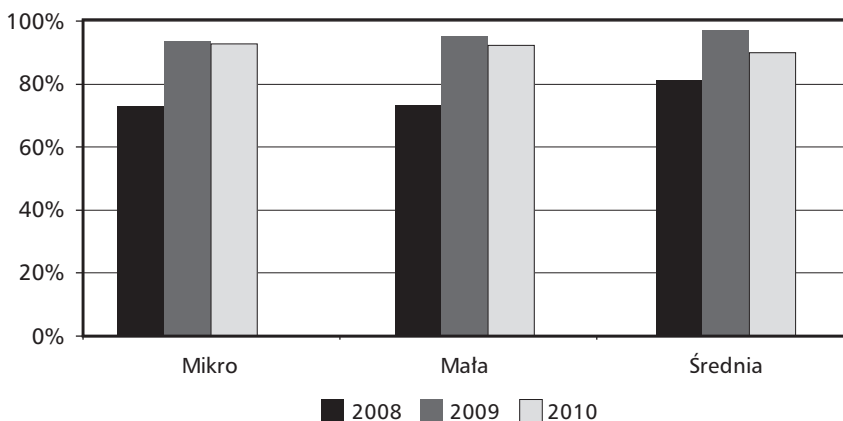
Interesujące wyniki zaobserwowano w zakresie sposobu zakupu ubezpieczeń przez badane przedsiębiorstwa. Pomimo coraz większej popularności zakupu ubezpieczeń w Polsce przez nowe kanały dystrybucji, takie jak internet lub telefon, zdecydowana większość przedsiębiorców decyduje się na zakup ubezpieczeń tradycyjnymi sposobami poprzez sieć agentów oraz w mniejszym stopniu przez brokerów. Wcześniejsze, dość

optymistyczne, prognozy odnośnie ubezpieczeń typu „direct” nadal pozostają niespełnione⁷.

W zależności od rodzaju ubezpieczenia, zmieniał się kanał dystrybucji, ale ogólnie można stwierdzić, że udział zakupu ubezpieczeń poprzez agentów ubezpieczeniowych w badanym okresie spadał z ponad osiemdziesięciu do sześćdziesięciu kilku procent, na drugim miejscu (z tendencją rosnącą) był zakup w placówce zakładu ubezpieczeń (por. Tablica 6.). Udział sprzedaży ubezpieczeń przez brokerów był na poziomie kilku procent, przy czym częściej z usług brokera korzystały firmy średnie. Bardzo słabo prezentują się wyniki udziału zakupu przez telefon (najlepszy wynik 2,2 proc. w przypadku ubezpieczenia AC w 2009 roku) oraz przez internet (1,3 proc. OC w 2010).

Od 2008 roku w ankiecie znalazły się pytania o stosunek przedsiębiorców do nowych kanałów dystrybucji i oceny zakładów ubezpieczeń oferujących ubezpieczenia „direct”. O ile w 2008 roku rozpoznawalność tego typu sposobu zawierania ubezpieczeń była na poziomie 73 proc., to w 2009 i 2010 przekraczała 93 proc. Nieznacznie niższą rozpoznawalność obserwowano w firmach mikro (por. Wykres 5.).

Wykres 5. Rozpoznawalność ubezpieczeń „direct” wg wielkości firmy



Źródło: Obliczenia własne.

Stosunkowo niewielką popularność ubezpieczeń typu „direct” można wytłumaczyć podobnym zachowaniem w przypadku klientów indywidualnych. W przypadku nawet najbardziej popularnych ubezpieczeń komunikacyjnych jedynie 10 proc. kierowców sprawdzało ofertę ubezpieczycieli „direct” w ciągu ostatnich 2 lat⁸.

Większość badanych przedsiębiorców w 2008 i 2009 roku, uważało iż ceny polis sprzedawanych przez internet lub telefon nie są niższe niż w tradycyjnych formach sprzedaży (ponad połowa pytanych nie miała zdania). Gwałtowna zmiana z prawie 30 proc. na ponad 70 proc. nastąpiła w 2010 roku, co może wskazywać, że MSP w związku ze spowolnieniem gospodarczym zapoznały się dokładniej z ofertą rynkową ubezpieczeń. Decydującym czynnikiem nieskorzystania z ubezpieczeń „direct” jest mniejsze

7 Szulik J., *Agent w systemie direct*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2007 nr 6.

8 *Moto Scan 2009*, Qualifact, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2010 nr 3.

Tablica 6. Miejsce/sposób zakupu wybranych rodzajów ubezpieczeń (w proc.)

	Mienia od ognia i żywiołów		Komunikacyjne OC		Budynków od ognia i żywiołów		Komunikacyjne AC		Mienia od kradzieży i rabunku						
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010			
Agent	81,2	77,6	68,3	70,6	67,7	62,7	82,8	76,9	64,6	68,9	69,9	63,0	79,9	73,2	69,6
Broker	5,1	4,2	4,2	4,1	5,5	3,6	4,3	4,5	3,4	4,3	5,5	4,6	4,9	5,6	3,9
Placówka	13,0	16,9	19,4	22,2	21,9	26,3	12,2	18,4	22,3	23,0	19,2	24,8	14,6	20,3	19,4
Bank	0,3	0,1	2,3	0,9	0,6	1,4	0,4	0,1	2,6	0,9	0,8	1,5	0,3	0,1	2,0
Salon samochodowy	0,0	0,4	0,2	1,0	1,4	1,9	0,0	0,0	0,3	1,5	1,8	2,4	0,0	0,4	0,3
Telefon	0,0	0,0	0,0	0,6	2,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,7	2,2	0,8	0,0	0,0	0,0
Internet	0,0	0,0	0,2	0,3	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	1,2	0,0	0,3	0,3
Inne	0,3	0,8	5,3	0,3	0,0	1,4	0,4	0,0	6,8	0,5	0,0	1,8	0,4	0,0	4,6

Źródło: Obliczenia własne.

Tablica 7. Ocena ubezpieczeń „direct” wg wielkości firmy (odsetek odpowiedzi zdecydowanie lub raczej tak, bez uwzględnienia niemających zdania) w proc.

	Mikro			Mała			Średnia		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Są wyraźnie tańsze	29	27	72	41	40	62	40	43	74
Można liczyć na szybką i sprawną pomoc po wystąpieniu szkody	36	36	63	49	40	53	40	39	58
Procedury likwidacji szkody są mniej skomplikowane	40	42	59	55	43	51	51	38	53
Ograniczone zaufanie do firm sprzedających swoje usługi wyłącznie przez telefon	31	29	66	32	29	69	32	43	57
Trudniej uzyskać rzetelną wycenę likwidowanej szkody	38	40	57	39	47	61	41	50	62

Źródło: Obliczenia własne.

zaufanie do tych zakładów ubezpieczeń, które oferują tego typu ubezpieczenia. Nieufność ta w 2010 roku także znacząco wzrosła (por. Tablica 7.).

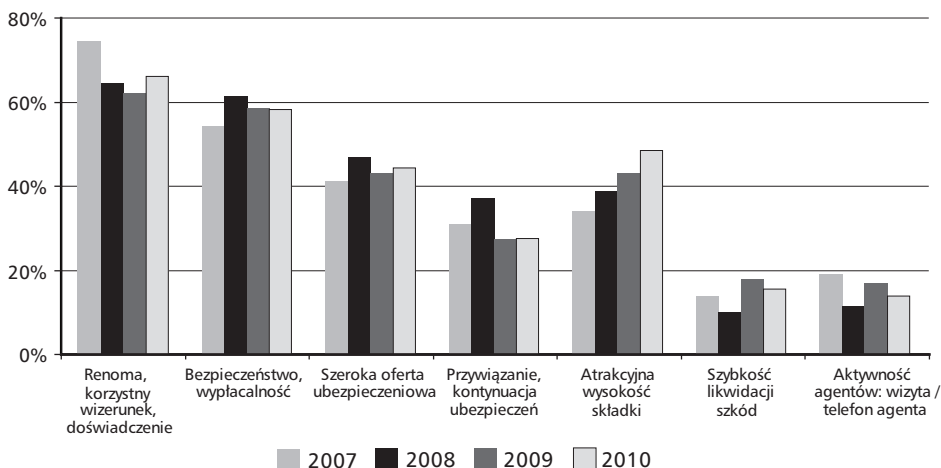
Około dwóch trzecich przedsiębiorstw korzysta z ubezpieczeń w pakietach, co związane jest z otrzymywaniem upustu od ubezpieczycieli. W badaniach przedsiębiorcy określali ponadto jakie średnio upusty otrzymują przy zakupie ubezpieczeń. Najczęściej zniżki dla badanych przedsiębiorstw oscylowały w granicach 6-10 proc., choć w roku 2007 i 2008 około jedna piąta firm deklarowała otrzymanie zniżek większych niż 25 proc. W 2009 roku firm tych było już jednak poniżej 10 proc. Wielkość upustu zależała od wielkości firmy, co naturalnie większym przedsiębiorstwom łatwiej było negocjować wyższe zniżki. W 2010 roku zadano pytanie o poziom zniżki, który byłby dla firmy interesujący, połowa firm podawała realne upusty w granicach do 30 proc., choć nie mało było takich (prawie 20 proc.), które za interesujący uznały upust 99 proc.

3.4. WYBÓR UBEZPIECZYCIELA

Pomimo wielu działających na rynku zakładów ubezpieczeń, większość przedsiębiorców wskazywało PZU SA jako głównego ubezpieczyciela. Największy zakład ubezpieczeń w Polsce ma pozycję zdecydowanego lidera w zakresie ubezpieczeń oferowanych małym i średnim przedsiębiorstwom. W ciągu badanego okresu jego udział w rynku nieznacznie spadł, jednak jego pozycja wydaje się ciągle niezagrożona. Kolejne zakłady ubezpieczeń to Warta SA oraz Ergo Hestia SA, której popularność rośnie z wielkością przedsiębiorstwa.

Dużą koncentrację na rynku ubezpieczeń skierowanych do małych i średnich przedsiębiorstw można wytłumaczyć także poprzez kryteria wyboru oferty danego zakładu ubezpieczeń. Dla badanych przedsiębiorstw kluczowe znaczenie miała renoma i subiektywna ocena stabilności zakładu ubezpieczeń, w dalszej kolejności liczyła się szeroka oferta ubezpieczeniowa. Warto zauważyć, że stale rosła waga ceny ubezpieczenia jako czynnika decydującego o wyborze (por. Wykres 6.).

Wykres 6. Główne czynniki decydujące o wyborze ubezpieczyciela (do wskazania były 3 przyczyny z 12)



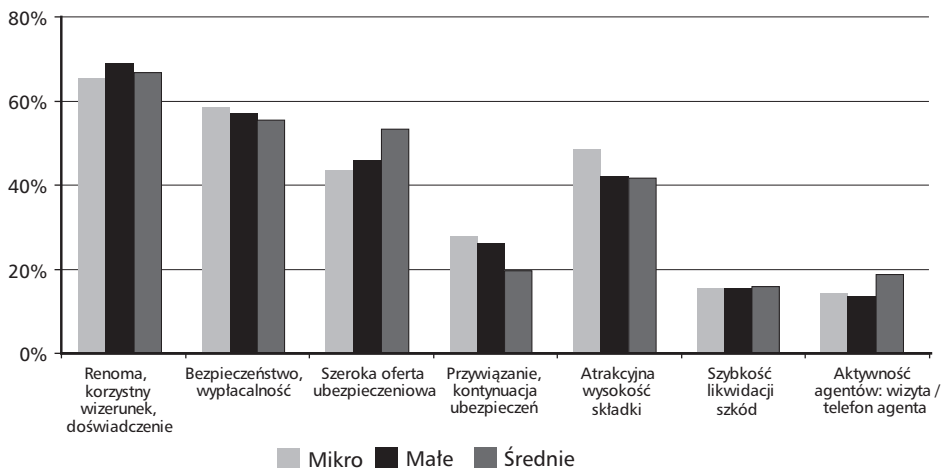
Źródło: Obliczenia własne.

Wiele przedsiębiorstw wybiera ten sam zakład ubezpieczeń od wielu lat i niechętnie zmienia głównego ubezpieczyciela. Rezygnację z usług jakiegoś ubezpieczyciela w ciągu ostatnich trzech lat deklarowało zaledwie mniej niż co dwudzieste przedsiębiorstwo i zazwyczaj głównym impulsem jest niezadowolenie z procesu likwidacji szkody. Jednak waga przywiązania deklarowana przez firmy jest stosunkowo niewielka.

Wizerunek ubezpieczyciela, jego renoma, jest ciągle jeszcze najważniejszą deklarowaną przyczyną decyzji o zakupie. Jednakże, o ile czynnik ten na pierwszym miejscu wskazywało 51 proc. firm w 2007 roku, to już w 2010 zaledwie 36 proc. Rosty natomiast wskazania jako głównego czynnika bezpieczeństwa/wypłacalności (z 12 proc. do 20 proc.) i atrakcyjnej wysokości składki (z 11 proc. do 19 proc.).

W przypadku kryteriów wyboru nie ma dużych różnic między firmami różnej wielkości. Firmy średnie częściej niż małe (z mikro) wskazywały na wagę szerokiej oferty oraz wpływ aktywności agentów (por. Wykres 7.). Z kolei waga przywiązania i wrażliwości na cenę malała wraz z wielkością firmy. Oferta pakietowa (specjalna oferta dodatkowa) raczej mniej istotna dla firm mikro w przypadku firm średnich była wskazywana przez 16 proc. firm.

Wykres 7. Czynniki decydujące o wyborze ubezpieczyciela wg wielkości firmy



Źródło: Obliczenia własne.

Zakończenie

Sektor MSP jest ważną częścią rynku dla firm ubezpieczeniowych, a jego rola zapewne będzie rosła wraz z rozwojem gospodarczym i wzrostem świadomości ubezpieczeniowej przedsiębiorców. Już obecnie można zauważyć wzrost uwagi ubezpieczycieli skierowanej na ten sektor rynku co przejawia się między innymi coraz szerszą ofertą i większą konkurencją. Okres 2007-2010 to czas kryzysu finansowego na świecie i spowolnienia gospodarczego w Polsce. Zaburzenia te oddziaływały także na sektor MSP i korzystanie przez przedsiębiorstwa z ubezpieczeń jako narzędzia zarządzania ryzykiem.

Świadomość występowania różnych zagrożeń rośnie wraz z wielkością przedsiębiorstwa. Z jednej strony może to być związane z lepszym wykształceniem zarządzających, ale też i z większą ilością zagrożeń. Ocena zagrożeń jest raczej stabilna w czasie, zmiany związane są raczej z aktualnymi wydarzeniami, np. wzrost zagrożenia ze strony niewypłacalnych dłużników w 2009 był najprawdopodobniej efektem głośnej sprawy opcji walutowych.

Spowolnienie gospodarcze odbiło się w sferze ubezpieczeń z pewnym opóźnieniem, o ile w roku 2009 odnotowano jeszcze wzrost odsetka firm ubezpieczonych, to w 2010 nastąpił w firmach najmniejszych, które i tak korzystają z ubezpieczeń w najmniejszym stopniu, dość znaczny spadek. Najpopularniejsze w sektorze MSP są klasyczne ubezpieczenia mienia i budynków oraz komunikacyjne, nadal małą popularnością cieszą się ubezpieczenia skierowane typowo do przedsiębiorstw, np. finansowe.

Dominującym kanałem dystrybucji ubezpieczeń są agenci ubezpieczeniowi, jednak ich rola systematycznie spada. Może to być związane z działaniami ubezpieczycieli, gdyż rynek ten przejmowany jest głównie przez ich placówki. Niewiele na rynku sprzedaży, wbrew wcześniejszym prognozom, dokonali ubezpieczyciele typu „direct”. Mogą oni jednak zyskać na znaczeniu, gdyż najprawdopodobniej na skutek spowolnienia gospodarczego ponad dwukrotnie większa liczba podmiotów zaczęła oceniać te ubezpieczenia jako tańsze, co może wskazywać na dokładniejsze zapoznanie się z ofertą. Jednak równolegle wzrosła też znacząco nieufność do tego typu kanału sprzedaży.

Ważnym czynnikiem, który muszą uwzględnić ubezpieczyciele w kształtowaniu swojej strategii, są zmiany kryteriów wyboru ofert. Wprawdzie MSP są wiernymi klientami, jednakże coraz większe znaczenie przywiązują do kosztów ubezpieczenia.

Wykaz źródeł:

- Borda M., Kwiecień I., *Analiza wykorzystania ubezpieczeń gospodarczych w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2007 nr 3/4.
- Warunki powstania i działania oraz perspektywy rozwojowe polskich przedsiębiorstw powstałych w latach 2001-2004*, GUS, Warszawa 2006.
- Jedynak P., *Podaż usług ubezpieczeniowych a ciągłość działalności małych i średnich przedsiębiorstw*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 4.
- Mikulska A., *Świadomość ubezpieczeniowa przedsiębiorców sektora MSP. Wyniki badania praktyk ubezpieczeniowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 2.
- Raport o stanie sektora małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce w latach 2007–2008*, PARP, Warszawa 2009.
- Moto Scan 2009*, Qualifact, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2010 nr 3.
- Szulik J., *Agent w systemie direct*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2007 nr 6.
- Zaron A., Słomiński P., *Nie zapomnieć o idei*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2006 nr 3.
- KNF, Dane roczne, Biuletyn Roczny. Rynek ubezpieczeń 2008, Część V – Sprawozdanie statystyczne KNF-02 http://www.knf.gov.pl/Images/V%2E%20Sprawozdanie_stat_2008_k_tcm75-12134.xls (19.06.2010).

Insurance in the SME sector in the years 2007-2010 (results of survey research) – Summary

The sector of small and medium-sized enterprises (SME) is an important part of the insurance market. The economic growth and changes taking place in Poland also lead to changes in entrepreneurs' behaviour on the insurance market. The years 2007-2010 was a period in which the world had to cope with the financial crisis and recession and for Poland it was a period of economic slowdown.

In the article, the authors present results of annual representative research on small and medium-sized enterprises carried out in the years 2007-2010. During the research, information about entrepreneurs' insurance awareness, about their opinions and behaviour on the insurance market was collected.

Mgr DAMIAN GAJDA jest asystentem w Katedrze Statystyki na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

Dr TOMASZ JURKIEWICZ jest adiunktem w Katedrze Statystyki na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

Recenzenci: dr inż. Lech Gąsioriewicz, dr Małgorzata Mierzejewska.

RYSZARD STEMPEL

Ubezpieczenia rolne w gospodarstwach rolników indywidualnych Polski północnej

Celem przeprowadzenia badań było zdiagnozowanie stanu ubezpieczeń rolnych w gospodarstwach indywidualnych Polski północnej. Wyboru gospodarstw do badań dokonano systemem losowo-warstwowym. Dla poziomu ufności równym 0,95, minimalna liczba gospodarstw do badań wyniosła 384. Zankietowano 420 gospodarstw rolników indywidualnych o powierzchni powyżej 1 ha. Z badań wynika, że 89 proc. gospodarstw nabywało obowiązkowe ubezpieczenia rolne. Około 11 proc. rolników nie posiadało żadnego z nich. Przeciętny roczny koszt ubezpieczenia upraw w gospodarstwie wynosił ponad 300 zł, budynków rolniczych 280 zł, a OC rolnika 70 zł. Ponad połowa rolników uznała to za średnie obciążenie dla gospodarstw. Mniej popularne były ubezpieczenia dobrowolne. Zaledwie około 20 proc. właścicieli gospodarstw je wykupiło. Dobrowolnym ubezpieczeniem rolnicy asekurują tylko 7,6 proc. posiadanej powierzchni upraw, a koszt ich ubezpieczenia wynosi niespełna 100 zł na gospodarstwo. W badaniach stwierdzono wyraźną, wprost proporcjonalną, zależność pomiędzy powierzchnią gospodarstwa a poziomem ubezpieczenia w gospodarstwie.

Wprowadzenie

Ubezpieczenie jest warunkiem stabilizacji gospodarstwa rolnego i gospodarki rolnej jako całości. Toteż rolnictwo bez sprawnie działających ubezpieczeń, dobrze zbudowanych i dostosowanych do rzeczywistych potrzeb, ale też możliwości rolników, nie może należycie się rozwijać, nie może spełniać oczekiwań rynku, nie może unowocześniać się i doskonalić¹.

W Polsce ubezpieczenia gospodarcze w rolnictwie można podzielić na dwie grupy: ubezpieczenia obowiązkowe oraz ubezpieczenia dobrowolne.

Ubezpieczenia obowiązkowe (obligatoryjne) to ubezpieczenia, do zakupu których zmusza rolników obowiązujące prawo. W założeniu ustawodawcy nałożenie na rolników przymusu ubezpieczeniowego ma na celu ochronę ewentualnych poszkodowanych przed konsekwencjami braku ubezpieczenia. Charakterystyczne dla ubezpieczeń

1. Stroiński E. *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie*. Wydawnictwo Akademii Finansów. Warszawa 2006.

obowiązkowych jest to, że zakres ich określa prawo, nie można dobrowolnie zawężyć zakresu ubezpieczenia czy wprowadzać dodatkowych wyłączeń itp. Obecnie obowiązujące w Polsce prawo nakłada na rolników przymus zawierania trzech rodzajów ubezpieczeń:

- Ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstw rolnych od ognia i innych zdarzeń losowych, zwane **ubezpieczeniem budynków rolniczych**²

W myśl ustawy rolnik jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych. Pod pojęciem budynek rolniczy należy rozumieć obiekt budowlany tzn. obiekt trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych oraz posiadający fundament i dach o powierzchni powyżej 20 metrów kwadratowych, wchodzący w skład gospodarstwa rolnego. Obowiązek ubezpieczenia budynku rolniczego powstaje z dniem pokrycia budynku dachem. Zgodnie z artykułem 69 Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, z tytułu ubezpieczenia budynków rolniczych przysługuje odszkodowanie za szkody powstałe w budynkach na skutek zdarzeń losowych w postaci: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego.

- Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, określane jako **ubezpieczenie OC rolników**³

Ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej chronią nie tylko osobę odpowiedzialną za szkodę od wydatków przekraczających jej możliwości finansowe, ale również osobę poszkodowaną od długotrwałych i żmudnych czynności związanych z dochodzeniem swych roszczeń od sprawcy. Zgodnie z artykułem 44 Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, rolnik ma obowiązek zawarcia umowy o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego. W myśl przepisów ustawy rolnikiem, a więc podmiotem zobligowanym do zawarcia ubezpieczenia jest osoba, w której posiadaniu lub współposiadaniu jest gospodarstwo rolne. Co warto podkreślić, do zawarcia umowy ubezpieczeniowej zobowiązany jest także dzierżawca, najemca oraz użytkownik gospodarstwa.

Pod pojęciem gospodarstwa rolnego ustawodawca rozumie obszar użytków rolnych i gruntów pod stawami sklasyfikowanych jako użytki rolne pod zabudowaniami, przekraczających łącznie powierzchnię 1 hektara, jeżeli podlegają one w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym⁴. Za gospodarstwo rolne uchodzi także obszar użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny (uprawy w szklarniach i ogrzewanych

2. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, (Dz. U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1152).

3. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1152.

4. Ustawa o podatku rolnym, Dz. U. z 1984 r., Nr 52, poz. 268.

tunelach foliowych, uprawy grzybów i ich grzybnie, uprawy roślin *in vitro*, fermowa hodowla i chów zwierząt futerkowych i laboratoryjnych, hodowla dżdżownic, hodowla entomofagów, hodowla jedwabników, prowadzenie pasiek oraz hodowla i chów innych zwierząt poza gospodarstwem rolnym) w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

- Ubezpieczenia co najmniej 50 proc. powierzchni upraw polowych w gospodarstwie od ryzyka wystąpienia szkód spowodowanych przez powódź, suszę, grad, ujemne skutki przezimowania oraz przymrozki wiosenne (**obowiązkowe ubezpieczenie upraw**)⁵

Zgodnie z ustawą rolnik, który uzyskał płatności bezpośrednio do gruntów rolnych (w rozumieniu przepisów o płatnościach do gruntów rolnych i oddzielnej płatności cukrowej) ma obowiązek ubezpieczenia, co najmniej 50 proc. powierzchni upraw. Ubezpieczenie obowiązkowe obejmuje uprawy: zbóż, kukurydzy, rzepaku, rzepiku, chmielu, tytoniu, warzyw gruntowych, drzew i krzewów owocowych, truskawek, ziemniaków, buraków cukrowych lub roślin strączkowych, od zasiewu lub wysadzenia do ich zbioru. Jednak uprawy te objęte są jedynie ubezpieczeniem od niektórych ryzyk wystąpienia szkód spowodowanych przez: powódź, suszę, grad, ujemne skutki przezimowania oraz przymrozki wiosenne.

Zakup **ubezpieczeń dobrowolnych** przez rolnika nie następuje pod rygorem prawa, lecz na podstawie dobrowolnej umowy między nim a zakładem ubezpieczeń. Dobrowolnym ubezpieczeniem objęte może zostać mienie ruchome, zwierzęta gospodarcze, maszyny rolnicze oraz pozostała część upraw. Ubezpieczenia dobrowolne obejmujące szkody rzeczowe (sprzęt rolniczy, materiały i zapasy, ruchomości domowe, zwierzęta gospodarskie oraz uprawy roślinne) chronią właściciela przed stratą poniesioną w wyniku zdarzenia losowego.

Towarzystwa ubezpieczeniowe przedstawiają bogatą ofertę produktów ubezpieczeniowych chroniących niemal wszystkie gatunki i grupy zwierząt gospodarskich, roślin uprawianych w gospodarstwach, maszyn rolniczych, czy gromadzonych płodów rolnych i innych ruchomości. Wszystkie te produkty można podzielić na kilka podstawowych grup ubezpieczeń dobrowolnych w rolnictwie:

- **Ubezpieczenie mienia ruchomego w gospodarstwach rolnych**

Oferowane przez zakłady ubezpieczenia mienia ruchomego w gospodarstwach rolnych obejmują:

- ruchomości domowe – sprzęt, meble i zapasy gospodarstwa domowego, odzież, sprzęt RTV i FOTO, dzieła sztuki, stałe elementy wyposażenia mieszkania, w tym wykładziny, meble wbudowane, urządzenia grzewcze, instalacje wodno-kanalizacyjne, okna i drzwi,
- inwentarz martwy związany z prowadzeniem gospodarstwa lub działu specjalnego produkcji rolnej: maszyny, narzędzia i sprzęt rolniczy, materiały budowlane,

5. Ustawa z dnia 7 marca 2007 r. o zmianie ustawy o dopłatach do ubezpieczeń upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. nr 9, poz. 328.

opał, nawozy, pasze dla zwierząt, środki ochrony roślin, opakowania, wyposażenie biurowe,

- zwierzęta gospodarskie,
- przechowywane ziemiopłody.

• **Ubezpieczenia upraw**

Jak już wcześniej wspomniano rolnik, który uzyskał płatności bezpośrednie do gruntów rolnych (w rozumieniu przepisów o płatnościach do gruntów rolnych i oddzielnej płatności cukrowej) ma obowiązek ubezpieczenia co najmniej 50 proc. powierzchni upraw. Jednak uprawy te objęte są jedynie ubezpieczeniem od niektórych ryzyk wystąpienia szkód spowodowanych przez: powódź, suszę, grad, ujemne skutki przezimowania oraz przymrozki wiosenne. Pozostałe ryzyka pozostają poza zakresem obowiązkowego ubezpieczenia. Również rolnicy niekorzystający z dopłat bezpośrednich do gruntów nie są objęci wymogiem zawarcia ubezpieczenia swych upraw. Grupa ta może więc z własnej woli zdecydować się na zawarcie umowy ubezpieczenia upraw rolnych przez siebie prowadzonych, w zakresie i od ryzyk, na jakie się zdecydują. Ubezpieczeniem upraw mogą być objęte: rośliny uprawne lub/i ich plony; rośliny uprawne jednoroczne wysiewane lub wysadzone do gruntu (uprawy jare); rośliny uprawne ozime, wieloletnie i trwałe lub/i ich plony; plony chmielu, tytoniu, ziół w procesie technologicznego suszenia; trawy łąk i pastwisk; drzewa i krzewy owocowe oraz plantacje jagodowe. Uprawy rolnicze mogą zostać objęte ubezpieczeniem od ryzyka: ognia, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, pioruna, wybuchu, obsunięcia się ziemi, lawiny, suszy, ujemnych skutków przezimowania lub przymrozków wiosennych.

• **Ubezpieczenia zwierząt**

Na rolników prawo nie nakłada obowiązku ubezpieczania w żadnym zakresie zwierząt gospodarskich. Mogą to uczynić dobrowolnie w jednym z dwóch zakresów ryzyk: podstawowym – szkody powstałe wskutek padnięcia w wyniku choroby, wypadku lub zdarzeń losowych (ognia, powodzi, huraganu, pioruna, lawiny, obsunięcia się ziemi); rozszerzonym – wymienione powyżej szkody powstałe wskutek uboju z konieczności. W składanym wniosku ubezpieczeniowym rolnik oświadcza, że ubezpieczane przez niego zwierzęta są zdrowe i bez wad. W niektórych przypadkach zakład ubezpieczeń może zażądać od rolnika przedstawienia opinii lekarza weterynarii potwierdzającej dobry stan zwierząt.

• **Ubezpieczenia maszyn rolniczych**

Dobrowolnym ubezpieczeniem rolniczym może być objęty sprzęt rolniczy. Pod pojęciem sprzętu rolniczego rozumie się maszyny, w tym kombajny i inne maszyny samobieżne, narzędzia i urządzenia służące do prowadzenia gospodarstwa rolnego, z wyłączeniem ciągników oraz przyczep rolniczych. Do sprzętu rolniczego nie zalicza się natomiast pozostałych pojazdów podlegających obowiązkowi rejestracyjnemu w kraju. Sprzętem rolniczym w rozumieniu prawa nie są więc samochody osobowe i ciężarowe, motocykle i motorowery, ich dodatkowe wyposażenie i części, nawet w przypadku

użytkowania ich przez rolnika. Pojazdy te są objęte obowiązkowym dla wszystkich kierowców ubezpieczeniem OC pojazdów. Mogą także zostać dodatkowo ubezpieczone w ramach umowy auto-casco.

1. Materiały i metodyka

Celem przeprowadzenia badań było zdiagnozowanie stanu ubezpieczeń rolnych w gospodarstwach indywidualnych Polski północnej. Badania dotyczyły gospodarstw rolników indywidualnych w 3 województwach Polski północnej: kujawsko-pomorskim, pomorskim oraz warmińsko-mazurskim. W wyżej wymienionych województwach znajduje się około 213,6 tys. gospodarstw powyżej 1 ha o łącznej powierzchni użytków rolnych wynoszącej około 2890 tys. ha.⁶

Wyboru gospodarstw do badań dokonano systemem losowo-warstwowym. Województwa podzielono na powiaty, powiaty na gminy. W gminach dokonano losowań gospodarstw dla uzyskania próby, proporcjonalnie do ich liczebności. Wylosowane gospodarstwa pochodziły z każdej gminy, każdego powiatu w 3 badanych województwach makroregionu północnej Polski. Liczebność próby oszacowana została dla dużych zbiorowości na minimalnym poziomie równym:

$$n = \frac{u_{\alpha}^2}{4d^2}$$

- n – niezbędna minimalna liczebność próby
- u_{α} – liczba jednostek odchyłeń standardowych, którą należy odczytać z tablicy rozkładu normalnego dla poziomu ufności $1-\alpha$
- d – błąd lub maksymalna różnica pomiędzy frakcją z próby, a frakcją z populacji, którą chcemy przyjąć na obranym poziomie ufności.

Minimalna liczba gospodarstw do badań dla poziomu ufności = 0,95 wynosi:

$$n = \frac{1,96^2}{4 \cdot 0,05^2} = 384 \quad \text{przy poziomie istotności } \alpha = 0,05\%$$

W rzeczywistości badania ankietowe przeprowadzono w 420 gospodarstwach pod koniec 2009 roku w miesiącach październik–grudzień. Strukturę próby ustalono na podstawie struktury populacji gospodarstw w makroregionie. Zachowano typologię populacji.

Narzędziem badawczym był skategoryzowany kwestionariusz wywiadu zawierający 23 pytania, głównie półotwarte zaopatrzone w kilka propozycji odpowiedzi, lecz nie wyczerpujących wszystkich, dając możliwość respondentowi szansę wyrażenia opinii i umieszczenie własnych uwag. Był on wypełniany przez ankietera, co ułatwiało wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości producentów rolnych.

6. *Rocznik statystyczny GUS 2008.*

Pytania dotyczyły m.in.:

- typologii badanych gospodarstw: ich powierzchni, kierunku produkcji, liczby osób w gospodarstwie, głównego źródła utrzymania rodziny itp.,
- czynników motywacyjnych wpływających na zakup polisy ubezpieczeń,
- poziomu i rodzaju ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych wykupywanych przez rolników,
- rodzaju ryzyk w wykupionych ubezpieczeniach upraw rolnych,
- obciążeń finansowych związanych z ubezpieczeniami obowiązkowymi i dobrowolnymi w rolnictwie.

Zebrany materiał źródłowy poddano analizie porównawczej i przedstawiono w formie graficznej, tabelarycznej i opisowej.

2. Charakterystyka badanych gospodarstw

Badaniami objęto gospodarstwa rolników indywidualnych o powierzchni powyżej 1 ha. Zostały one podzielone na grupy obszarowe o następujących powierzchniach: 1,01 – 5 ha; 5,01 – 10 ha; 10,01 – 20 ha; 20,01 – 30 ha; 30,01 – 50 ha oraz powyżej 50 ha. Wśród badanych najczęściej było rolników posiadających gospodarstwa rolne o powierzchni 1,01 – 5 ha (39,2 proc.). Około 20 proc. zajmowały gospodarstwa o powierzchni od 10 do 20 ha, 12,5 proc. od 5 do 10 ha oraz powyżej 50 ha. Najmniej było gospodarstw w grupie obszarowej 20-30 ha – 7,5 proc. oraz 30-50 ha – 9,2 proc. W badanych gospodarstwach średni obszar gruntów ornych wynosił 18 ha, a trwałych użytków zielonych 4,5 ha. Bardziej szczegółową ich charakterystykę przedstawiono w Tabeli 1. Głównym kierunkiem produkcji były zboża (40,2 proc.) oraz żywiec wieprzowy (15,2 proc.). Około 20 proc. rolników zaznaczyło co najmniej dwie odpowiedzi, co oznacza wielokierunkowość ich gospodarstw. Najczęściej było to zboże plus żywiec wieprzowy. W odpowiedzi inne, którą zaznaczyło 12 proc. respondentów, podawane były najczęściej takie kierunki, jak uprawa rzepaku i warzyw oraz hodowla drobiu i koni.

Tabela 1. Charakterystyka badanych gospodarstw

Wyszczególnienie	Gospodarstwa	
	liczba	udział (w %)
1. Kierunek produkcji badanych gospodarstw		
• zboża	169	40,2
• mieszany	84	19,8
• żywiec wieprzowy	64	15,2
• mleko	54	12,9
• inne	50	11,9
2. Liczba osób w gospodarstwie domowym		
• do 2	88	21,0
• 3-4	225	53,6
• 5-7	100	23,8
• 8 i więcej	7	1,7

Ciąg dalszy tabeli na str. 39

Ciąg dalszy tabeli ze str. 38

Wyszczególnienie	Gospodarstwa	
	liczba	udział (w %)
3. Główne źródło utrzymania rodziny		
• dochody z gospodarstwa	253	60,2
• praca zarobkowa poza rolnictwem	137	32,6
• emerytura, renta	26	6,2
• inne	4	1,0
4. Doświadczenie w prowadzeniu gospodarstwa rolnego (w latach)		
• do 5	57	13,6
• 6-15	152	36,2
• 16-25	134	31,9
• 26 i więcej	77	18,3
5. Wykształcenie właścicieli gospodarstw		
• podstawowe	39	9,3
• zawodowe	152	36,2
• średnie	168	40,0
• wyższe	61	14,5

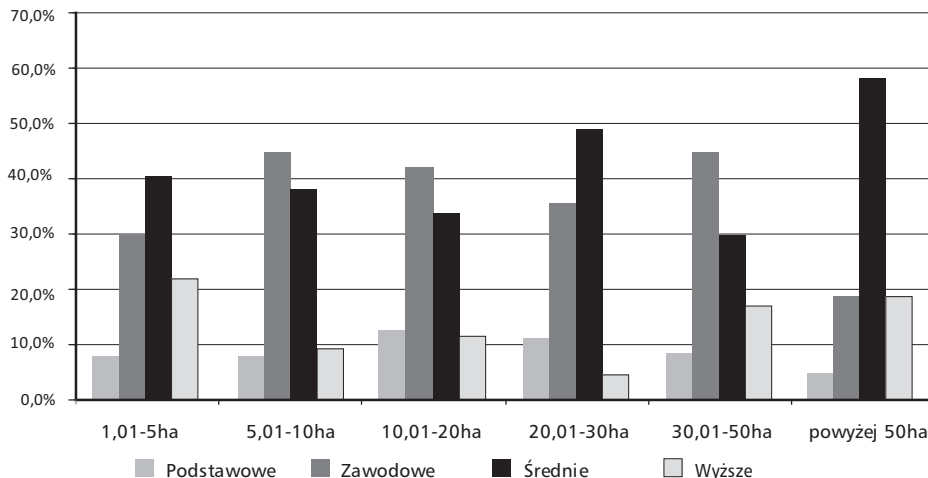
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

O poziomie życia rolników decyduje między innymi liczebność rodziny zamieszkującej w gospodarstwach domowych. Najczęściej rolnicza rodzina składała się z 3-4 osób (53,6 proc. badanych). Aż w 21 proc. gospodarstw rolnych pracuje 2 lub tylko 1 osoba. Może to wskazywać na zmniejszenie się liczby gospodarstw rolnych w niedalekiej przyszłości. Bardzo mało występuje rodzin 8 i więcej osobowych. Wynika z tego, że model rodziny mieszkającej na wsi zbliża się do modelu rodzin mieszkających w mieście. Rodziny wielodzietne to bardzo mały odsetek (1,7 proc.) wśród rodzin wiejskich.

Dla ponad 60 proc. badanych rolników głównym źródłem utrzymania rodziny były dochody z gospodarstwa rolnego. Im wyższy był areał gospodarstwa, tym tych wskazań było więcej. Ponad 90 proc. wskazań u rolników posiadających gospodarstwa o powierzchni ponad 50 ha, a tylko około 25 proc. u właścicieli najmniejszych gospodarstw. Około 1/3 właścicieli badanych gospodarstw utrzymuje się z pracy poza gospodarstwem, a dla ponad 6 proc. właścicieli podstawą utrzymania rodziny jest renta lub emerytura. I są to najstarsi stażem rolnicy i emeryci zarazem. Najliczniejszą grupą są rolnicy prowadzący gospodarstwa 6-15 lat (36,2 proc.) oraz 16-25 lat (31,9 proc.). Rolnicy, którzy swoje gospodarstwa prowadzą nie dłużej niż 5 lat stanowią tylko 13,6 proc. całej populacji.

Ważnym elementem, w dużej mierze decydującym o powodzeniu prowadzenia gospodarstwa rolnego jest wykształcenie właścicieli gospodarstw. Na polskiej wsi niewiele ponad połowa ludności posiada wykształcenie ponadpodstawowe, w mieście jest to 3/4 dorosłych mieszkańców. Ankietowani rolnicy posiadali w większości wykształcenie zawodowe i średnie (ponad 3/4 badanej populacji). Tylko 14,5 proc. z nich posiadało wykształcenie wyższe, a 9,3 proc. podstawowe. Jak wynika z badań można dostrzec pewne zależności pomiędzy wykształceniem rolników a powierzchnią prowadzonych przez nich gospodarstw (Wykres 1.).

Wykres. 1. Wykształcenie rolników a powierzchnia gospodarstwa

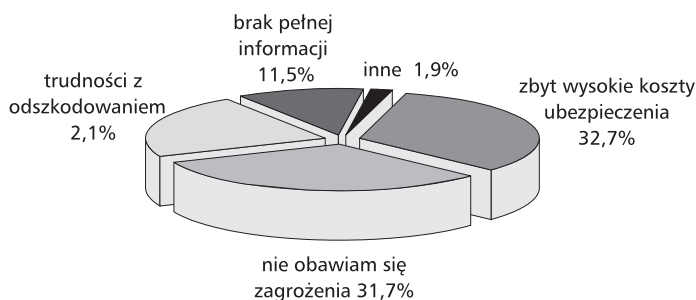


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród rolników z wyższym wykształceniem wyodrębniły się dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje osoby, które mają gospodarstwa o powierzchni do 5 ha i w większości traktują posiadaną ziemię rekreacyjnie, a utrzymują się z pracy na etacie, najczęściej w mieście. Drugą grupę stanowią rolnicy, których gospodarstwa mają ponad 50 ha i utrzymują się wyłącznie z dochodów ze swojego gospodarstwa. Jak wynika z rysunku nr 1, w gospodarstwach o powierzchni powyżej 50 ha najwięcej jest osób z wykształceniem średnim i wyższym. Łącznie te dwie grupy stanowią ponad $\frac{3}{4}$ właścicieli największych gospodarstw. Najwięcej rolników z wykształceniem zawodowym i podstawowym pracuje w gospodarstwach o powierzchni od 5 do 20 ha.

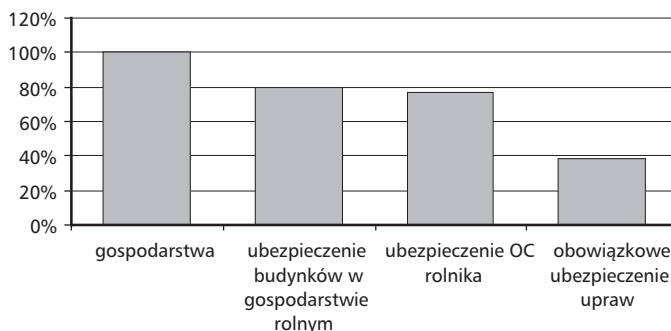
3. Rozpowszechnienie ubezpieczeń rolnych w makroregionie północnej Polski

Rozpowszechnienie poszczególnych rodzajów ubezpieczeń rolnych było zróżnicowane. Około 89 proc. badanych gospodarstw nabywało obowiązkowe ubezpieczenia rolne. W 100 proc. wykupywali je tylko rolnicy z grupy obszarowej powyżej 50 ha, potrafiący rozpoznać ryzyko i określić ekonomiczne korzyści z podejmowanych decyzji. Pomimo sankcji karnych aż 11 proc. badanej populacji rolników nie wykupywało żadnych ubezpieczeń obowiązkowych, podając jako przyczynę zbyt wysokie ich koszty oraz trudności w uzyskaniu odszkodowania, a 1/3 z nich nie obawiała się zagrożenia (Wykres 2.).

Wykres. 2. Jeżeli nie korzysta Pan/i z obowiązkowych ubezpieczeń, to dlaczego?


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

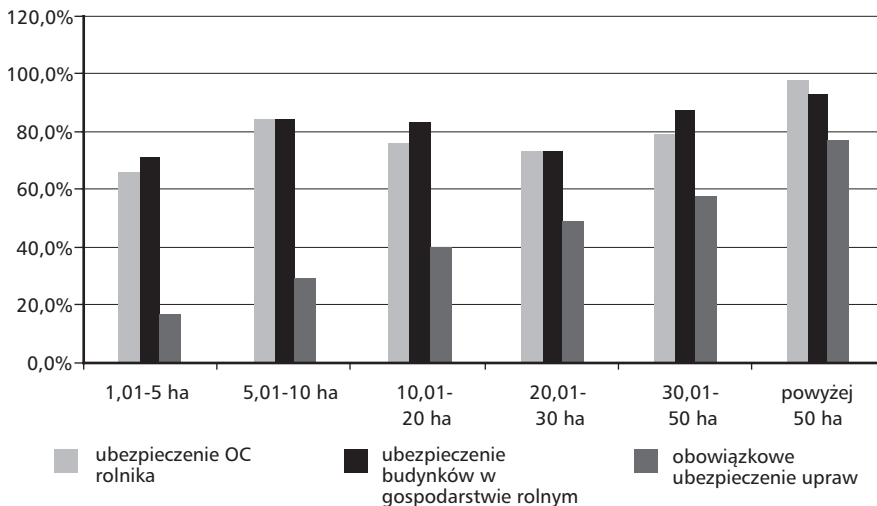
W badanej populacji 80 proc. właściciele gospodarstw ubezpieczyło budynki, 77 proc. wykupiło ubezpieczenie OC rolnika, a 38 proc. obowiązkowe ubezpieczenie upraw (Wykres 3). Najczęściej wybieranym obowiązkowym produktem ubezpieczeniowym jest ubezpieczenie budynków. Jak wskazują rolnicy, nie groźba kary za nieposiadanie tego ubezpieczenia jest tu decydująca, ale ryzyko i ewentualne duże straty w majątku, a także fakt, że ubezpieczenie dotyczy także budynków mieszkalnych. Aż 23 proc. rolników nie wykupiło ubezpieczenia OC rolników. Ta ochrona najczęściej zawierana jest przez osoby wykształcone i z dużym stażem pracy w rolnictwie. Wielu rolników nie rozumie istoty tego ubezpieczenia i nie wszyscy mają świadomość jakie ryzyka może nieść ze sobą zawód rolnika i jakie szkody może wyrządzić osobom trzecim.

Wykres. 3. Poziom wykupionych ubezpieczeń obowiązkowych w badanych gospodarstwach


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wydaje się, że tak niski poziom obowiązkowego ubezpieczenia upraw wynika z ich małej jeszcze powszechności i wiedzy na ten temat wśród rolników, szczególnie właścicieli małych gospodarstw rolnych. Potwierdzają to informacje zawarte na Wykresie 4.

Wykres 4. Powierzchnia gospodarstwa a poziom ubezpieczenia

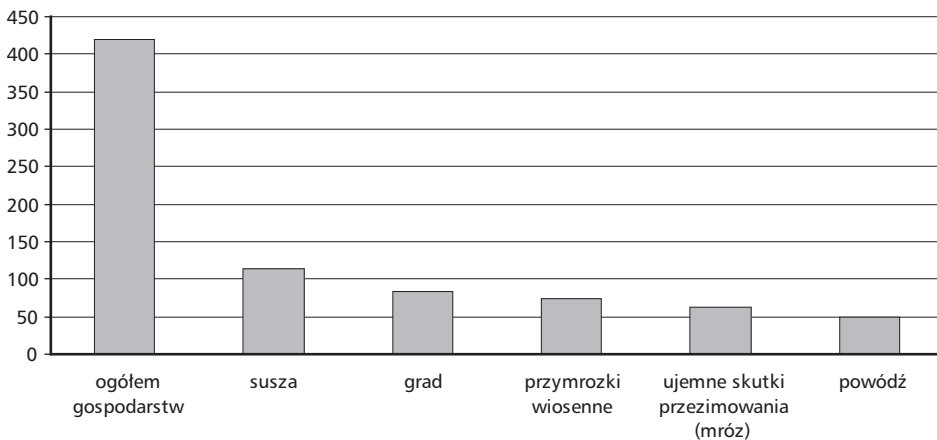


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zauważa się wyraźną zależność pomiędzy powierzchnią gospodarstwa a poziomem ubezpieczenia. Wraz ze wzrostem areалу gospodarstw wzrasta liczba rolników wykupujących ubezpieczenia. Szczególnie widoczne jest to w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia upraw polowych. Prawie 77 proc. rolników posiadających gospodarstwa powyżej 50 ha wykupuje te ubezpieczenia i tylko 17 proc. rolników gospodarujących w tych najmniejszych (do 5 ha).

Różnie kształtują się proporcje poszczególnych ryzyk ubezpieczeń obowiązkowych (Wykres 5).

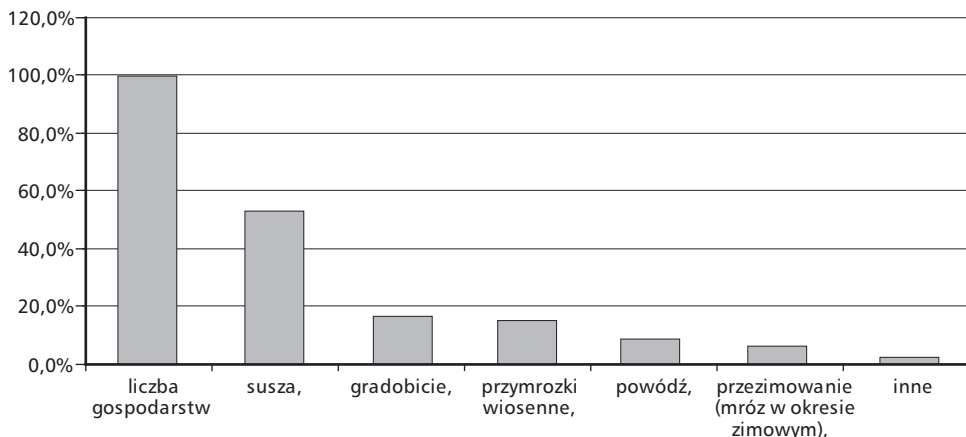
Wykres 5. Ryzyka w wykupionych obowiązkowych ubezpieczeniach rolnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad 1/4 gospodarstw w ubezpieczeniu upraw asekurowała się od suszy, 1/5 od gradu, a 1/6 od przymrozków wiosennych. W zdecydowanej większości były to ubezpieczenia od jednego ryzyka, ale są też pakiety składające się z 2,3,4 oraz 5 ryzyk. Z odpowiedzi rolników o główne zagrożenia dla badanych gospodarstw wynika identyczna kolejność w zakresie ryzyk przyrodniczych zagrażających ich gospodarstwom (Wykres 6).

Wykres 6. Jakie zagrożenie upraw uważa Pan/i za najgroźniejsze w swoim gospodarstwie?

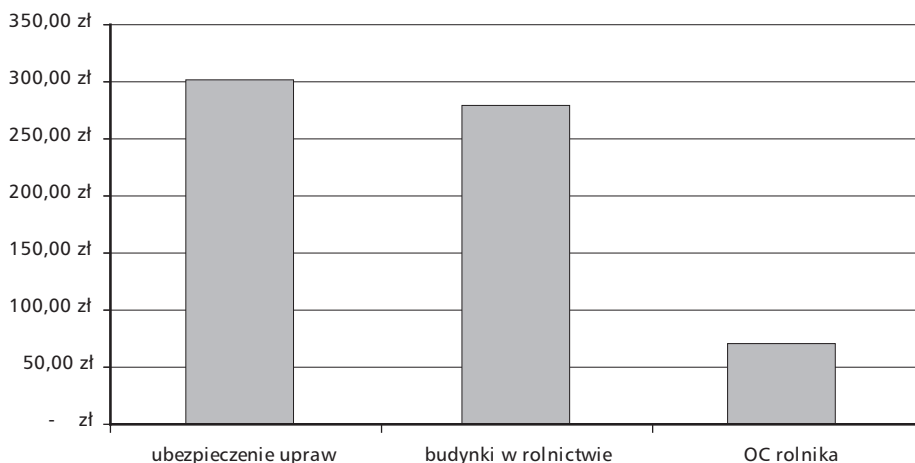


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Rolnicy najbardziej obawiają się suszy (aż 53 proc. wskazań) oraz gradobicia i przymrozków wiosennych.

Różnie kształtowały się koszty ubezpieczeń obowiązkowych. Przeciętny roczny koszt ubezpieczenia upraw w gospodarstwie wynosił ponad 300 zł, ubezpieczenia budynków rolniczych 280 zł, a OC rolnika 70 zł (Wykres 7.).

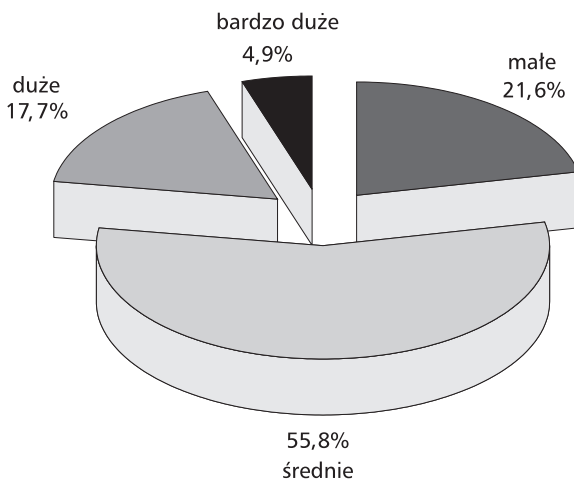
Wykres 7. Kwota rocznej składki poszczególnych ubezpieczeń obowiązkowych przypadająca na 1 badane gospodarstwo



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponad połowa rolników uważa go za średnie obciążenie dla gospodarstwa, a 17,7 proc. za duże (Wykres 8.).

Wykres 8. Obciążenie według rolników rocznym ubezpieczeniem obowiązkowym

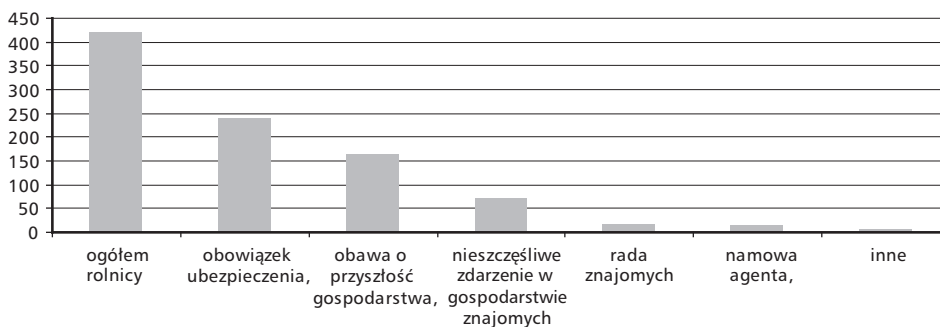


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pewne zdziwienie może budzić fakt, że aż 22 proc. rolników obciążenie gospodarstwa kosztami ubezpieczeń obowiązkowych uważa za małe, a tylko 5 proc. za bardzo duże.

Podstawowe przyczyny, które skłoniły gospodarzy do zakupu obowiązkowych ubezpieczeń rolnych to wywiązywanie się z nałożonego ustawowo obowiązku (57 proc. wskazań) oraz obawa o przyszłość gospodarstwa (39,5 proc.) (Wykres 9.). Niektórzy rolnicy wskazywali na te dwie przyczyny, jako jednakowo ważne.

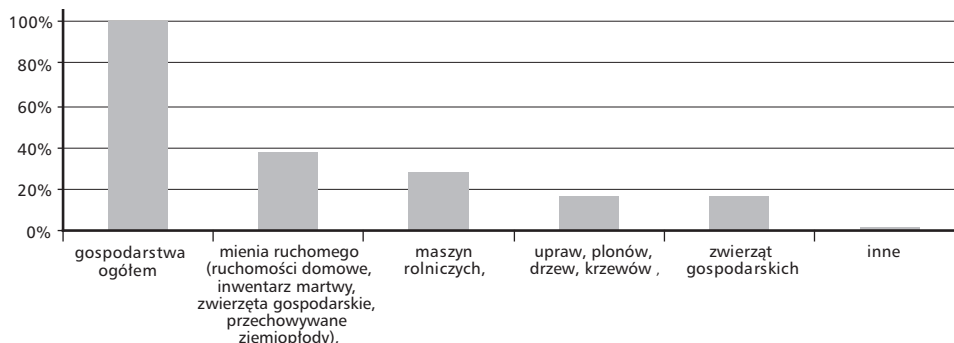
Wykres 9. Przyczyny, które skłoniły do zakupu obowiązkowych ubezpieczeń rolnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W grupie ubezpieczeń dobrowolnych, rolnicy najczęściej nabywali ubezpieczenie mienia ruchomego (38,5 proc.) i maszyn rolniczych (28,3 proc.). Ubezpieczenia upraw polowych oraz zwierząt gospodarskich wykupiło 16 proc. badanych rolników (Wykres 10.).

Wykres 10. Ubezpieczenia dobrowolne wykorzystywane w gospodarstwie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z upraw polowych najczęściej ubezpieczane są zboża i rzepak. Przeciętna powierzchnia ubezpieczonych upraw wyniosła 5,76 ha ubezpieczeń obowiązkowych i 1,7 ha ubezpieczeń dobrowolnych na jedno gospodarstwo (Tabela 2).

Tabela 2. Ubezpieczenie upraw polowych w badanej populacji

Wyszczególnienie	Badane gospodarstwa	Ubezpieczenie upraw	
		obowiązkowe	dobrowolne
Liczba gospodarstw			
• ogółem	420		
• z wykupionym ubezpieczeniem		156	63
Powierzchnia upraw (ha/gospodarstwo)			
• ogółem	22,5		
• ubezpieczonych	5,76	1,70	
Poziom ubezpieczenia powierzchni upraw (%)	x	25,6	7,6
Koszt ubezpieczenia upraw (zł/gospodarstwo)	x	301,22	92,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ubezpieczenia w badanych gospodarstwach obejmowały: ubezpieczenia obowiązkowe 25 proc. powierzchni upraw w badanych gospodarstwach, a dobrowolne tylko około 7,6 proc. tej powierzchni, a ich koszt wyniósł niespełna 100 zł na gospodarstwo. Często były to ubezpieczenia tylko od jednego ryzyka.

Zakończenie

Wśród badanych najwięcej było rolników posiadających gospodarstwa rolne o powierzchni 1,01 – 5 ha (39,2 proc.) oraz 10-20 ha (około 20 proc.). Głównym kierunkiem produkcji były zboża (dla 40,2 proc. gospodarstw) oraz żywiec wieprzowy (dla 15,2 proc.). Dla ponad 60 proc. badanych rolników głównym źródłem utrzymania rodziny były dochody z gospodarstwa rolnego. Im wyższy był areal gospodarstwa, tym wskazań tych było więcej. Około 1/3 właścicieli badanych gospodarstw utrzymuje się z pracy poza gospodarstwem. Najczęściej rolnicza rodzina składała się z 3-4 osób (53,6 proc. badanych). Aż w 21 proc. gospodarstw rolnych pracuje 2 lub tylko 1 osoba, a tylko 1,7 proc. gospodarstw rolnych to rodziny 8 i więcej osobowe. Ankietowani rolnicy posiadali w większości wykształcenie zawodowe i średnie (ponad 3/4 badanej populacji). Tylko 14,5 proc. z nich posiadało wykształcenie wyższe, a 9,3 proc. podstawowe.

W badanych gospodarstwach aż 11 proc. ich właścicieli nie wykupiło żadnego z ubezpieczeń obowiązkowych, podając jako przyczynę zbyt wysokie ich koszty (33 proc. odpowiedzi) oraz trudności w uzyskaniu odszkodowania (22 proc.), a 1/3 z nich nie obawiała się zagrożenia. Około 80 proc. właścicieli gospodarstw ubezpieczyło budynki, 77 proc. wykupiło ubezpieczenie OC rolnika, a 38 proc. obowiązkowe ubezpieczenie upraw. Przeciętny roczny koszt ubezpieczenia upraw w gospodarstwie wynosił ponad 300 zł, ubezpieczenia budynków rolniczych 280 zł, a OC rolnika 70 zł.

W grupie ubezpieczeń dobrowolnych rolnicy najczęściej zakupywali ubezpieczenie mienia ruchomego (38,5 proc.) i maszyn rolniczych (28,3 proc.). Ubezpieczenia upraw polowych oraz zwierząt gospodarskich wykupiło około 16 proc. badanych rolników. Z upraw polowych najczęściej ubezpieczane są zboża i rzepak. Ponad 1/4 gospodarstw w ubezpieczeniu upraw asekurowała się od suszy, 1/5 od gradu, a 1/6 od przymrozków wiosennych. W takiej kolejności wskazywali też rolnicy ryzyka w odpowiedzi na pytanie o największe zagrożenia dla ich upraw polowych.

Zauważono wyraźną zależność pomiędzy powierzchnią gospodarstwa, a poziomem ubezpieczenia. Wraz ze wzrostem arealu gospodarstw wzrasta liczba rolników wykupujących ubezpieczenia. Przeciętna powierzchnia ubezpieczonych upraw wyniosła 5,76 ha ubezpieczeń obowiązkowych i 1,7 ha ubezpieczeń dobrowolnych na jedno gospodarstwo, co stanowi odpowiednio 25,6 proc. i 7,6 proc. pokrycia ubezpieczeniem ich powierzchni.

Szczególnie niewystarczająca jest asekuracja upraw rolnych i zwierząt gospodarskich. Ubezpieczenia te wykupują przede wszystkim właściciele dużych gospodarstw rolnych, dobrze wykształceni, utrzymujący rodziny z dochodów uzyskiwanych z gospodarstw i potrafiący uwzględnić ryzyko związane z prowadzoną działalnością rolniczą.

Wykaz źródeł:

Rocznik statystyczny GUS 2008.

Stroiński E. *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie*. Wydawnictwo Akademii Finansów. Warszawa 2006.

Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1152.

Ustawa z dnia 7 marca 2007 r. o zmianie ustawy o dopłatach do ubezpieczeń upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. nr 9, poz. 328.

Ustawa o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz ustawy o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności, Dz. U. z 2008 r., Nr 145, poz. 918.

Ustawa o podatku rolnym, Dz. U. z 1984 r., Nr 52, poz. 268.

Agricultural insurance in farms of individual farmers in Northern Poland – Summary

The aim of the survey was to examine the state of agricultural insurance in individual farms in the north of Poland. Farms which took part in the survey had been selected by means of the stratified random system. For the confidence level of 0.95 the minimum number of farms in the survey was 384. 420 farms of individual farmers with the area exceeding 1 hectare took part in the survey.

The survey shows that 89 perc. of the farms took out compulsory agricultural insurance. Approximately 11 perc. of the farmers did not have any insurance. The average annual cost of insurance of the crops in a farm exceeded PLN 300, of agricultural buildings PLN 280 and of farmer's third party liability PLN 70. More than half of the farmers said that it was an average burden for the farm. Voluntary insurance was less popular. Merely 20 perc. of farm owners took it out. Only 7.6 perc. of farmers' arable land is covered by voluntary insurance, and the cost of such insurance amounts to almost PLN 100 per one farm. In the survey, visible and directly proportional relationship between the area of the farm and the insurance amount was observed.

Dr inż. RYSZARD STEMPEL jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń, Wydziału Nauk Ekonomicznych, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Recenzenci: dr Krzysztof Łyskawa, prof. dr hab. Eugeniusz Stroiński.

IRENA JĘDRZEJCZYK

Inwestycje ochronne w ograniczaniu skutków ryzyka powodzi – rola prewencji

W opracowaniu autorka dzieli się doświadczeniami badawczymi, nabytymi po wielkiej lipcowej powodzi w 1997 roku, kiedy to pełniła funkcję kierownika dwóch zespołów naukowych, które wykonały ocenę efektywności najważniejszej i do dziś nie zrealizowanej inwestycji „Programu Odra 2006” pod nazwą „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”. Zespoły te wykonały także badania uwarunkowań przejęcia i wykupu gruntów pod tę inwestycję.

Intencją autorki jest podkreślenie pozytywnej roli, jaką mogą odegrać zakłady ubezpieczeń dla budowy własnego wizerunku w działaniach na rzecz inwestycji ochronnych. W szczególności mogą one – w ramach działalności prewencyjnej – wspierać państwo i samorządy terytorialne w realizacji inwestycji ochronnych o znaczeniu lokalnym, takich jak naprawa lub budowa wałów przeciwpowodziowych. Mogą samodzielnie lub poprzez Polską Izbę Ubezpieczeń wykazać zaangażowanie konsultacyjne na rzecz realizacji wielkich inwestycji ochronnych już zaplanowanych na przykład w „Programie Odra 2006”, a także popierać inicjatywę „Programu Wisła”.

Wprowadzenie

Ryzyko powodzi wpływa istotnie na zachowania rynkowe zarówno ze strony klientów, jak i zakładów ubezpieczeń, co uwidoczniła wyraźnie powódź z 1997 roku i potwierdziła powódź 2010 roku.

Klienci o niekorzystnym profilu ryzyka aktywnie poszukują ochrony ubezpieczeniowej, znając bardzo wysokie prawdopodobieństwo realizacji strat powodziowych na terenie swojego miejsca zamieszkania lub lokalizacji swojej aktywności biznesowej (czy zawodowej). Bardzo często tym poszukiwaniom towarzyszy ukrywanie przed ubezpieczycielem ważnych informacji o prawdziwych rozmiarach zagrożenia. Stąd ogromnie ważną sprawą staje się potrzeba właściwej komunikacji ubezpieczyciela z klientem, na co zwraca uwagę zarówno literatura krajowa, jak i literatura zachodnia¹.

1. Association of British Insurers, *Insuring our climate: thinking for tomorrow today*, September 2007, s. 12.

Niektóre zakłady ubezpieczeń, doświadczające wzrastających roszczeń odszkodowawczych, zarówno z tytułu zwiększających się rozmiarów szkód, jak i większej częstotliwości ich występowania, przeprowadzają negatywną selekcję klientów pochodzących z terenów zalewowych. Naruszają w ten sposób zasadę powszechności ubezpieczenia. Wzrasta przy tym znaczenie czynnika geograficznego, jako nośnika informacji o różnicowaniach przestrzennych ryzyka i strat, co uzasadnia zastosowanie narzędzia takiego na przykład, jak mapy ryzyka.

Naruszana przy tym jest także zasada dostępności ubezpieczeń poprzez ucieczkę zakładów ubezpieczeń od transakcji rynkowych przez stosowanie następujących metod:

- ceny zaporowe (kalkulacja składki na poziomie przekraczającym możliwości finansowe klienta),
- zmiana OWU (wprowadzanie wyłączeń odpowiedzialności tak daleko idących, że praktycznie pozbawiających klienta realnej ochrony),
- produkty śmieciowe w ofercie (z zaniżoną sumą ubezpieczenia, rażące niedoubezpieczeniem), które kupuje klient nie mając innego wyboru.

Wszystkie te zabiegi, choć zrozumiałe z punktu widzenia interesów ubezpieczycieli, odbierane są przez opinię publiczną negatywnie. W powszechnej opinii wszystkie zakłady ubezpieczeń obarczane są winą za utrudnianie dostępu do ubezpieczeń, co trwale podważa reputację całego sektora na polskim rynku.

W tej sytuacji wysiłki państwa takie, jak dotowanie składek, czy też nawoływania i apele polityków o zawieranie przez ludność umów ubezpieczenia (które w świadomości klientów nie dają żadnej ochrony lub zbyt małą) odbierane są jako efekt zmywy elit politycznych i establishmentu biznesowego.

W efekcie obywatele tracą zaufanie zarówno do ubezpieczeń, jak i do państwa, zwłaszcza jeśli nie wywiązuje się ono z realizacji zadań ujętych w programach ochronnych inwestycji infrastrukturalnych. Efekt ten negatywnie wzmacniają doraźne działania państwa i samorządów w postaci wypłat rekompensat za szkody powodziowe i w postaci pomocy socjalnej. Pomoc ta przyjmowana jest wprawdzie z wdzięcznością, ale nie ma ona charakteru systemowego i rodzi kolejne zarzuty o niesprawiedliwy podział, defraudację publicznych pieniędzy, koniunkturalizm przedwyborczy polityków etc.

Prace przygotowawcze do realizacji wielkich polskich programów gospodarki wodnej na Odrze właściwie zostały zakończone i nie ma żadnych przeszkód formalnych w realizacji inwestycji ochronnych ujętych w tych programach, jeśli zostaną one uznane za priorytetowe zadania państwa polskiego.

Problem do rozwiązania zilustrowano na przykładzie najważniejszej i do dziś nie zrealizowanej inwestycji „Programu Odra 2006” pod nazwą „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”. Ocena efektywności tego przedsięwzięcia inwestycyjnego w pełni uzasadnia jego realizację. Włożono wiele wysiłku w przygotowanie przejęcia i wykupu gruntów pod tę inwestycję ponosząc część nakładów finansowych przewidzianych na to zadanie².

2. Autorka jako kierownik dwóch zespołów naukowych dzieli się doświadczeniami badawczymi nabytymi na etapie prac przygotowawczych do realizacji projektu „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”.

Zakłady ubezpieczeń mogą odegrać ważną rolę, wspierając w ramach swoich zadań prewencyjnych naprawę lub budowę wałów przeciwpowodziowych, a także angażując się w *lobbing* na rzecz realizacji „Programu Odra 2006” i nowych inicjatyw powstałych po powodzi 2010.

1. Dokumenty programowe gospodarki wodnej w Polsce

Ogromna skala potrzeb infrastrukturalnych, doświadczenia z wielkiej powodzi lipcowej 1997 roku i czerwcowej 2010 roku oraz procesy integracyjne z Unią Europejską spowodowały, że problemy związane z gospodarką wodną stały się niezwykle pilne. Jeszcze w końcu dekady lat 90. wydawało się, że doczekają się one właściwej rangi w opracowanej przez ówczesne Ministerstwo Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa dokumentu pod nazwą „Strategia Gospodarki Wodnej w Polsce” i wielu innych dokumentów o znaczeniu krajowym i międzynarodowym³. Spośród ważniejszych dokumentów programowych opracowywanych w różnym czasie wymienić należy następujące:

- „Generalna Strategia Ochrony Przeciwpowodziowej Doliny Górnej i Środkowej Odry 1998”
- „Narodowy Program Odbudowy i Modernizacji 1997”
- „Program Małej Retencji 1995”
- „Program Odra 2005”
- „Program Odra 2006”.

We wszystkich wymienionych dokumentach programowych poświęcono bardzo wiele uwagi zagospodarowaniu Odry.

Za główny cel programu pod nową nazwą „Program Odra 2006” uznano zbudowanie systemu racjonalnej gospodarki wodnej dorzecza Odry, uwzględniającej potrzeby konsumpcyjne, zabezpieczenia przeciwpowodziowego, transportowe oraz ogólnogospodarcze.

W zakresie zabezpieczenia przeciwpowodziowego tylko w niewielkiej części zrealizowany program przewidywał następujące przedsięwzięcia:

- naprawę i modernizację zniszczonych przez powódź obiektów hydrotechnicznych,
- monitoring, prognozowanie i ostrzeganie,
- ograniczanie zagrożenia powodziowego i zapobieganie temu zagrożeniu poprzez właściwą gospodarkę przestrzenną,
- budowę stopni wodnych Malczyce i Lubiąż,
- zakończenie modernizacji i przebudowę na Odrze jazów: Chróścice, Ujście Nysy, Lipki i Rogów,
- odtworzenie i modernizację regulacji szlaku żeglownego na Odrze swobodnie płynącej,
- budowę zbiornika Racibórz.

3. Por. *Narodowy Program Odbudowy i Modernizacji, Strategiczny Program Rządu*. RM, Warszawa lipiec 1997 oraz Zalewski J., *Założenia programu budowy Odrzańskiego Systemu Wodnego, Program – Odra 2006*. Materiały dla Rządu RP, Wrocław, marzec 1998.

Ponadto przewidywano wykonanie kapitalnych remontów i modernizacji śluz na Kanale Gliwickim i tzw. śluz długich na odcinku skanalizowanym Odry.

Realizacja wymienionych przedsięwzięć pozwoliłaby zabezpieczyć zlewnię rzeki Odry przed katastrofalnymi skutkami powodzi oraz uzyskać odbudowaną i zmodernizowaną drogę wodną.

Spośród zadań zawartych w programie, za przedsięwzięcie o najwyższym znaczeniu uznano budowę zbiornika Racibórz⁴.

Realizacja tego przedsięwzięcia wymagałaby spełnienia kilku istotnych warunków:

- przedsięwzięcie to planistycznie było skoordynowane z realizacją zobowiązań międzynarodowych podjętych przez Polskę i w planach miało stanowić ich integralną część. W szczególności uwzględniało standardy techniczno-ekonomiczne i ekologiczne Unii Europejskiej,
- przedsięwzięcie to wymagałoby wysokich nakładów inwestycyjnych i w związku z tym wymagałoby zapewnienia stałych i pewnych źródeł finansowania,
- przedsięwzięcie to wymagałoby usprawnienia rozwiązań organizacyjno-prawnych i zapewnienia wysoko kwalifikowanej kadry wykonawczej.

Konieczność dotrzymania warunku zgodności ze zobowiązaniami międzynarodowymi wynikała już wtedy z podpisania przez Polskę:

- Układu Stowarzyszeniowego z Unią Europejską (1991)
- Konwencji Helsińskiej o ochronie środowiska morskiego obszaru Morza Bałtyckiego (1992)
- Konwencji o ochronie cieków transgranicznych i jezior międzynarodowych
- Konwencji o ochronie bioróżnorodności
- Umowy w sprawie Międzynarodowej Komisji Ochrony Odry przed Zanieczyszczeniem.

Przedsięwzięcie i sposób jego realizacji powinno było także odpowiadać zobowiązaniom wobec sąsiadów:

- Niemiec tj. odpowiadać warunkom umowy o współpracy w dziedzinie ochrony środowiska, umowy o żegludze śródlądowej
- Czech tj. odpowiadać warunkom umowy o współpracy w dziedzinie ochrony środowiska.

Przedsięwzięcie powinno było odpowiadać także ustaleniom trójstronnym czesko-niemiecko-polskim tj. odpowiadać warunkom umowy o współpracy w dziedzinie gospodarki wodnej na wodach granicznych i porozumieniu w sprawie programu działania dla prewencji ochrony przed powodzią w dorzeczu Odry.

Uzgodnienia wynikające z przedstawionych umów, dotyczące konkretyzacji przedsięwzięcia były i – wobec niezrealizowania przedsięwzięcia – nadal pozostają sprawą niezwykle trudną i czasochłonną, biorąc pod uwagę różnice w interesach narodowych i międzynarodowych. Poważnym utrudnieniem pozostaje nadal brak dostosowania polskiej klasyfikacji wód śródlądowych do klasyfikacji europejskiej.

4. Malec, S., *Inwestycje infrastruktury ochronnej na przykładzie zabezpieczenia przeciwpowodziowego obszarów nadodrzańskich*, w: „Infrastruktura techniczna wsi – ku integracji europejskiej”, Wydawnictwo Akademii Rolniczej w Krakowie Katedra Technicznej Infrastruktury Wsi, Polskie Towarzystwo Inżynierii Rolniczej, Komitet Techniki Rolniczej PAN, Kraków 1998.

2. Identyfikacja projektów ochronnych w ramach programu Odra

Prace przygotowawcze do strategii rozwiązania problemów związanych z Odrą rozpoczęto bezpośrednio po zawarciu Układu Stowarzyszeniowego z 1991 roku, który zobowiązywał stronę polską do sprecyzowania potrzeb i roli Odry nie tylko w systemie gospodarczym Polski, ale również powiązania tego systemu z systemem gospodarczym Europy, a w szczególności Republiki Czeskiej i Republiki Federalnej Niemiec⁵. W roku 1994 opracowano dwa ważne dokumenty, a mianowicie „Studium przystosowania rzeki Odry do europejskiego systemu dróg wodnych” oraz „Raport w sprawie przystosowania rzeki Odry do europejskiego systemu dróg wodnych”. Oba te opracowania stały się podstawą „Programu rozwoju drogi wodnej Odry do 2005 roku”, któremu po akceptacji przez Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów w 1996 roku nadano nazwę „Program Odra 2005”. Powódź z 1997 roku wymusiła zweryfikowanie tego programu w kierunku prewencyjnej ochrony przed powodzią poprzez odpowiednie planowanie przestrzenne w dorzeczu Odry i przedsięwzięcia służące poprawie stanu ilościowego i jakościowego infrastruktury ochronnej. Skorygowany program ogłoszono pod nową nazwą „Program Odra 2006”. Potrzeby finansowe w realizacji „Programu Odra 2006” przedstawia Tablica 1.

Tablica 1. „Program Odra 2006”. Przewidywane nakłady inwestycyjne na realizację „Programu Odra 2005” w mln PLN (ceny z 1998 r.)

Zadania inwestycyjne	Nakłady	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Budowa Stopnia wodnego Malczyce	243,48	6	70	80	40	47,48			
Zakończenie bud. zbior. Topola	129,8	4,5	35	45	45,3				
Zakończenie budowy Zbiornika Kozielno	112	2,1	20	25	35	29,9			
Budowa zbiornika Racibórz	800	50	100	150	150	150	150	50	
Budowa zbiornika Kamieniec Ząbkowicki	548	50	60	75	80	85	90	95	13
Zakończenie bud. jazu Rogów	4,65	4,65							
Zakończenie bud. jazu Lipki	22,89	2	5	5,5	6	4,39			
Budowa jazu Chróście	26	0,2	5	6	7	7,8			
Budowa jazu Ujście Nysy	35		6,5	7,5	8,5	9	3,5		
Budowa stopnia wodn. Lubiąż	320	5	30	70	80	70	65		
Budowa jazu Psie Pole	25		5	5	10	5			
Budowa jazu Oława	35			5	10	10	10		

ciąg dalszy Tablicy na str. 54.

5. Bagiński L., *Program rozwoju drogi wodnej rzeki Odry*, w: „Odra River – Development Opportunities and Challenges from the European Perspective”. International Conference, 4-5 November 1998, Wrocław 1998.

Ciąg dalszy Tablicy ze str. 53.

Zadania inwestycyjne	Nakłady	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Budowle regulacyjne na Odrze od Lubięża do ujścia Nysy Łużyckiej	350	3,57	37,18	109,25	110	50	40		
Budowle regulacyjne na Odrze Swobodnie płynącej od ujścia Nysy Łużyckiej do ujścia Warty	233,5	5,2	23,6	22,9	27,5	28,7	32,4	28,9	64,3
Budowle regulacyjne na Odrze swobodnie płynącej od ujścia Warty do Szczecina, Korekta trasy regulacyjnej	294,4	9,5	26,7	40,3	41,6	36,8	49,6	42,5	47,4
RAZEM	3179,72	142,72	423,98	646,45	650,9	534,07	440,5	216,4	125

Źródło: Opracowanie na podstawie Zalewski J., Założenia programu budowy Odrzańskiego Systemu Wodnego, „Program Odra 2006”, Materiały dla Rządu RP, Wrocław, marzec 1998.

Jedynym skutecznym środkiem radykalnie zwiększającym stopień zabezpieczenia przeciwpowodziowego w dolinie Odry było i nadal pozostaje tworzenie retencji dla redukcji kulminacji wezbrań powodziowych. Najbardziej efektywne w tym zakresie będą zbiorniki przeciwpowodziowe lub zbiorniki wielozadaniowe, z takim podziałem pojemności, w którym funkcja przeciwpowodziowa stanowiłaby zdecydowany priorytet. Lokalizacja dla takich zbiorników powinna się znaleźć w górnych partiach zlewni Odry i jej dopływu – Nysy Kłodzkiej.

W dorzeczu Górnej i Środkowej Odry, do ujścia Nysy Łużyckiej, znajduje się 16 zbiorników retencyjnych z wydzieloną rezerwą powodziową, 12 suchych zbiorników przeciwpowodziowych oraz 13 polderów. Ich pojemność powodziowa wynosi łącznie 357,0 mln m³. Rozkład lokalizacji tych pojemności jest jednak taki, że powyżej Wrocławia pojemność przeciwpowodziowa wynosi już tylko 171,4 mln m³, zaś powyżej Opola zaledwie 18,8 mln m³. W dorzeczu Odry powyżej Raciborza w chwili obecnej Polska nadal nie posiada wystarczającej rezerwy powodziowej, bowiem wybudowany polder Buków ma pojemność zaledwie ok. 30 mln m³. W tej sytuacji lokalizacja zbiornika Racibórz Dolny zyskuje dodatkową wartość, ponieważ jest koniecznym warunkiem redukcji fal wezbraniowych na samej granicy Polski.

W wyniku przeglądu obowiązujących klasyfikacji projektów inwestycyjnych, zawartych w różnych aktach prawa Unii Europejskiej, inwestycję „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny” zakwalifikowano w sposób następujący:

- jako inwestycję infrastrukturalną (art. 5, Reg. 2083/93 ERDF Regulation oraz Statement CF Regulation),
- jako wielki projekt inwestycyjny (art.16/2, Zarządzenie Rady Council Regulation 2082/93) o koszcie większym niż 25 mln ECU/euro,
- jako inwestycję sektora szóstego „Zaopatrzenie w wodę, transport i dystrybucja” spośród 15 sektorów wymienianych przez Komisję Europejską⁶.

6. *Guide to Cost Benefit Analysis of Major Project. In the context of EC Regional Policy*, European Commission, Directorate – General for Regional Policy and Cohesion, Brussels 1997.

3. Analiza ekonomiczna i ocena efektywności inwestycji „Budowa zbiornika wodnego Racibórz”

Funkcje i przewidywane efekty lokalne i ponadlokalne zbiornika opisane są w dokumencie Koncepcja Programowo-Przestrzenna Zbiornika Racibórz, gdzie na pierwszym miejscu wymieniono najważniejszy cel wodnogospodarczy w brzmieniu: „zapewnić skuteczną ochronę przeciwpowodziową doliny Odry, dając założenie dla budowy systemu nowych obwałowań”⁷. Ochrona przeciwpowodziowa jest więc zasadniczą funkcją zbiornika i dotyczy nie tylko jego potencjalnego wpływu na tereny przyległe, ale ma zasięg ponadlokalny i dotyczy znacznie większego obszaru doliny Odry.

Częstotliwość występowania historycznych fal powodziowych oraz możliwości zbiornika Racibórz w zakresie redukcji tych fal prezentuje Tablica 2.

Tablica 2. Zbiornik Racibórz. Efekty redukcji historycznych fal powodziowych Rezerwa powodziowa 170 mln m³

Lp.	Fala historyczna	Prawdopodobieństwo pojawienia się w %	Maksymalny dopływ w m ³ /s	Maksymalny odpływ w m ³ /s	Redukcja odpływu w m ³ /s
1	1903	7,00	1 177	500	667
2	1915	11,00	1 014	500	514
3	1930	16,00	890	500	390
4	1939	6,00	1 250	500	750
5	1940	10,00	1 060	500	560
6	1960	11,00	1 000	500	500
7	1965	18,00	939	500	439
8	1966	15,00	1 005	500	505
9	1972	4,00	1 395	500	895
10	1977	12,00	975	500	475
11	1977	18,00	859	500	359
12	1985	4,00	1 340	500	840
13	1997	0,02	3 120	1 538	1 582

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów ODGW, a następnie RZGW w Gliwicach.

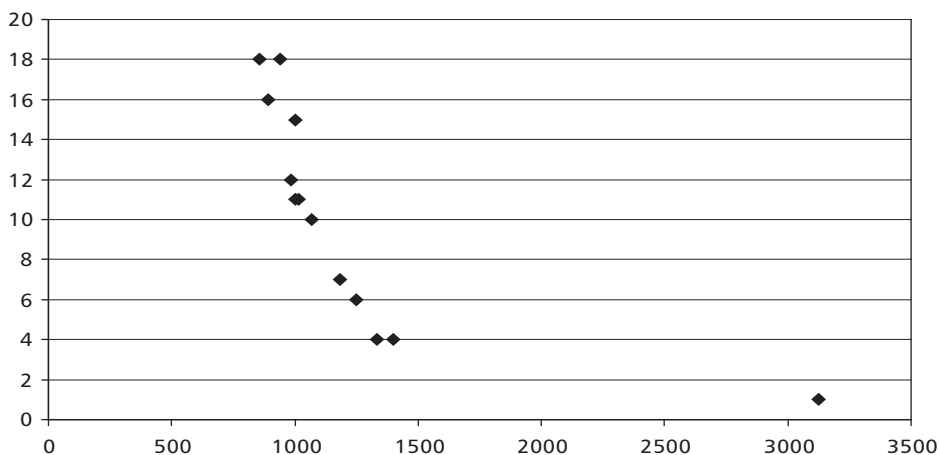
W interpretacji prawdopodobieństwa oraz okresu powtarzalności należało uwzględnić, że przepływ kulminacyjny maksymalnego wezbrania wywołanego roztopami śniegu czy opadami deszczu, jakie wystąpiły w jednym roku hydrologicznym, nie ma wpływu na wielkość wezbrań jakie wystąpią w roku następnym. Wobec tego ciąg przepływów maksymalnych rocznych może być traktowany jako ciąg wartości niezależnych, a więc ciąg stanowiący próbę prostą. Wynika stąd, że prawdopodobieństwo wystąpienia w każdym roku określonej wartości przepływu maksymalnego i większych od niego, jako maksimum rocznego, jest w każdym roku takie samo. Tak więc podawany często zamiast prawdopodobieństwa p okres powtarzalności T ($T = 1/p$) nie oznacza, że np.

7. Podstawa prawna: *Pozwolenia wodnoprawne na wykonanie urządzeń wodnych* – wydawane na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. – Prawo wodne.

przepływ o prawdopodobieństwie $p=0,01$ tj. 1 proc., a więc o okresie powtarzalności $T=100$ będzie pojawiał się co 100 lat czy raz na sto lat. Jedyną dopuszczalną interpretacją okresu powtarzalności jest stwierdzenie, że w bardzo długim okresie N lat, wielokrotnie przekraczającym okres powtarzalności, przepływ ten może pojawić się przeciętnie N/T razy. Na przykład przepływ o okresie powtarzalności $T = 100$ może w ciągu $N = 1000$ lat pojawić się przeciętnie 10 razy.

Prawdopodobieństwo występowania historycznych fal powodziowych oraz możliwości zbiornika Racibórz w zakresie redukcji tych fal prezentuje Wykres 1.

Wykres 1. Prawdopodobieństwo występowania fal powodziowych



Źródło: Opracowanie własne.

Z Tablicy 2 oraz wykresu 1 wynika, że dobrą aproksymacją funkcji rozkładu prawdopodobieństwa dla fal powodziowych powodujących znaczące straty będzie funkcja:

$$p(x) = \lambda \int_1^{\infty} e^{-\lambda x}$$

gdzie:

$x = \frac{\Phi}{\Phi_0}$ – stosunek przepływu do przepływu minimalnego skutkującego powodzią
 $[\text{m}^3/\text{s}], \cdot \Phi_0 = 800 [\text{m}^3/\text{s}]$

λ – parametr rozkładu, wyznaczony na podstawie danych z Tablicy 2 jako równy 2,360701.

Dla szacowania strat powodziowych przyjęto aproksymację liniową tzn. 0 PLN dla przepływów 800 $[\text{m}^3/\text{s}]$ i mniejszych oraz 1 510 863 706 PLN dla przepływu 3120 $[\text{m}^3/\text{s}]$ (dane dla fali powodziowej 1997 r.), co wyraża się wzorem:

$$S(x) = \frac{\Phi_0 * S_{\max}}{\Phi_{\max} - \Phi_0} (x - 1)$$

gdzie:

$$x = \frac{\Phi}{\Phi_0} \quad \text{– stosunek przepływu do przepływu minimalnego skutkującego powodzią} \\ \text{[m}^3/\text{s]}$$

$$\Phi_0 = 800 \text{ [m}^3/\text{s]}$$

$$\Phi_{\max} = 3\,120 \text{ [m}^3/\text{s]} \quad \text{– dla fali powodziowej 1997 r.}$$

$$S_{\max} = 1\,510\,863\,706 \text{ PLN} \quad \text{– dla fali powodziowej 1997 r.}$$

Roczne straty powodziowe mogą więc być szacowane jako:

$$S_R = \int_1^{\infty} S(x) * p(x) dx = \frac{\lambda * \Phi_0 * S_{\max}}{\Phi_{\max} - \Phi_0} * \int_1^{\infty} (x - 1) e^{-\lambda x} dx$$

Po wykonaniu obliczeń:

$$S_R = \frac{\Phi_0 * S_{\max} * e^{-\lambda}}{\lambda(\Phi_{\max} - \Phi_0)}$$

$$S_R = 20\,823\,172 \text{ PLN}$$

gdzie:

S_R – spodziewane estymowane roczne straty powodziowe.

Efekty w postaci uniknięcia strat powodziowych wystąpią po zakończeniu drugiego etapu budowy, tj. po 8 latach od rozpoczęcia inwestycji.

Do obliczeń przyjęto szacunki strat powodziowych w obszarze oddziaływania zbiornika (1 510 863 706 PLN – dla fali powodziowej 1997 r.). Jednak ochrona przeciwpowodziowa dotyczy nie tylko jego wpływu na tereny przyległe, ale ma zasięg ponadlokalny i odnosi się do obszaru doliny Odry (szacunki strat powodziowych w tym obszarze są znacznie większe i wynoszą ok. 5 956 074 000 PLN – dla fali powodziowej 1997 r.). Dlatego można zakładać, że pozytywne efekty oddziaływania zbiornika w zapobieganiu stratom powodziowym będą większe.

Podstawą koncepcji budowy zbiornika Racibórz Dolny jest jej ścisłe powiązanie z postępowaniem eksploatacji kruszywa, co umożliwi zwiększenie pojemności zbiornika. W obrębie terenu inwestycji udokumentowano na powierzchni 27,4 km² złożę kruszywa naturalnego o łącznej kubaturze 196 mln m³ zalegające pod nakładem 99 mln m³.

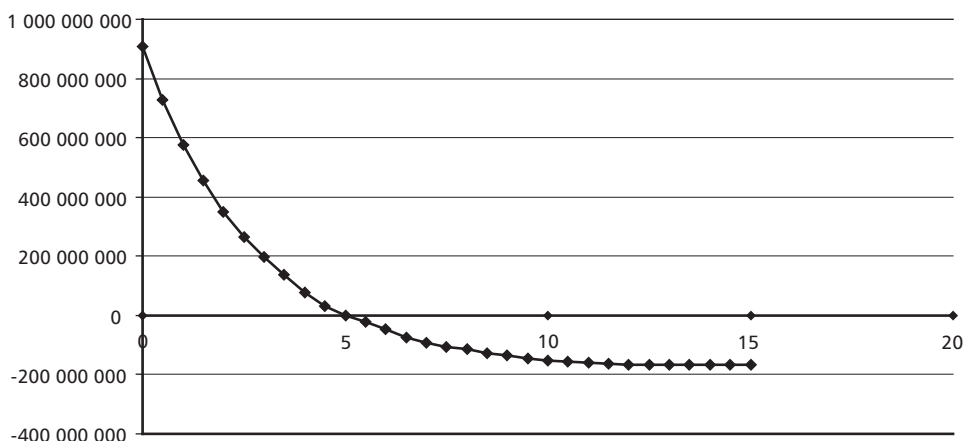
Z tytułu wydobycia surowca przedsiębiorstwo eksploatacyjne płaci opłatę w wysokości 6 proc. wartości surowca, co daje szacunkową roczną wielkość opłat eksploatacyjnych 6,3 mln PLN (105 mln zł x 0,06 = 6,3 mln zł). Opłaty eksploatacyjne stanowią dochód gmin, na terenie których znajdują się złoża oraz dochód Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Warszawie⁸.

Sprzedaż surowca obciążona jest podatkiem VAT w wysokości 7 proc. wartości surowca, co daje szacunkową roczną wielkość opłat eksploatacyjnych 7,35 mln PLN (105 mln zł x 0,07 = 7,35 mln zł), i to stanowi dochód budżetu państwa.

W analizie techniką *Cost Benefit Analysis* niezbędne jest określenie ekonomicznej wartości składników kosztów i korzyści mających ceny rynkowe poprzez tzw. ceny – cienie (*shadow prices*)⁹. Dla celów niniejszej analizy przyjęto, że wartość kruszywa w złożu, wynikająca z jego ceny – cienia równej różnicy pomiędzy jego ceną rynkową a kosztami pozyskania ponoszonymi przez przedsiębiorstwa eksploatacyjne (co w praktyce równa się wysokości podatków (VAT) i opłat eksploatacyjnych), równa jest 13,65 mln zł rocznie. Nakłady inwestycyjne i ich rozkład w czasie są zgodne z zestawieniem kosztów inwestycyjnych i wstępnym harmonogramem realizacji inwestycji. Koszty eksploatacyjne są szacowane na 2 proc. wartości inwestycji. Przy tym poziomie ocenia się, że wartość środków trwałych (w przeważającej części w postaci budowli) nie ulegnie deprecjacji – stąd wynika niezmienną wartość inwestycji na koniec okresu obliczeniowego.

Wyniki analizy przedstawia Wykres 2, który informuje, że NPV projektu jest zawarte pomiędzy 905 918 975 zł (wartość dodatnia) dla zerowej stopy dyskonta, a -170 494 597 zł (wartość ujemna) dla stopy dyskonta równej 15 proc. Wartość IRR wynosi 5,04 proc.

Wykres 2. Zależność NPV projektu „Budowa zbiornika wodnego Racibórz” od dyskonta



Źródło: Opracowanie własne.

8. Podstawa prawna – Ustawa prawo geologiczne i górnictwa z dnia 4 lutego 1994 r., Dz.U. z dnia 1 marca 1994 r. z późniejszymi zmianami.
9. *Guide to Cost Benefit Analysis ...op.cit.*, s.6 i dalsze.

Inwestycje infrastrukturalne związane z gospodarką wodną, do jakich zaliczyć należy inwestycję „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”, mają zazwyczaj niski IRR w porównaniu z inwestycjami przemysłowymi, a w wielu przypadkach nawet ujemny. Według danych Komisji Europejskiej, wartości średnie IRR w różnych branżach przedstawiają się następująco:

- Energetyka 7,0 proc.
- Woda i środowisko -0,1 proc. (min = -16,1 proc.; max = +10,36 proc.)
- Transport 6,5 proc.
- Przemysł 19,0 proc.

Obliczona dla niniejszego projektu wartość IRR = 5 proc. jest więc bardzo korzystna. Jest to ponadto wartość raczej zaniżona, gdyż występują tu także dodatkowe korzyści, niebrane pod uwagę w obliczeniach. Są to:

- pozytywny wpływ na uniknięcie strat powodziowych w całej dolinie Odry, a nie tylko w bezpośrednim sąsiedztwie zbiornika,
- występowanie znacznych korzyści poza horyzontem czasowym niniejszej analizy, związanych z:
 - wykorzystaniem energetycznym zgromadzonych zasobów wodnych,
 - wykorzystaniem zasobów wodnych do celów konsumpcji,
 - wykorzystaniem walorów rekreacyjnych zbiornika,
 - wykorzystaniem zasobów wodnych do zapewnienia możliwości żeglugowych na rzece Odrze,
 - wykorzystaniem zbiornika do celów gospodarki rybackiej.

Reasumując, analiza ekonomiczna efektywności projektu inwestycyjnego „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny” wykazuje, że realizacja inwestycji byłaby wysoce uzasadniona ekonomicznie.

4. Problemy związane z planowanym przejęciem i wykupem terenów pod projektowane przeciwpowodziowe inwestycje infrastrukturalne

Trudnym problemem były i są uzgodnienia ze społecznościami lokalnymi, zamieszkającymi na terenach lokalizacji projektu inwestycyjnego. Wprawdzie budowa zbiornika Racibórz z jednej strony wydaje się być oczywistą koniecznością, dobrze uświadomioną przez miejscową ludność ze względu na stałe zagrożenie powodziowe potwierdzone także w powodzi w 2010 r., ale z drugiej strony wiadomo, że wymusi ona przesiedlenia i związane z tym zmiany nie tylko miejsca zamieszkania, ale być może miejsca zatrudnienia, miejsca nauki, zmianę stylu życia, a nawet wykonywanego zawodu.

Przedmiotem rozważań są problemy związane z planowanym przejęciem i wykupem terenów pod projektowany zbiornik wodny Racibórz w celu poznania tych terenów i dokonania charakterystyki bonitacyjnej gruntów i gospodarstw oraz oceny gotowości miejscowej ludności do opuszczenia tych terenów, a także rozpoznania warunków stawianych przez przyszłych przesiedleńców, na jakich skłonni są opuścić swoje domostwa.

Celem aplikacyjnym jest kompleksowa identyfikacja barier związanych z planowanym przejściem terenów pod projektowany zbiornik oraz określenie sposobów przezwyciężenia lub ograniczenia tych barier, których do 2010 roku nie udało się pokonać.

Procedura badawcza obejmowała przeprowadzenie analizy materiałów źródłowych, w oparciu o które dokonano charakterystyki bonitacyjnej gruntów. W następnym etapie badań dokonano syntezy wyników badań ankietowych przeprowadzonych przez Pracownię Badań Społecznych wśród mieszkańców¹⁰. Procedurę badawczą zakończył etap formułowania wniosków poznawczych i aplikacyjnych¹¹.

4.1. CHARAKTERYSTYKA BONITACYJNA GRUNTÓW ZAJĘTYCH POD PROJEKTOWANY ZBIORNIK „RACIBÓRZ”

Zasięg przestrzenny projektowanego zbiornika wynikający z załączonych opracowań kartograficznych i dokumentacji projektowej inwestycji obejmuje obszar 2426,72 ha.

Z tej ogólnej powierzchni użytki rolne zajmują 1853,58 ha, a ich struktura rodzajowa i struktura bonitacyjna prezentowana jest w Tablicy 3.

Klasy bonitacyjne użytków rolnych określają jakość użytku rolnego pod względem jego przydatności do produkcji rolniczej. Klasa I określa najwyższą wartość rolniczą, a klasa VI najniższą. Sady zaliczane są do gruntów rolnych, co oznacza się zwykle symbolem R przy klasie bonitacyjnej. Grunty orne oraz pastwiska zaliczone do klasy VI z odpowiednim symbolem RZ (grunty rolne) lub PsZ (pastwiska) są to grunty, które ze względu na niską jakość zostały uznane w toku gleboznawczej klasyfikacji gruntów za nieprzydatne do uprawy i przeznaczone do zalesienia (Z).

Ustawa o ochronie gruntów rolnych i leśnych z dnia 3 lutego 1995 roku¹² chroni grunty rolne zaliczone do klas I – III oraz grunty rolne klas IV – VI wytworzone z gleb organicznych, nie uwzględnia natomiast klas V i VI wytworzonych z gleb pochodzenia mineralnego. Zgodnie z art. 12 ust. 15 ustawy, rada gminy może podjąć uchwałę o objęciu na jej obszarze ochroną również gruntów rolnych zaliczonych do klas IV, IV a, IV b, wytworzonych z gleb pochodzenia mineralnego.

Tablica 3. Użytki rolne według klas bonitacyjnych w ha

Klasy bonitacyjne	Rola	Sad	Łąka	Pastwisko	PsZ	Razem	Udział w %
Klasa I	–	–	–	–	–	–	–
Klasa II *	44,27	0,40	50,95	7,14	–	102,76	5,54
Klasa III	–	–	194,09	1,57	–	195,66	10,56
Klasa IIIa *	620,45	0,25	–	–	–	620,70	33,49
Klasa IIIb *	619,01	8,51	–	–	–	627,52	33,85
Razem klasa III	1239,46	8,76	194,09	1,57	–	1443,88	77,90
Razem I – III	1283,73	9,16	245,04	8,71	–	1546,64	83,44

Ciąg dalszy tablicy na str. 61

10. Wyniki badań ankietowych „Zbiornik Racibórz”, Pracownia Badań Społecznych, Katowice 1998.

11. Jędrzejczyk, I., Lorek, E., Cebo, J., Henzel, H., *Sprawozdanie z badań inwentaryzacyjnych i ankietowych dotyczących zajęcia i wykupu terenów i budynków oraz charakterystyki bonitacyjnej gruntów zajętych pod zbiornik „Racibórz”,* AE Katowice, Hydroprojekt Warszawa, Katowice-Warszawa 14 listopad 1998 r. (maszynopis).

12. Dz. U. Nr 16, poz. 78.

Ciąg dalszy tablicy ze str. 60.

Klasy bonitacyjne	Rola	Sad	Łąka	Pastwisko	PsZ	Razem	Udział w %
Klasa IV	–	–	72,41	12,36	–	84,77	4,57
Klasa IV a *	165,52	0,88	–	–	–	166,40	8,98
Klasa IV b	27,88	–	–	–	–	27,88	1,50
Razem klasa IV	193,40	0,88	72,41	12,36	–	279,05	15,05
Klasa V	6,37	–	4,86	14,28	–	25,51	1,38
Razem IV – V	199,77	0,88	77,27	26,64	–	304,56	16,43
Klasa VI	–	–	1,33	–	1,05	2,38	0,13
Razem I –VI	1483,5	10,04	323,64	35,35	1,05	1853,58	100,00

* W odniesieniu do pozycji „Sad” odpowiednio RII, RIIIA, RIIIB, RIVA.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z operatów ewidencji gruntów prowadzonych przez Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Wodzisławiu Śląskim, Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Raciborzu, Wydział Geodezji i Gospodarki Gruntami Urzędu Miasta Raciborza.

Jak wynika z tablicy 3 aż 83,44 proc. gruntów, będących użytkami rolnymi i objętych zasięgiem projektowanego zbiornika, stanowią grunty klas bonitacyjnych I – III tj. grunty chronione ustawą. Ich powierzchnia zajmuje 1546,64 ha. Inwestycja spowoduje ich wyłączenie z użytkowania rolniczego na cele nierolnicze i nieleśne, co wiąże się z koniecznością poniesienia opłat w trybie tej ustawy.

Opłaty za przejmowanie gruntów rolnych na cele nierolnicze zasilają Fundusz Ochrony Gruntów Rolnych, który pozostawał wówczas w gestii Ministerstwa Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej a dziś Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz wojewodów (80 proc. dochodów Funduszu).

Ustawa przewidywała analogiczny tryb postępowania w przypadku wyłączeń gruntów leśnych na cele nierolnicze i nieleśne. W analizowanym przypadku zbiornik obejmie swoim zasięgiem przestrzennym 147,51 ha lasów (Tablica 4), powodując zmianę użytkowania tych gruntów na cele nieleśne.¹³

Tablica 4. Stan ewidencyjny i kierunki wykorzystania powierzchni przeznaczanej pod zbiornik Racibórz Dolny

Kierunki wykorzystania	Stan ewidencyjny w ha	Udział w %
Użytki rolne	1853,58	76,38
W tym		
Rola	1483,50	61,13
Sady	10,04	0,41
Łąki	323,64	13,34
Pastwiska	35,35	1,46
Pastwiska pod zalesienia	1,05	0,04
Lasy	147,51	6,08
Zadrzewienia	14,00	0,58

Ciąg dalszy tablicy na str. 62.

13. Por. także ustawę z dnia 28 września 1991 r. o lasach, Dz. U. z 2005 r. Nr 45, poz. 435, z późn. zm. 20.

Ciąg dalszy tablicy ze str. 61.

Kierunki wykorzystania	Stan ewidencyjny w ha	Udział w %
Wody	184,56	7,61
W tym		
Wody stojące	124,99	5,15
Wody płynące	59,57	2,46
Rowy	14,84	0,61
Użytki kopalne	16,74	0,70
Tereny komunikacyjne	53,39	2,20
W tym		
Drogi	52,57	2,17
Inne tereny komunikacyjne	0,82	0,03
Tereny osiedlowe	39,98	1,65
W tym		
Tereny zabudowane	28,86	1,20
Tereny nie zabudowane	0,16	0,01
Tereny zieleni	10,96	0,45
Tereny różne	3,98	0,16
Nieużytki	92,30	3,80
Razem tereny do wyłączenia z dotychczasowego użytkowania	2426,72	100,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z operatów ewidencji gruntów prowadzonych przez Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Wodzisławiu Śląskim, Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Raciborzu, Wydział Geodezji i Gospodarki Gruntami Urzędu Miasta Raciborza.

Opłaty za przejmowanie gruntów leśnych na cele nieleśne zasilają Fundusz Leśny, który jest administrowany przez Okręgowe Przedsiębiorstwa „Lasy Państwowe” i który pozostawał w tamtym czasie w gestii Ministerstwa Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, a obecnie Ministerstwa Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Fundusz Leśny został utworzony na podstawie art. 36 o ochronie gruntów rolnych i leśnych z 1982 r. i utrzymany ustawą o lasach z dnia 28 września 1991 r.¹⁴.

Dochodami Funduszu Leśnego są m.in. kary i opłaty związane z wyłączeniem z produkcji gruntów leśnych.

Opłaty z tytułu wyłączenia gruntów rolnych i leśnych na cele nierolnicze i nieleśne mogą mieć następującą postać:

- jednorazowa należność z tytułu wyłączenia gruntów,
- opłaty roczne,
- opłaty roczne podwyższone,
- jednorazowe odszkodowania.

Konieczne byłoby rozpoznanie czy i jakie opłaty z tytułu wyłączenia gruntów rolnych i leśnych należałoby ponieść w związku z projektowanym zbiornikiem.

Dane zawarte w Tablicy 4 potwierdzają, że grunty rolne, które obejmują swoim zasięgiem przestrzennym zbiornik, stanowią 76,38 proc. całkowitej powierzchni przeznaczonej na tę inwestycję.

14. Dz. U. Nr 101, poz. 444 a także Dz. U. z 2005 r. Nr 45, poz. 435, z późn. zm. 20.

Należy przyjąć, że koszty wykupu gruntów zależą będą od ich klasy bonitacyjnej, dotychczasowego użytkowania (Tablica 3), a także poziomu cen urzędowych, korygowanych wskaźnikiem rynkowym. W sprawach wykupu lub zamiany nieruchomości, cenę wykupu ustala się i wypłaca według zasad określonych w przepisach o wywłaszczeniu nieruchomości. Koszty nabycia lub zamiany nieruchomości ponosi jednostka organizacyjna określona przez organ właściwy do spraw gospodarki gruntami i wywłaszczenia nieruchomości.

W stosunku do praw mieszkańców i miejscowych podmiotów gospodarczych wyłączenie powierzchni z dotychczasowego użytkowania na cele projektowanego zbiornika stanowi jednocześnie ograniczenie prawa własności oraz prawa do swobody działalności gospodarczej. Zgodnie z zasadą korzyści wzajemnych i nienaruszalności posiadanych praw, tym ograniczeniom powinny odpowiadać stosowne rekompensaty oraz inne rozwiązania zaspokajające roszczenia odszkodowawcze, wynikające z rzeczywiście poniesionych strat lub z rachunku „utraconych korzyści”. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o zagospodarowaniu przestrzennym¹⁵ gwarantowała równouprawnienie podmiotów publicznych i prywatnych, przywracała prawa właścicieli nieruchomości, a w obrocie gruntami wprowadzała zasady gospodarki rynkowej, co podtrzymuje nadal nowa ustawa z dnia 23 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym gminy, wielokrotnie nowelizowana (ostatnio 20 maja 2010 r.).

Tablica 5. Stan ewidencyjny i kierunki wykorzystania gruntów rolnych przeznaczonych pod zbiornik

Kierunki wykorzystania	Klasa I –III w ha	Klasa IV – V w ha	Klasa VI w ha	Razem w ha	Udział w %
Grunty orne	1283,73	199,77	–	1483,50	80,03
Sady	9,16	0,88	–	10,04	0,54
Łąki	245,04	77,27	1,33	323,64	17,46
Pastwiska	8,71	26,64	–	35,35	1,91
Pastwiska pod zalesienia	–	–	1,05	1,05	0,06
Razem	1546,64	304,56	2,38	1853,58	100,00
Udział w %	83,44	16,43	0,13	100,00	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z operatów ewidencji gruntów prowadzonych przez Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Wodzisławiu Śląskim, Wojewódzkie Biuro Geodezji i Terenów Rolnych – Rejonowy Oddział w Raciborzu, Wydział Geodezji i Gospodarki Gruntami Urzędu Miasta Raciborza.

Zmiana dotychczasowych kierunków wykorzystania tak dużej powierzchni, jaką swoim zasięgiem miałyby objąć zbiornik w sposób istotny wpłynie na uwarunkowania zagospodarowania przestrzennego.

Wprawdzie w planie województwa przewidziano rezerwę terenów pod zbiornik, ale ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o zagospodarowaniu przestrzennym spowodowała, że

15. Dz. U. Nr 89 z dnia 25 sierpnia 1994 r. z późn. zmianami oraz Dz. U. nr 80 z dnia 10 maja 2003 z późn. zmianami.

z dniem wejścia nowych przepisów w życie tj. z dniem 1 stycznia 1995 roku straciły moc dotychczasowe założenia do planów regionalnych i plany regionalne. W związku z reformą administracyjną kraju i nowym podziałem terytorialnym od stycznia 1999 roku rozpoczęte prace nad sporządzeniem dla województw studium zagospodarowania przestrzennego, a następnie programów wojewódzkich, uległy istotnym korektom. Wszystkie wskazane prace planistyczne trzeba było wznowić po wejściu w życie nowej ustawy z dnia 23 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym gminy.

W miejscowych planach zagospodarowania przestrzennego gmin Gorzyce i Lubomia przewidziano wprawdzie rezerwę terenów pod zbiornik, ale miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego, które obowiązywały w dniu wejścia w życie ustawy utraciły moc w dniu 31 grudnia 1999 roku. Przed terminem wejścia w życie nowelizowanej ustawy z 2003 roku rada gminy w każdej z gmin zobowiązana była do uchwalenia studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy. W studium uwzględnia się także uwarunkowania wynikające z zadań służących realizacji ponadlokalnych celów publicznych. Wydaje się więc koniecznym podjęcie w trybie pilnym negocjacji z miejscowym samorządem w celu wprowadzenia najpierw do studium, a następnie do planu zmian w użytkowaniu terenu, spowodowanych zamierzeniami inwestycyjnymi związanymi ze zbiornikiem wodnym.

Miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego jest podstawą wydawania decyzji o ustaleniu warunków zabudowy i zagospodarowania terenu. Ustawa wprowadza obowiązek dla gminy dołączenia do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego „prognozy skutków wpływu ustaleń planu na środowisko przyrodnicze”.

Ustawa stanowi, że warunkiem realizacji zadań rządowych, w tym zbiornika wodnego, jest ich wprowadzenie do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z gminą (tryb negocjacji określony stosownymi aktami wykonawczymi do ustawy m.in. rozporządzeniem Rady Ministrów). Wprawdzie w przypadku braku uzgodnienia z gminą, o wprowadzeniu zadania do planu rozstrzyga Rada Ministrów. Doświadczenia wskazują jednak, że niedocenicanie negocjacji z samorządem, nawet w przypadku wielkich programów międzynarodowych takich jak np. „Strategiczny Program Oświęcimski”, program budowy autostrad (nawet pod rządami tzw. specustawy o autostradach) etc. skutkuje długotrwałymi konfliktami, niemożnością realizacji przewidzianego w trybie ustawy wprowadzenia przez rząd zadania do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego, a w najlepszym wypadku wielkimi opóźnieniami w realizacji projektu i związanych z tym wzrostem kosztów.

Ograniczenia odgórnego narzucania gminom polityki przestrzennej i wprowadzania do planów miejscowych elementów zagospodarowania o znaczeniu publicznym ponadlokalnym stanowi jeszcze jeden poważny argument do pilnego podjęcia negocjacji z samorządami gminnymi nowej kadencji. Konieczne jest przygotowanie poważnych argumentów dla uzasadnienia i obrony projektu zbiornika i proponowanych w jego ramach rozwiązań w procesie uzgadniania i negocjacji z samorządem.

Na gminie spoczywa ponadto obowiązek sporządzenia programu rozwoju zrównoważonego i ochrony środowiska (zgodnie z art. 90 znowelizowanej ustawy o ochronie i kształtowaniu środowiska z dnia 31 stycznia 1980 r., a obecnie zgodnie z nowym prawem środowiskowym z 2010 roku¹⁶).

4.2. STOSUNEK MIESZKAŃCÓW DO PRZEWIDYWANEJ INWESTYCJI

Wyniki badań ankietowych z roku 2000 charakteryzują ówczesny stan gotowości miejscowej ludności do opuszczenia terenów planowanych do przejęcia pod projektowany zbiornik wodny Racibórz Dolny, a także charakteryzują warunki stawiane przez przyszłych przesiedleńców, na jakich skłonni są opuścić swoje domostwa.

Wyniki badań ankietowych pozwoliły określić:

1. Liczbę gospodarstw i szacunkową liczbę mieszkańców, których problem zajęcia, wykupu i przesiedleń dotyczy bezpośrednio,
2. stopień gotowości mieszkańców do przeniesienia się na nowe siedziby,
3. czynniki wpływające na gotowość do przesiedlenia i siłę ich oddziaływania na decyzje mieszkańców podejmowane w tym przedmiocie,
4. oczekiwaną lokalizację nowej siedziby,
5. oczekiwaną formę rekompensaty za zajęcie nieruchomości i innych składników mienia, za utracone korzyści oraz za uciążliwości związane ze zmianą miejsca zamieszkania,
6. inne warunki stawiane przez mieszkańców w związku z przesiedleniem,
7. powierzchnię posiadanych gruntów na terenie planowanym do zajęcia pod zbiornik i strukturę ich użytkowania,
8. zabudowę w inwentaryzowanych gospodarstwach i jej strukturę rodzajową.

W oparciu o wyniki ankiety można było przyjąć, co następuje:

1. Problem zajęcia, wykupu i przesiedleń bezpośrednio dotyczy:
 - 178 gospodarstw (w tym 168 gospodarstw, które zechciały poddać się badaniom ankietowym i 10 gospodarstw, które odmówiły udziału w badaniach), zlokalizowanych we wsi Ligota Tworkowska i Nieboczowy,
 - ok. 240 rodzin (w gospodarstwach, które poddały się badaniom ankietowym),
 - ok. 660 osób (w gospodarstwach, które poddały się badaniom ankietowym),

16. Ustawa z 21 maja 2010 r. o zmianie ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 119, poz. 804, a także aktów prawa, których przedmiotem są warunki prowadzenia robót polegających na regulacji wód oraz budowie wałów przeciwpowodziowych, a także robót melioracyjnych, odwodnień budowlanych oraz innych robót ziemnych zmieniających stosunki wodne na terenach o szczególnych wartościach przyrodniczych, zwłaszcza na terenach, na których znajdują się skupienia roślinności o szczególnej wartości z punktu widzenia przyrodniczego, terenach o walorach krajobrazowych i ekologicznych, terenach masowych lęgów ptactwa, występowania skupień gatunków chronionych oraz tarlisk, zimowisk, przepławek i miejsc masowej migracji ryb i innych organizmów wodnych – w tym ustawy z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody oraz ustawy z 3 października 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przyrody oraz niektórych innych ustaw, Dz. U 2008 nr 201 poz. 1237.

w tym 65 dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej i 32 dzieci uczęszczających do szkoły średniej.

Istnieje rozbieżność, co do liczby gospodarstw, rodzin i osób, pomiędzy danymi podawanymi przez Urząd Gminy Lubomia a stanem faktycznym stwierdzonym w czasie badań ankietowych.

2. Stopień gotowości mieszkańców do przeniesienia się na nowe siedziby był zadowalający, co uzasadniają następujące dane:

- tylko 5,1 proc. zdecydowanie nie chciała opuścić dotychczasowej siedziby (18 gospodarstw),
- 3,0 proc. nie udzieliło odpowiedzi,
- 91,9 proc. wyraziła gotowość do przesiedlenia się (w tym: 16,1 proc. jak najszybciej tj. do roku; 13,1 proc. w terminie 2-3 lat; 7,7 proc. nie potrafiła określić terminu lub pójdzie za głosem większości; 36,3 proc. po formalnym nakazie).

Przedstawiona interpretacja wyników badań ankietowych różni się istotnie od interpretacji dokonanej przez Pracownię Badań Społecznych¹⁷. Różnica wynika stąd, że w opracowaniu traktuje się dużą grupę odpowiedzi „po formalnym nakazie” (36,3 proc.) jako wyrażenie gotowości do przesiedlenia przez osoby przyjmujące postawę poszanowania dla prawa i podporządkowania się jego nakazom, zaś Pracownia traktuje te odpowiedzi jako wyraz negatywnego nastawienia badanych.

3. Do najważniejszych czynników wpływających na gotowość do przesiedlenia i termin przesiedlenia, według siły oddziaływania tych czynników na decyzje mieszkańców podejmowane w tym przedmiocie, należały:

- praca zawodowa poza rolnictwem, która wpływa na opóźnianie terminów przesiedlenia z powodu zwiększenia się odległości do miejsca pracy i trudności z dojazdem (34 rodziny) lub z koniecznością szukania nowej pracy (13 rodzin) a w nielicznych przypadkach wpływa na odmowę,
- posiadanie dzieci uczęszczających do szkoły, co także wpływa na opóźnianie terminów deklarowanego opuszczenia obecnego miejsca zamieszkania,
- podeszły wiek i związana z tym niska mobilność, co wpływa na opóźnianie terminu przesiedlenia lub odmowę,
- wielkość rodziny lub jej wielopokoleniowość nie ma istotnego wpływu na gotowość do przesiedlenia,
- posiadanie gospodarstwa rolnego nie ma istotnego wpływu na gotowość do przesiedlenia, tylko nieliczni odmawiają przesiedlenia a zdecydowana większość widzi dla siebie szansę nowego sposobu życia.

4. Oczekiwania dotyczące lokalizacji nowej siedziby przedstawiały się następująco:

- tylko 6 proc. badanych oczekiwało możliwości wyprowadzenia się poza granice dotychczas zamieszkiwanej gminy Lubomia, a pożądane miejsca osiedlenia się to: Racibórz (3 rodziny), Pszów (2 rodziny), Brzeź (2 rodziny), nie nazwane wsie (2 rodziny) oraz (po jednej rodzinie) Wodzisław, Syrenia, Rzuchów, Gorzyce, Rogów, Nieboczowice, okolice Rybnika,

17. Wyniki badań ankietowych „Zbiornik Racibórz”, Pracownia Badań Społecznych, Katowice 1998.

- aż 60 proc. było zdecydowanych na nowe miejsce osiedlenia w granicach dotychczas zamieszkiwanej gminy Lubomia.
5. Oczekiwana forma rekompensaty za zajęcie nieruchomości i innych składników mienia, za utracone korzyści oraz za uciążliwości związane ze zmianą miejsca zamieszkania przedstawiała się następująco:
- odtworzenia swoich gospodarstw rolnych oczekuje 13 gospodarstw, co oznacza konieczność zaoferowania rekompensaty w postaci domu i ziemi,
 - gospodarstw nie zgadzających się na przenosiny (łącznie z odmawiającymi udziału w badaniach ankietowych) jest 17 i dla nich należy przyjąć także formę rekompensaty w naturze, umożliwiającą odtworzenie ich siedzib,
 - 2 gospodarstwa warunkują przeniesienie otrzymaniem innego domu, ale nie zamierzają odtwarzać produkcji rolniczej,
 - 15 gospodarstw oczekuje odrębnych mieszkań dla wspólnie zamieszkujących obecnie rodzin (są to gospodarstwa złożone z dwóch rodzin, zatem łącznie potrzebne jest 30 osobnych mieszkań), nie wie jeszcze jak w tej sprawie zdecydować dalszych 18 badanych wielorodzinnych gospodarstw,
 - 146 badanych gospodarstw, pomimo wahań sporej części właścicieli, może przyjąć rekompensaty w formie finansowej,
 - na specjalną uwagę zasługują podmioty o szczególnych funkcjach publicznych, do potrzeb których należy dostosować formę rekompensaty za mienie np. kościół i obiekty parafialne, dom fundacji Caritas, kaplica cmentarna.
6. Inne warunki stawiane przez mieszkańców w związku z przesiedleniem to:
- skonkretyzowanie ofert rekompensaty lub odszkodowań, jako warunek podjęcia decyzji o przesiedleniu,
 - warunek uzyskania odpowiednich rekompensat finansowych (lub mieszkań) zdecydowanie przeważa wśród rodzin utrzymujących się z wynagrodzeń za pracę zawodową,
 - warunek odtworzenia działalności gospodarczej stawia:
 - 1,2 proc. prowadzących dotychczas hodowlę bydła lub trzody,
 - 1,2 proc. prowadzących warsztat lub sklep,
 - prowadzący dotychczas specjalistyczne uprawy rolne nie oczekują odtworzenia.
7. Powierzchnia posiadanych gruntów na terenie planowanym do zajęcia pod zbiornik i struktura ich użytkowania charakteryzowały się następującymi cechami:
- struktura agrarna badanego terenu była niekorzystna: prawie jedną trzecią stanowiły gospodarstwa nieposiadające gruntów uprawnych lub dysponujące niewielkimi działkami (do 0,5 ha); prawie połowę stanowiły gospodarstwa drobne (do 5 ha), gospodarstwa średnie (od 5-10 ha) stanowiły 8 proc., gospodarstwa duże (większe niż 10 ha) były nieliczne i stanowiły ok. 2 proc. ogółu gospodarstw,
 - łączna powierzchnia pól uprawnych i użytków rolnych wynosiła 444 ha i pozostawała w dyspozycji 138 gospodarstw posiadających tytuł własności,
 - łączna powierzchnia działek zabudowanych wynosiła 75 ha i pozostawała w dyspozycji 161 gospodarstw posiadających tytuł własności.

8. Zabudowa w inwentaryzowanych gospodarstwach i jej struktura rodzajowa przedstawiała się następująco:

- zinwentaryzowana substancja budowlana badanych gospodarstw obejmowała 663 obiekty, w tym: 178 budynków mieszkalnych, 114 budynków inwentarskich, 102 szopy i stodoły, 93 budynki pomocnicze, 37 garaży wolno stojących oraz 139 innych obiektów,
- w kategorii innych obiektów ujęto obiekty o nietypowych funkcjach, takie jak: domki letniskowe, restauracja, kaplica cmentarna, kościół i obiekty parafialne, dom fundacji Caritas,
- zinwentaryzowana substancja budowlana w większości nie pochodziła z zabudowy nowej: 44 proc. zabudowy pochodzi sprzed 1945 roku, a około 25 proc. z lat 1956-1970,
- pomimo różnego wieku istniejące obiekty były w przeważającej mierze dobrze wyposażone technicznie,
- wyposażenie w infrastrukturę techniczno-ekonomiczną terenu jest dobre, ale badane wsie nie posiadały wtedy kanalizacji i pełnej sieci telefonicznej.

Analiza wyników dotychczasowych badań sprzed 10 lat daje niepełny obraz postaw mieszkańców wobec inwestycji ochronnej. Jednakże charakter odpowiedzi ankietowych wskazuje, że mieszkańcy prezentowali postawę zróżnicowaną, przy pełnej świadomości niedogodności i ryzyka związanego ze zmianą miejsca i sposobu życia.

Zakończenie

Zamiar kontynuacji budowy zbiornika Racibórz Dolny, do czego skłaniają skutki kolejnych powodzi włącznie z powodzią z roku 2010, zdecydowanie wymaga pilnej aktualizacji wyników i szybkich decyzji realizacyjnych.

Analiza wyników dotychczasowych badań prowadzi do wielu cennych wniosków poznawczych i aplikacyjnych.

Za najważniejsze uznać można następujące wnioski:

1. Istnieje możliwość poprawy stopnia gotowości mieszkańców do przesiedlenia poprzez następujące przedsięwzięcia:
 - negocjacje z mieszkańcami, co do wysokości i form rekompensat,
 - udzielenie gwarancji ich otrzymania dzięki zawarciu umów wstępnych cywilnoprawnych, określających istotne zagadnienia wykupu ruchomości i nieruchomości z określeniem w szczególności zasad wyceny i terminów zapłaty, a w przypadku przesiedleń wskazanie terminu, miejsca i innych warunków przesiedlenia,
 - negocjacje z urzędami pracy właściwymi dla miejsc przesiedlenia się mieszkańców w celu pomocy w znalezieniu nowego miejsca pracy, pomocy w przekwalifikowaniu się etc.,
 - negocjacje z urzędami administracji terenowej właściwymi dla miejsc przesiedlenia się mieszkańców w celu zapewnienia kontynuacji nauki szkolnej dla dzieci i młodzieży z możliwie dogodną lokalizacją (z urzędami gmin w zakresie nauki w szkołach podstawowych, z urzędami powiatowymi w zakresie nauki w szkołach średnich),

- stała działalność informacyjna skierowana do mieszkańców o planowanej inwestycji, jej nieodwracalności i jej wpływie na życie mieszkańców.
2. W celu uniknięcia ewentualnych konfliktów i eskalacji roszczeń należy z dużym wyprzedzeniem podjąć działania dla stworzenia warunków:
- odtworzenia gospodarstw rolnych w postaci domu i ziemi dla tych podmiotów, które tego oczekują,
 - odtworzenia siedzib dla gospodarstw rolnych, nie zamierzających odtwarzać produkcji rolniczej,
 - rekompensaty w postaci mieszkań lub domu dla gospodarstw nierolniczych, które tego oczekują, z uwzględnieniem większych potrzeb mieszkaniowych gospodarstw wielorodzinnych w sytuacji, gdy rodziny te chcą zamieszkać osobno,
 - rekompensaty finansowej dla pozostałych gospodarstw,
 - rekompensaty dla podmiotów o szczególnych funkcjach publicznych za mienie takie jak np. kościoły i obiekty parafialne, dom fundacji Caritas, kaplica i urządzenia cmentarne.
3. Istnieje presja ze strony mieszkańców, wybierających nowe miejsca osiedlenia w granicach zamieszkiwanej dotychczas gminy Lubomia, na lokalizację w bliskim sąsiedztwie brzegów projektowanego zbiornika. Zagroza to zanieczyszczeniem wód, ponieważ gmina nie jest skanalizowana.
- W związku z powyższym zagrożeniem należy:
- chronić przed zabudową tereny położone w bliskim sąsiedztwie brzegów zbiornika poprzez zakaz ich zabudowy,
 - uwzględnić w projekcie inwestycji budowę oczyszczalni ścieków,
 - wspierać budowę sieci kanalizacyjnej dla gminy Lubomia.
4. W związku z potrzebą przejęcia gruntów należy w trybie pilnym podjąć negocjacje:
- z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi w zakresie najdogodniejszych form opłat za wyłączenie gruntów rolnych na cele nierolnicze i minimalizacji obciążeń finansowych z tego tytułu a może nawet starania o zwolnienia z tych opłat,
 - z Ministerstwem Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w zakresie form opłat za wyłączenie gruntów leśnych na cele nieleśne i minimalizacji obciążeń finansowych z tego tytułu a może nawet starania o zwolnienia z tych opłat.
5. W trybie pilnym należy doprowadzić do formalnego uznania projektowanego Zbiornika Wodnego za zadanie rządowe.
6. Nie czekając na decyzję w sprawie uznania inwestycji za zadanie rządowe, podjąć należy negocjacje z samorządem lokalnym (radą gminy Lubomia):
- w sprawie włączenia problemów tej inwestycji w prace nad nowym miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego i wprowadzenie rezerwy terenu na jej potrzeby,
 - w sprawie prognozy skutków wpływu ustaleń planu na środowisko przyrodnicze, w zakresie w jakim ten plan będzie dotyczył inwestycji,
 - w sprawie miejsca projektowanej inwestycji w programie zrównoważonego rozwoju i ochrony środowiska, który gmina ma obowiązek sporządzić zgodnie ze znowelizowanym prawem środowiskowym.

7. Nie czekając na decyzję w sprawie uznania inwestycji za zadanie rządowe, podjąć należy negocjacje z samorządem szczebla powiatowego i szczebla wojewódzkiego w sprawie wprowadzenia inwestycji do planów zagospodarowania przestrzennego i programów rozwoju.
8. Niedocenianie negocjacji z samorządem, a zwłaszcza radą gminy i mieszkańcami, może mieć daleko idące konsekwencje w postaci:
 - długotrwałych konfliktów, niemożnością wprowadzenia zadania rządowego do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego i związanych z tym opóźnień w realizacji projektu, a także wzrostu jego kosztów,
 - wstrzymania finansowania z zagranicznych źródeł pomocowych pod zarzutem nieprzestrzegania ratyfikowanej przez Polskę w czerwcu 1998 roku konwencji EKG ONZ o dostępie do informacji i udziale społeczeństwa w działalności na rzecz ochrony środowiska, a także dyrektywy Unii Europejskiej nr 90/313 o dostępie do informacji.

Niezależnie od przewidywanych trudności negocjacyjnych wskazanych w opracowaniu wydaje się, że przyczyną wieloletnich opóźnień realizacyjnych jest poważna bariera finansowa w realizacji „Programu Odra 2006”, w tym budowy zbiornika Racibórz, trudna do przewyciężenia w horyzoncie czasowym, jaki zakreślał program. W Programie, o którym mowa, szacowano przewidywane nakłady inwestycyjne do roku 2005 potrzebne na budowę zbiornika już w wysokości 800 mln PLN wg cen z 1998 roku.¹⁸

„Program Odra 2006” posiada plan finansowania poszczególnych przedsięwzięć bez wskazania źródeł tego finansowania i określa jedynie koszty i przewidywane terminy ich ponoszenia.

Wśród różnych opracowań przygotowawczych spotyka się różne propozycje finansowania „Programu Odra 2006”. W samym dokumencie wymienia się wszystkie możliwe źródła finansowania:

- budżet centralny w zakresie inwestycji i prac modernizacyjnych z udziałem inwestora elektrowni wodnych,
- z funduszy międzynarodowych instytucji finansowych (Bank Światowy, Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju, Europejski Bank Inwestycyjny),
- z funduszy Unii Europejskiej,
- z budżetów regionalnych,
- z budżetów lokalnych samorządów terytorialnych,
- z kredytów zagranicznych gwarantowanych przez rząd,
- z zagranicznych programów pomocowych,
- z Narodowego i Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Można też wskazać na źródła finansowania nie wymienione w dokumencie, takie jak: środki finansowe rządów innych krajów wynikających z umów bilateralnych i dodatkowe środki wspomagające, o które mogły ubiegać się polskie rządy kolejnych kadencji na budowę odcinka granicznego i inne.

18. Zalewski J., *Założenia programu budowy Odrzańskiego Systemu Wodnego, Program – Odra 2006*. Materiały dla Rządu RP, Wrocław marzec 1998.

Należy także intensywnie poszukiwać wsparcia zarówno u krajowych partnerów społecznych, jak i biznesowych.

Poważną rolę w przyspieszeniu procesów inwestycyjnych odegrać mogą zakłady ubezpieczeń. Mogą one w ramach działalności prewencyjnej wspierać państwo i samorządy terytorialne w realizacji inwestycji ochronnych o znaczeniu lokalnym, takich na przykład jak naprawa lub budowa wałów przeciwpowodziowych. Mogą samodzielnie lub poprzez Polską Izbę Ubezpieczeń wykazać zaangażowanie konsultacyjne na rzecz realizacji wielkich inwestycji ochronnych już zaplanowanych na przykład w „Programie Odra 2006”, a także popierać inicjatywę „Programu Wisła”, która to inicjatywa zrodziła się po powodzi z roku 2010.

Wykaz źródeł:

Association of British Insurers, *Insuring our climate: thinking for tomorrow today*, September 2007.

Bagiński L., *Program rozwoju drogi wodnej rzeki Odry*, w: *Odra River – Development Opportunities and Challenges from the European Perspective*. International Conference, 4-5 November 1998, Wrocław – Poland.

Guide to Cost Benefit Analysis of Major Project. In the context of EC Regional Policy, European Commission, Directorate –General for Regional Policy and Cohesion, Brussels 1997

Jędrzejczyk, I., Lorek, E., Henzel, H., *Ocena efektywności inwestycji „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”*, RZGW w Gliwicach, AE Katowice, Katowice 1999 (maszynopis).

Jędrzejczyk, I., Lorek, E., Cebo, J., Henzel, H., *Sprawozdanie z badań inwentaryzacyjnych i ankietowych dotyczących zajęcia i wykupu terenów i budynków oraz charakterystyki bonitacyjnej gruntów zajętych pod zbiornik „Racibórz”*, AE Katowice, Hydroprojekt Warszawa, Katowice-Warszawa 14 listopad 1998 r. (maszynopis).

Malec, S., *Inwestycje infrastruktury ochronnej na przykładzie zabezpieczenia przeciwpowodziowego obszarów nadodrzańskich*, w: *Infrastruktura techniczna wsi – ku integracji europejskiej*, Wydawnictwo Akademii Rolniczej w Krakowie, Katedra Technicznej Infrastruktury Wsi, Polskie Towarzystwo Inżynierii Rolniczej, Komitet Techniki Rolniczej PAN, Kraków 1998.

Narodowy Program Odbudowy i Modernizacji, Strategiczny Program Rządu. RM, Warszawa lipiec 1997.

Ustawa z dnia 21 maja 2010 r. o zmianie ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 119, poz. 804.

Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przyrody oraz niektórych innych ustaw, Dz. U 2008 nr 201 poz. 1237.

Ustawa z dnia 23 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, Dz. U. nr 80 z dnia 10 maja 2003 z późn. zmianami.

Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. – Prawo wodne, Tekst jednolity: Dz. U. z 2005 r. Nr 239, poz. 2019 z późn. zm.

Ustawa o ochronie gruntów rolnych i leśnych z dnia 3 lutego 1995 r., Dz. U. Nr 16, poz. 78.

Ustawa prawo geologiczne i górnicze z dnia 4 lutego 1994 r., Dz.U. z dnia 1 marca 1994 r. z późniejszymi zm.

Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o lasach, Dz. U. z 2005 r. Nr 45, poz. 435, z późn. zm.
Wyniki badań ankietowych „Zbiornik Racibórz”, Pracownia Badań Społecznych, Katowice 1998.

Zalewski J., *Założenia programu budowy Odrzańskiego Systemu Wodnego, Program – Odra 2006*. Materiały dla Rządu RP, Wrocław marzec 1998.

Zbiornik Racibórz na rzece Odrze. Studium przedprogramowe zagospodarowania przestrzennego, Hydroprojekt Wrocław Spółka z o.o Wrocław 1997.

Protection investment projects in limiting consequences of flood risk – role of prevention – Summary

In the study, the author presents her research experience gained after the great flood in July 1997, when she held the position of the head of two scientific teams which carried out assessment of the effectiveness of the most important and still unfinished investment project of „Program Odra 2006” called “Construction of Racibórz Dolny body of water” (pol. „Budowa zbiornika wodnego Racibórz Dolny”). The teams also examined conditions of taking over and purchasing land for this investment project.

The author's intention is to emphasise the positive role insurance companies could play in building their image in the field of protection investment projects. In particular, they can – as part of prevention actions – support the state and local government in executing protection investment projects which are important for local communities, such as construction or reparation of dykes. They may demonstrate, on their own or through the Polish Chamber of Insurance, commitment in consultations aimed at implementation of already planned huge protection investment projects, for example as part of „Program Odra 2006”, and support „Program Wisła” initiative.

Prof. dr hab. IRENA JĘDRZEJCZYK jest pracownikiem naukowym w Zakładzie Prawa i Finansów, na Wydziale Nauk Ekonomicznych SGGW w Warszawie.

Recenzenci: dr Marzena Bac, prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI
MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK

Obniżenie składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu

Celem niniejszego artykułu jest analiza wprowadzonych do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK¹, nowych rozwiązań prawnych w zakresie obniżania składki ubezpieczeniowej za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu. W pierwszej części autorzy przedstawiają pojęcie czasowego wycofania pojazdu z ruchu, przewidzianego w ustawie – prawo o ruchu drogowym. Następnie omówione zostają zmiany w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, które weszły w życie z dniem 4 kwietnia 2010 r. Dokładnie chodzi tu o art. 8 ust. 4-7 oraz art. 42a wprowadzające po raz pierwszy na grunt polskiego prawa ubezpieczeniowego instytucję ustawowego obniżenia składki w obowiązkowych ubezpieczeniach komunikacyjnych. Analiza zmian poprzedza szczegółowe przedstawienie szeregu uwag krytycznych odnośnie nowelizacji, do których należy zaliczyć przede wszystkim: nieuwzględnienie przez ustawodawcę wszystkich stanów faktycznych, które mogą wystąpić w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu, problematykę rzeczywistego zmniejszenia prawdopodobieństwa zajścia wypadku, stosowanie art. 816 k.c. w omawianej sytuacji, czy też maksymalnego poziomu redukcji składki (95 proc.). W podsumowaniu autorzy stwierdzają, iż sama instytucja obniżenia składki jest społecznie i gospodarczo pożyteczna. Jednak jej uregulowanie w obecnym kształcie wydaje się nastroczać zbyt wiele wątpliwości praktycznych i interpretacyjnych.

1. UFG – Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny; PBUK – Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wprowadzenie

Dnia 12 lutego 2010 r. Sejm RP uchwalił ustawę o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz o zmianie niektórych innych ustaw². Ustawa ta weszła w życie z dniem 4 kwietnia 2010 r. Na jej mocy (por. art. 3 noweli) wprowadzono do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK³, istotne zmiany w zakresie ubezpieczenia OC dotyczące tzw. pojazdu czasowego wycofanego z ruchu. Celem niniejszego artykułu jest analiza nowo przyjętych rozwiązań legislacyjnych.

1. Pojęcie czasowego wycofania pojazdu z ruchu

Możliwość czasowego wycofania pojazdu z ruchu przewidziana została w ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym⁴, dokładnie w art. 78a. Zgodnie z tym przepisem, czasowego wycofania pojazdu z ruchu może zażądać właściciel pojazdu lub podmiot, któremu powierzono pojazd w trybie przepisu art. 73 ust. 5 ustawy. Wycofania dokonuje wyłącznie na wniosek wskazanych osób starosta właściwy ze względu na miejsce ostatniej rejestracji pojazdu, wydając decyzję o czasowym wycofaniu pojazdu z ruchu. Decyzja taka może zostać wydana jeżeli do depozytu starostwa złożone zostaną dowód rejestracyjny i tablice rejestracyjne pojazdu (zwraca się je po ustaniu czasowego wycofania z ruchu). Niemniej, nie dochodzi w omawianym przypadku do wyrejestrowania pojazdu. Czasowe wycofanie pojazdu z ruchu polega bowiem na jego okresowym i prawnym wyłączeniu z ruchu (pojazd nie może w nim w żaden sposób uczestniczyć)⁵. Zakres rodzajowy pojazdów, które mogą zostać czasowo wycofane z ruchu jest ograniczony i obejmuje wyłącznie: zarejestrowane samochody ciężarowe i przyczepy o dopuszczalnej masie całkowitej od 3,5 tony, ciągniki samochodowe, pojazdy specjalne oraz autobusy. Stąd omawiana instytucja prawa drogowego dotyczy przede wszystkim pojazdów wykorzystywanych w ramach wykonywania rolniczej lub pozarolniczej działalności gospodarczej (np. transport, spedycja, odpłatny przewóz osób, roboty budowlane etc.), co oczywiście nie wyklucza stosowania obniżenia składki w obrocie konsumenckim. Pojazd może być czasowo wycofany z ruchu na okres od 2 do 24 miesięcy. Okres ten może być przedłużony, jednak łączny czas wycofania nie może przekraczać 48 miesięcy, licząc od dnia wydania decyzji przez starostę⁶. Przywrócenie pojazdu do ruchu następuje albo na skutek upływu okresu wycofania pojazdu, albo na wniosek właściciela pojazdu lub podmiotu, któremu powierzono pojazd (w trybie przepisu art. 73 ust. 5 ustawy Prawo o ruchu drogowym), o skrócenie okresu czasowego wycofania⁷. Wreszcie, pojazd musi zostać należycie zabezpieczony na okres czasowego wycofania z ruchu. Należy zapewnić postój pojazdu poza drogą publiczną i strefą zamieszkania. Oznacza to m.in.

2. Dz. U. Nr 43, Poz. 246, zwanej dalej nowelą lub nowelizacją.
3. Dz. U. Nr 124, Poz. 1152 ze zm., zwanej dalej ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych.
4. Tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 108, Poz. 908, ze zm.
5. Por. Stefański A., *Prawo o ruchu drogowym. Komentarz*, LEX, 2008.
6. Do wejścia w życie noweli, pojazd mógł być czasowo wycofany z ruchu na okres od 2 do 6 miesięcy, z możliwością jednorazowego przedłużenia do łącznie 9 miesięcy w roku, licząc od dnia wycofania pojazdu z ruchu – od dnia 4 kwietnia 2010 r. terminy te zostały więc znacząco wydłużone.
7. Por. Stefański A., *op. cit.*

obowiązek zabezpieczenia pojazdu przed możliwością jego uruchomienia przez osobę niepowołaną oraz zachowanie innych środków ostrożności niezbędnych do uniknięcia wypadku (stosuje się tu odpowiednio art. 46 ust. 5 ustawy).

Zasady czasowego wycofania pojazdu z ruchu uszczegółowione zostały rozporządzeniem ministra infrastruktury z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie czasowego wycofania pojazdów z ruchu⁸, które ustala m.in. wysokość opłat w tym zakresie.

2. Zmiany w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych

Przedstawiona nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych sprowadziła się do możliwości obniżenia składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zgodnie z nowym art. 8 ust. 4 **w przypadku czasowego wycofania pojazdu z ruchu, skutkującego zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń, na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego, jest obowiązany do proporcjonalnego obniżenia składki ubezpieczeniowej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu.** Znaczący jest minimalny limit obniżenia składki. Art. 8 ust. 5 przewiduje bowiem, że składka ubezpieczeniowa, już po uwzględnieniu przysługujących posiadaczowi pojazdu mechanicznego zniżek, **ulega obniżeniu nie mniej niż o 95 proc.** Redukcja składki następuje po ustaleniu składki przypisanej brutto dla konkretnego ubezpieczającego. Mamy więc do czynienia z konstrukcją tzw. procentu składanego czyli: składka taryfowa minus zniżki dla konkretnego ubezpieczającego minus co najmniej 95 proc. Na posiadacza pojazdu nałożono przy tym pewne obowiązki informacyjne w stosunku do zakładu ubezpieczeń. Otóż obowiązany jest on do niezwłocznego powiadomienia zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku, zakład ubezpieczeń może odpowiednio podwyższyć składkę ubezpieczeniową, począwszy od dnia, w którym ustało czasowe wycofanie pojazdu z ruchu. Wreszcie, nowy art. 42a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych stanowi, że przepisy art. 41 i 42 stosuje się odpowiednio do zwrotu składki, w wysokości proporcjonalnej, obniżonej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego.

W uzasadnieniu poselskiego projektu ustawy (druk sejmowy nr 2401) czytamy, iż nowelizacja miała na celu przystosowanie przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych do instytucji czasowego wycofania pojazdów z ruchu oraz uelastycznienie norm związanych z odpowiedzialnością ubezpieczeniową posiadaczy pojazdów mechanicznych.

3. Analiza zmian w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych

Na samym wstępie należy wskazać, iż przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – w tym nowo uchwalone przepisy art. 8 ust. od 4 do 7 oraz 42a – są przepisami bezwzględnie obowiązującymi⁹ (*ius cogens*). Oznacza to, iż nie mogą one zostać

8. Dz. U. Nr 285, Poz. 2856 ze zm.

9. Por. m.in. Kowalewski E. (red.); Fuchs D.; Serwach M.; Mogilski W.W., *Prawo Ubezpieczeń Gospodarczych*, (wyd. 3), Bydgoszcz-Toruń 2006, s. 272-275 lub Rogowski S. (red.), *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Warszawa 2008, s. 19.

zmienione w drodze jakiegokolwiek czynności prawnej, np. poprzez modyfikację ich przez strony umowy ubezpieczenia. Inaczej mówiąc, nie są dozwolone żadne odstępstwa od przepisów bezwzględnie obowiązujących. Ze względu na szczególną społeczną rolę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, swoboda w kształtowaniu treści umowy ubezpieczenia obowiązkowego jest w znacznym stopniu ograniczona właśnie przepisami ustawy¹⁰.

Prima facie, nowe przepisy art. 8 ust. od 4 do 7 w jednoznaczny sposób określają zasady proporcjonalnego obniżenia składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Po pierwsze, następuje ono tylko na wniosek posiadacza (w przeciwnym razie zakład ubezpieczeń nie ma obowiązku obniżania składki)¹¹. Po drugie, w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu, występować musi zmniejszone ryzyko wystąpienia wypadku w okresie ubezpieczenia. Po trzecie, obniżenie składki następuje tylko na okres czasowego wycofania z ruchu (tj. od 2 do maksymalnie 48 miesięcy). Po czwarte, minimalna kwota obniżenia składki wynosi 95 proc., po uwzględnieniu zniżek dla danego ubezpieczającego. Po piąte, posiadacz pojazdu obowiązany jest do niezwłocznego poinformowania zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu, pod rygorem odpowiedniego podwyższenia składki, począwszy od dnia, w którym ustało czasowe wycofanie pojazdu z ruchu (co ustala sam zakład ubezpieczeń, w oparciu o posiadane informacje, uzyskane np. od policji czy prokuratury w związku choćby z zaistniałym zdarzeniem drogowym, w którym brał udział ubezpieczony pojazd).

Ze względu na brzmienie oraz charakter znowelizowanego art. 8 ust. od 4 do 7, przedstawiony tam sposób obniżenia składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu, który nie może być w jakikolwiek sposób zmieniany przez strony umowy ubezpieczenia (**szczególnie przez zakład ubezpieczeń na niekorzyść ubezpieczającego**). Trzeba przede wszystkim wyraźnie zaakcentować, iż dotychczasowe brzmienie art. 8 nie dawało podstawy do modyfikacji zasad obniżania składki. Zgodnie z tym przepisem, taryfy oraz wysokość składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe ustala zakład ubezpieczeń (przy czym zakład ubezpieczeń przedstawia KNF informacje o taryfach składek ubezpieczeniowych i podstawach ich ustalania, a informacje te powinny zawierać w szczególności analizę szkodowości oraz kosztów obsługi ubezpieczenia uzasadniającą wprowadzenie każdorazowej zmiany w taryfie). Jednakże, przepis ten dotyczył wyłącznie ustalania taryf oraz składek, a nie wysokości obniżki. Skoro to konkretne zagadnienie jest regulowane w sposób odrębny przepisami o charakterze *ius cogens*, to znaczy, iż intencją ustawodawcy było ustalenie jednego sposobu obniżania składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu, który jest właściwy dla wszystkich zakładów ubezpieczeń. Inaczej mówiąc, zakład ubezpieczeń może obniżyć składkę według własnego uznania (w oparciu o logiczno-matematyczne podstawy), ale tylko w przedziale od 95 proc. w górę¹². Poza tym, przyjęć należy, iż art. 8 ust. od 4 do 7

10. Tak słusznie: Wąsiewicz A., *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz, 1995, s. 39.

11. Pozostaje jednak kontrowersyjna kwestia odpowiedniego zastosowania art. 816 k.c., o czym dalej (zob. artykuł Ludwichowskiej K., przyp. 23).

12. Przy czym, co jest oczywiste i wynika z art. 805 § 1 k.c., nie jest możliwe ubezpieczenie pojazdu przy założeniu „100 proc. redukcji” składki, gdyż umowa ubezpieczenia w takiej sytuacji byłaby nieważna (faktyczny brak zapłaty składki, której zapłata stanowi element przedmiotowo istotny umowy ubezpieczenia).

stanowią przepisy *lex specialis*, w stosunku do art. 8 ust. od 1 do 3; art. 8 ust. od 4 do 7 odnosi się bowiem do sytuacji wyjątkowej, wobec której ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie regulacji prawnej o charakterze szczególnym. **Stąd nie jest możliwe odmienne niż przewidziane w art. 8 ust. od 4 do 7 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych kształtowanie wysokości oraz zasad obniżania składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu.**

4. Uwagi krytyczne do zmian w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych

Nowe przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, choć ich interpretacja językowa jest jednoznaczna w zakresie wysokości oraz zasad obniżania składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu, mogą stać się źródłem wątpliwości co do ich zgodności i koherencji z innymi przepisami prawa ubezpieczeniowego. Każdy przepis należy bowiem odczytywać w związku z nim powiązаныmi pozostałymi merytorycznie normami¹³. Poniżej zostaną przedstawione – w zarysie – przykłady podstawowych zastrzeżeń i uwag co do nowo przyjętych rozwiązań.

Po pierwsze, należy zauważyć, iż przepisy art. 8 ust. 4 do 7 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych są bardzo związane i nie wydają się w pełni regulować wszystkich sytuacji, które mogą zaistnieć w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Należy zauważyć, iż np. w porównaniu do art. 813 § 1 zdanie drugie k.c. (gdzie stosunek ubezpieczenia wygasa, a za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej należy się zwrot składki¹⁴), nowe przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych są o wiele mniej liberalnie dla zakładu ubezpieczeń. W omawianej sytuacji stosunek ubezpieczenia nie wygasa, a ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal, choć w warunkach zmniejszonego prawdopodobieństwa wypadku (ryzyko „ruchu” takiego pojazdu jest w znaczącym stopniu zniwelowane). Niemniej zakład ubezpieczeń cały czas ponosi potencjalną odpowiedzialność. Powstaje pytanie, co w sytuacji zajścia wypadku w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu? Za „normalną” pod względem rozmiarów szkodę odpowiada zakład ubezpieczeń na „normalnych zasadach” (sumy gwarancyjne przewidziane w art. 36 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych pozostają na niezmiennym poziomie¹⁵), niemniej składka zostaje zredukowana do poziomu maksymalnie 5 proc. Co ciekawe, nie przewiduje się w opisanej sytuacji jakiejś „szczególnej” partycypacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwaran-

13. Powyższy zabieg interpretacyjny nazywany jest zasadą harmoniowania kontekstów, por. szeroko na ten temat: Morawski L., *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 73-74.

14. Por. szczegółowo: Kowalewski E., Ziemiak M., *W sprawie wykładni art. 813 § 1 k.c.*, Prawo Asekuracyjne nr 1/2010.

15. Inaczej mówiąc obniżenie składki w żaden sposób nie może wpływać na wypłacanie świadczeń z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na rzecz poszkodowanego – zakład ubezpieczeń nie może uzależniać wypłaty świadczeń od uzupełnienia składki przez posiadacza pojazdu albo też obniżać wysokości tych świadczeń (nie dość, że byłoby to niezgodne z ustawą, to pozostawiałoby poszkodowanego w niepewności co do rzeczywistej kompensacji szkody, co stanowiłoby zaprzeczenie istoty ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych).

cyjnego¹⁶ w kompensacji szkody, ani też regresu do samego posiadacza pojazdu (brak przepisów statuujących regres szczególny).

W przypadku kradzieży pojazdu czasowo wycofanego z ruchu powinien znaleźć zastosowanie art. 43 pkt. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zgodnie z którym zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania (regres), jeżeli kierujący wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa. Oczywiście nie jest pewne, czy zakład ubezpieczeń będzie w stanie skutecznie windykować regres od sprawcy kradzieży, szczególnie kiedy wysokość wyrządzonych szkód jest znaczna.

Sytuacja wygląda zupełnie inaczej, kiedy pojazd zostaje ponownie wprowadzony do ruchu w sytuacji innej niż popełnienie przestępstwa. Jak już wskazano, posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku, zakład ubezpieczeń może odpowiednio podwyższyć składkę ubezpieczeniową, począwszy od dnia, w którym ustało czasowe wycofanie pojazdu z ruchu. Powstaje tu problem synchronizacji przepisów prawa drogowego z przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Jak już wspomniano, przywrócenie pojazdu do ruchu następuje albo na skutek upływu okresu czasowego wycofania pojazdu, albo na wniosek właściciela pojazdu (por. m.in. § 5 ust. 2 powołanego wcześniej rozporządzenia ministra infrastruktury). Następuje to również w drodze decyzji, w której wskazuje się datę przywrócenia pojazdu do ruchu. **Wydaje się słuszne, aby przyjąć, iż data ustania czasowego wycofania pojazdu z ruchu, ustalana na potrzeby obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, powinna pokrywać się z datą przywrócenia pojazdu do ruchu wskazaną w decyzji¹⁷.** Od tego dnia pojazd może bowiem uczestniczyć w jakimkolwiek ruchu, gdyż dopiero po wydaniu przez starostę decyzji o przywróceniu do ruchu, posiadaczowi pojazdu zwrócone zostaną dowód rejestracyjny, karta pojazdu (o ile była wydana) oraz tablice rejestracyjne. Powstaje jednak pytanie jak traktować przypadek kiedy posiadacz – pomimo braku decyzji – wprowadza pojazd do ruchu drogowego? Albo kiedy szkoda powstaje na skutek „posługiwania” się pojazdem poza drogą publiczną np. na placu manewrowym przewoźnika? Wydaje się oczywiste, że nie zwalnia to w żadnym wypad-

16. Z pewnymi wyjątkami, które wynikają z dotychczasowych przepisów o UFG tj. przede wszystkim UFG zaspokajac będzie roszczenia za szkody na osobie, gdy szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości oraz w mieniu, w przypadku szkody, w której równocześnie u któregośkolwiek uczestnika zdarzenia nastąpiła śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający dłużej niż 14 dni, a szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości (por. art. 98 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).
17. Skoro art. 8 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych bezpośrednio odwołuje się do art. 78a ustawy Prawo o ruchu drogowym (a sama ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych nie zawiera w tym zakresie odrębnych uregulowań), to logicznym jest stosowanie przepisów prawa drogowego oraz stosownych rozporządzeń wykonawczych. Ponadto pozwala to uniknąć trudności dowodowych w ustaleniu od kiedy pojazd jest przywrócony do ruchu, a więc od kiedy można podwyższyć składkę ubezpieczenia OC.

ku zakładu ubezpieczeń od odpowiedzialności. Niemniej, nie ma podstaw do podwyższenia składki¹⁸. W grę wchodzić mogą tutaj różnorodne i mnogie konfiguracje stanów faktycznych. Pojazd może zostać wprowadzony do ruchu przez samego posiadacza, osobę mu bliską, osobę przez niego upoważnioną lub pracownika. Wprowadzenie do ruchu może być też rezultatem nieupoważnionych działań np. pracownika posiadacza pojazdu. Pewne sytuacje wydaje się „ratować” wspomniany art. 43 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych¹⁹. Kiedy osoby wprowadzające pojazd do ruchu nie będą posiadać uprawnień do kierowania takim pojazdem lub zbiegną z miejsca zdarzenia, zastosowanie znajdzie art. 43 pkt. 3 i 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych²⁰. W przypadku szkody wyrządzonej przez pracownika, należy mieć na uwadze wyrok SN z 10 września 2009 r. zapadły w sprawie V CSK 85/09²¹, zgodnie z którym przepis art. 120 § 1 kodeksu pracy nie wyłącza stosowania art. 43 pkt. 3. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w stosunku do kierowców, którzy nie posiadając wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, spowodowali przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych nieumyślnie szkodę osobie trzeciej. Niemniej, nie każda sytuacja ustania czasowego wycofania pojazdu z ruchu bez uzyskania decyzji starosty o jego przywróceniu do ruchu, mieścić się będzie w dyspozycji art. 43. **Zakład ubezpieczeń ponosi więc pełną odpowiedzialność, bez możliwości regresu czy „udziału” UFG, chociaż otrzymuje znacznie zredukowaną składkę.**

Jak widać na przykładzie wskazanych sytuacji, niekiedy obniżenie składki stawiać będzie zakłady ubezpieczeń w nader trudnej sytuacji. Ustalenie sztywnego i minimalnego poziomu zredukowanej kwoty składki na poziomie 95 proc., przy braku np. regresu szczególnego, wydaje się być zbyt daleko idące. Co ma w takiej sytuacji uczynić zakład ubezpieczeń? Wobec szczupłości regulacji art. 8 ust. od 4 do 7 jedyną możliwą odpowiedzią jest, *prima facie*, „dopłcenie” przez zakład ubezpieczeń z posiadanych już środków do pełnego zaspokojenia szkody.

Przepis art. 8 ust. 4 mówi, iż obniżenie składki w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu musi następować w sytuacji skutkującej zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń dokona więc oceny obniżenia poziomu ryzyka na chwilę złożenia wniosku przez np. właściciela pojazdu (choćby pod kątem zabezpieczenia miejsca postojowego pojazdu, zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą etc.) i tym samym obniży składkę. Oznacza to, że nie jest możliwe

18. Trudno zresztą postulować, aby posiadacz pojazdu informował zakład ubezpieczeń o każdorazowym fakcie przestawienia pojazdu w miejscu jego postojowego na czas wycofania z ruchu (np. zmiany stanowiska postojowego czy garażu).
19. Teoretycznie też wspomniany art. 98 odnoszący się do działalności UFG, jednak trudno tu będzie mówić o niustaleniu tożsamości sprawcy szkody.
20. Zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania, jeżeli kierujący nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa lub zbieg z miejsca zdarzenia.
21. Biul. SN 2010/1/13, por. też m.in. Bieniek G., *Cywilnoprawna problematyka ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na tle nowych uregulowań*, Prawo Spółek nr 5/2004, LEX.

wykorzystanie tego przepisu do zobowiązania ubezpieczającego do pokrycia składki w pełnej wysokości w chwili kradzieży pojazdu (gdyż „decyzja” zakładu ubezpieczeń już zapadła, a sam zakład uznał zabezpieczenia za wystarczające). Podwyższenie składki jest możliwe tylko na skutek naruszenia lub niewykonania przez posiadacza obowiązku niezwłocznego powiadomienia zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Na marginesie należy też zadać pytanie, czy w przypadku niepoinformowania zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu, składka jest po prostu „uzupełniana”, czy też kalkulowana na nowo? Przepis art. 8 ust. 7 mówi wyraźnie o „podwyższeniu” składki. Poza tym, cały czas mamy do czynienia z tą samą umową ubezpieczenia, dla której ustalono konkretną składkę. Stąd zakład ubezpieczeń będzie uprawniony w takiej sytuacji do uzupełnienia składki, przy czym nie musi być to zawsze uzupełnienie o minimalne 95 proc. jej bazowej wartości, gdyż podwyższenie składki następuje „odpowiednio”. Wreszcie podwyższenie składki jest w takiej sytuacji fakultatywne i zależy wyłącznie od decyzji samego zakładu ubezpieczeń.

Powstaje też problem, jak interpretować czasowe wycofanie pojazdu z ruchu skutkujące zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia? Jak już wspomniano, oceny zmniejszenia prawdopodobieństwa wypadku co do zasady powinien dokonywać zakład ubezpieczeń (ocena ryzyka jest jedną z czynności ubezpieczeniowych, określoną w art. 3 ust. 4 pkt. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej²²). Jednakże w jego interesie leży, aby uznać, iż czasowe wycofanie pojazdu nie następuje w warunkach zmniejszonego ryzyka. W takiej sytuacji nie zostanie bowiem spełniona jedna z przesłanek obniżenia składki. Czy zatem należy przyjąć, że zabezpieczenie pojazdu zgodnie z przepisami ustawy – Prawo o ruchu drogowym oraz, pomocniczo, zasadami doświadczenia życiowego i wiedzy technicznej, stanowi podstawę do żądania obniżenia składki? Obawiamy się, iż obecnie nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na powyższe pytanie.

Wreszcie trzeba jeszcze zwrócić uwagę na jeden problem. Załóżmy, że czasowo wycofany z ruchu pojazd zostaje do tego ruchu ponownie wprowadzony. Posiadacz pojazdu niezwłocznie informuje o tym zakład ubezpieczeń. W takim razie należałoby przyjąć (mając na uwadze powyższe ustalenia oraz wyraźne brzmienie art. 8 ust. 7), że skoro zakład ubezpieczeń został niezwłocznie poinformowany, to nie należy mu się dopłata do pełnej składki, pomimo faktycznego ustania czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Czy jednak sytuacja taka nie wydaje się zaprzeczać gospodarczej istocie umowy ubezpieczenia? Pojazd porusza się bowiem po drogach, a więc ryzyko wypadku przestaje być faktycznie „zmniejszone”. Tymczasem składka pozostaje za poziomie właściwym dla warunków czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Może to prowadzić do patologii na rynku obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Posiadacz pojazdu będzie ubezpieczał czasowo już wycofany z ruchu pojazd (lub wycofywał go z ruchu na minimalny okres 2 miesięcy), tylko po to aby opłacić zaledwie 5 proc. należnej zakładowi ubezpieczeń składki (redukcja o minimum 95 proc.). Następnie niezwłocznie poinformuje zakład ubezpieczeń o przywróceniu pojazdu do normalnego ruchu. W rezultacie nie dopłaca pozostałej części składki, a korzysta

22. Tekst jedn. Dz. U. z 2010, Nr 11, poz. 66.

z pojazdu! Wobec tego, instytucja obniżenia składki przybierać może postać patologicznego redukowania wysokości składki na korzyść posiadaczy pojazdów, z pokrzywieniem zakładów ubezpieczeń. Dlatego nie sposób zgodzić się z poniższym stanowiskiem ustawodawcy zawartym w uzasadnieniu noweli: „Należy podkreślić, że pojazd wycofany z ruchu nie uczestniczy w ruchu drogowym (...). Z tego względu potencjalnie do zera spada ryzyko kolizji dzięki czemu u ubezpieczyciela także zmniejsza się ryzyko do pokrycia ewentualnych strat powypadkowych (...) należy mieć na uwadze, że wycofanie pojazdu z ruchu związane jest z fizycznym brakiem możliwości wykonywania danym pojazdem przewozów drogowych, a tym samym uzyskiwania ewentualnych przychodów z tytułu działalności gospodarczej. W obecnej, złożonej sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstw transportowych, spadek dochodów z tytułu ubezpieczeń może dotknąć również ubezpieczyciela. Tym samym koszty te będą rozłożone solidarnie, zarówno na samych przedsiębiorców transportowych, jak i ubezpieczycieli”.

Po drugie, problematyczne jest zastosowanie art. 8 ust. od 4 do 7 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w kontekście art. 816 k.c. jak i relacja nowych przepisów do art. 5 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Art. 816 k.c. normuje rekalkulację składki (podwyższenie lub zmniejszenie) w okolicznościach pociągających za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia wypadku. O takich okolicznościach *expressis verbis* mówi art. 8 ust. 4. **Czy więc wystąpienie posiadacza pojazdu z wnioskiem o obniżenie składki może skutkować wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń w terminie 14 dni ze skutkiem natychmiastowym?** Art. 816 „nie wyłącza” swojego zastosowania do ubezpieczeń obowiązkowych, a zgodnie z art. 22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w sprawach nieuregulowanych ustawą stosuje się przepisy kodeksu cywilnego. **W literaturze fachowej można spotkać się z poglądem, iż art. 816 nie znajduje zastosowania do ubezpieczeń obowiązkowych**²³. Według zwolenników takiego stanowiska dochodziłoby bowiem do zachwiania zasady trwałości umowy ubezpieczenia obowiązkowego, a sam art. 8 ust. od 4 do 7 traciłby sens (jest niemalże pewne, że każdy zakład ubezpieczeń korzystałby z tej możliwości). Ponadto ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych w art. 33 w wyczerpujący sposób określa katalog okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy ubezpieczenia obowiązkowego²⁴, który nie zawiera regulacji w zakresie obniżenia składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu. Wreszcie można przyjąć, że instytucja obniżenia składki zawarta w art. 8 oraz 42a z zw. z art. 41-42 ustawy jest uregulowana w sposób wyczerpujący. Niemniej, ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych ani też k.c. nie zawiera *expressis verbis* wyłączenia stosowania art. 816 k.c. do ubezpieczeń obowiązkowych OC. Co więcej, zgodnie z zasadą jedności umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia jest instytucją jednolitą, niezależnie od stosowanych form i zakresu przymusu ubezpieczeniowego²⁵. Stąd zakaz stosowania art. 816 k.c. jest w tym zakresie dyskusyjny. Oczywiście, jeżeli opowiemy się za dopuszczalnością stosowania art. 816 k.c.

23. Por. szeroko na ten temat Ludwichowska K., *Przepisy kodeksu cywilnego a regulacje ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2/2008, s. 15-16.

24. *Op. cit.*

25. Kowalewski E., *op. cit.*, s. 277.

do ubezpieczeń obowiązkowych, to jest niemal pewne, że ubezpieczyciele będą z tej furtki korzystać, aby eliminować bardziej „szkodowych” klientów.

Z kolei art. 5 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych stanowi, iż zakład ubezpieczeń posiadający zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej zawiera takie umowy ubezpieczenia. Powstaje pytanie, czy zakład ubezpieczeń może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia pojazdu czasowo wycofanego z ruchu w rozumieniu art. 78a ustawy – Prawo o ruchu drogowym, skoro *ab initio* posiada wiedzę, iż po skalkulowaniu składki będzie zmuszony ją zredukować o co najmniej 95 proc.? Ze względu na kategoryczne brzmienie art. 5 ust. 2, który w żaden sposób nie rozróżnia sytuacji (*lege non distinguende*) zawierania umowy ubezpieczenia (w zależności od okoliczności ich zawarcia), trzeba stwierdzić, iż **przymus kontraktowy obejmuje również zawieranie umów ubezpieczenia dotyczących pojazdów czasowo wycofanych z ruchu**. Posiłkowo art. 5 ust. 2 może zostać wykorzystany do potwierdzenia tezy, że art. 816 k.c. nie znajduje zastosowania do obniżenia składki w rozumieniu art. 8 ust. od 4 do 7. Skoro bowiem zakład ubezpieczeń nie może odmówić zawarcia umowy, to tym bardziej nie może jej wypowiedzieć.

Po trzecie, zwrócić należy uwagę na art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Jednocześnie przepis ten „uznaje” składkę ubezpieczeniową jako podstawowe źródło przychodów ubezpieczycieli. Suma składek zebrana przez ubezpieczyciela tworzy bowiem fundusz ubezpieczeniowy, z którego finansowana jest nie tylko wypłata świadczeń, ale również koszty działalności ubezpieczeniowej²⁶. Powstaje pytanie, czy „minimalizacja” składki do poziomu 5 proc. pozwoli ubezpieczycielowi zrealizować zobowiązania z umowy ubezpieczenia (wypłata odszkodowań i innych świadczeń poszkodowanemu) oraz pokryć koszty działalności i wypracować zysk? Mówimy bowiem o sytuacji, w której składka w swojej „oryginalnej” wysokości 1000 zł, zredukowana będzie do maksymalnego poziomu 50 zł! Po raz kolejny więc należy postawić pytanie, czy tak radykalny minimalny poziom składki obniżonej nie stoi w sprzeczności w interesami zakładów ubezpieczeń i nadto, czy nie kłóci się z *ratio legis* omawianego przepisu ustawy o działalności ubezpieczeniowej?

Po czwarte, zasady obniżania składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu, wydają się nie uwzględniać do tej pory nienastręczającej większych wątpliwości zasad kalkulacji taryf i wyliczania wysokości składek w ubezpieczeniach obowiązkowych przez zakłady ubezpieczeń (wspomniany art. 8 ust. od 1 do 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Co do zasady zakłady ubezpieczeń ustalają taryfy i wysokość składek (jak i zniżek dla poszczególnych ubezpieczających) samodzielnie. Art. 8 ust. od 4 do 7 wyłączają tę zasadę. Tak więc, nawet jeżeli zakład ubezpieczeń skalkuluje składkę w oparciu o logiczno-matematyczne podstawy, to i tak redukcja

26. Por. Kowalewski E., Ziemiak M., *op. cit.*, s. 19-23.

składki o nakazaną przez ustawę minimalną wielkość powoduje, że prerogatywa zakładu ubezpieczeń w zakresie „samodzielnej” kalkulacji składki stać się może iluzoryczna. Co więcej, mając na uwadze brzmienie art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych²⁷, obniżenie składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu objemie – jak się wydaje – także kolejny okres ubezpieczenia (okres czasowego wycofania pojazdu może trwać do 48 miesięcy), bez możliwości rekalkulacji składki przez zakład ubezpieczeń.

Wreszcie po piąte, pewne wątpliwości może też nastroić interpretacja art. 42a, tzn. jak przy obniżeniu składki stosować odpowiednio przepisy art. 41 i 42 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych dotyczących zwrotu składki. Oto kilka przykładów tych wątpliwości. Odnośnie art. 41, czy należy przyjąć, że obniżenie składki nie przysługuje jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, nastąpiła w okresie poprzedzającym wystąpienie z wnioskiem o obniżenie składki? Wszak szkoda powstała w wyniku ruchu pojazdu związana jest z innym poziomem ryzyka niż w przypadku pojazdu wycofanego z ruchu, stąd trudno zestawiać ze sobą te dwie sytuacje. Co innego kiedy chodzi o przedłużenie okresu wycofania pojazdu, a więc i przedłużenie okresu, za który przysługuje obniżka składki. Wtedy powstanie szkody – już w warunkach czasowego wycofania z ruchu – może, a nawet powinno być brane pod uwagę. Pewne aspekty odpowiedniego stosowania art. 41 wydają się być zwyczajnie nielogiczne. Interpretując art. 41 ust. 1 pkt 3 dochodzimy do wniosku, że obniżka składki przysługuje zbywcy pojazdu, podczas gdy naturalne jest, że beneficjentem zniżki powinien być w tym przypadku nabywca pojazdu czasowo wycofanego z ruchu. Odnośnie tego jak stosować art. 42, np. czy obniżać składkę za każdy miesiąc ubezpieczenia? W takiej sytuacji obniżenie składki, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na okres 12 miesięcy, wysokość miesięcznego obniżenia składki stanowiłaby 1/12 składki należnej za dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, z uwzględnieniem minimalnej stopy redukcji (95 proc. lub więcej). W związku z tym można w omawianych sytuacjach zauważyć, iż odesłanie do art. 41 i 42 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych wydaje się niezbyt fortunne i będzie stwarzać poważne wątpliwości w praktyce.

Zakończenie

Obniżenie składki z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu jest instytucją społecznie i gospodarczo pożyteczną. Umożliwia przede wszystkim przedsiębiorcom i rolnikom na elastyczne minimalizowanie kosztów prowadzenia działalności, jeżeli np. część wykorzystywanych przez nich pojazdów w danym okresie nie jest użytkowana. Stąd jej wprowadzenie na grunt prawa polskiego było uzasadnione (szczególnie postrzegając je jako narzędzie walki z kryzysem gospodarczym).

27. Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem sytuacji przewidzianych w ustępie 2.

Niemniej, ustawodawca nie zachował należytej precyzji w zakresie wprowadzonych uregulowań. Nowe przepisy nie uwzględniają bowiem wielości stanów faktycznych jakie mogą mieć miejsce w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu oraz zasad ponoszenia kosztów własnej działalności przez zakłady ubezpieczeń. Poza tym część przyjętych rozwiązań (takich jak np. odesłanie od art. 41 i 42 przy ustalaniu rzeczywistej stopy redukcji składki), wydaje się nie być do końca przemyślana. Niezależnie od tego poważnym mankamentem przedstawionej nowelizacji jest całkowite zignorowanie kwestii intertemporalnych związanych ze stosowaniem zmienionych przepisów prawnych²⁸. Problem ten sam w sobie nadaje się do szerszego przedstawienia w odrębnym opracowaniu. Jednakże na pełną ocenę nowych rozwiązań przyjdzie nam jeszcze poczekać.

Wykaz źródeł:

Bieniek G., *Cywilnoprawna problematyka ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na tle nowych uregulowań*, Prawo Spółek nr 5/2004.

Kowalewski E. (red.); Fuchs D.; Serwach M.; Mogilski W.W., *Prawo Ubezpieczeń Gospodarczych*, (wyd. 3), Bydgoszcz-Toruń 2006.

Kowalewski E., Ziemiak M., *W sprawie wykładni art. 813 § 1 k.c.*, Prawo Asekuracyjne nr 1/2010.

Ludwichowska K., *Przepisy kodeksu cywilnego a regulacje ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2/2008.

Morawski L., *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006.

Rogowski S. (red.), *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Warszawa 2008.

Stefański A., *Prawo o ruchu drogowym. Komentarz*, LEX, 2008.

Wąsiewicz A., *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz 1995.

Lowering third party liability insurance premium of motor vehicle owners for the period of temporary withdrawal of the vehicle from traffic – Summary

The aim of this article is to analyse the new legal solutions related to lowering the third party liability insurance premium for the period of temporary withdrawal of the vehicle from traffic introduced to the Act on Compulsory Insurance, UFG and PBUK. In the first part, the authors present the concept of temporary withdrawal of the vehicle from traffic specified in the Traffic Law Act. Later, they discuss changes in the Act on Compulsory Insurance which took effect on April 4, 2010 – in particular Article 8 clauses 4-7 and Article 42a, which for

28. Późno szukać tu przepisów przejściowych takich jak np. art. 159-162 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych regulujących zagadnienia intertemporalne (np. stosowanie do wszczętych, a niezakończonych przed wejściem w życie ustawy postępowań w sprawie roszczeń odszkodowawczych, przepisów dotychczasowych; por. art. 159 ust. 1 ustawy).

the first time introduce to the Polish insurance law the institution of statutory lowering of compulsory vehicle insurance premium. The analysis of the changes precedes a detailed presentation of numerous critical remarks connected with the amendment, which, first of all, should include: the failure to take into account by the legislator all factual circumstances which may occur during the temporary withdrawal of the vehicle from traffic, issues related to actual reduction of the likelihood of accident, application of Article 813 of the Civil Code in the situation in question or maximum reduction level of the premium (95 perc.). Concluding, the authors say that the institution of lowering the premium is beneficial from the social and economic point of view. However, the manner in which it is currently regulated seems to result in too many practical and interpretational doubts.

Prof. zw. dr hab. EUGENIUSZ KOWALEWSKI jest kierownikiem Katedry Prawa Cywilnego oraz Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK w Toruniu oraz kierownikiem Zakładu Prawa Ubezpieczeniowego WPiA UMK w Toruniu.

Michał PIOTR ZIEMIAK jest doktorantem w Zakładzie Prawa Ubezpieczeniowego WPiA UMK w Toruniu oraz aplikantem radcowskim przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Toruniu.

Recenzenci: prof. dr hab. Jan Monkiewicz, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

MARIUSZ MIKOŁAJEWICZ

Problematyka *pure economic loss* ze szczególnym uwzględnieniem szkody wyrządzonej przez adwokata

Celem pracy jest przybliżenie pojęcia „pure economic loss” oraz integralnie z nim związanej reguły non-recovery, z uwzględnieniem odrębności dotyczących uszczerbków powstałych wskutek błędnego działania adwokata.

W paragrafie pierwszym podjęto próbę określenia „pure economic loss” zarówno poprzez formułowanie definicji, jak i w sposób kazuistyczny.

W paragrafie drugim przedstawiono funkcjonujące w nauce zachodnioeuropejskiej doktrynalne uzasadnienie dla braku kompensaty za szkodę typu pure economic loss. Natomiast w paragrafie trzecim wskazano, że w przypadku prawników reguła non-recovery nie funkcjonuje, przy czym dla uzasadnienia takiego stanowiska przedstawiono porównanie zawodów prawnika oraz księgowego i audytora.

W paragrafie czwartym wskazano, że polski system prawa, który należy uznać za konserwatywny, nie dopuszcza, co do zasady, kompensaty za szkodę „pure economic loss”. Poddano do dyskusji kwestię czy wobec istotnych zmian w stosunkach społeczno-gospodarczych, które zaszły w Polsce w ostatnim dwudziestoleciu, nie byłoby zasadnym dokonanie rewizji określonych w art. 361 k.c. zasad odpowiedzialności cywilnej.

Wprowadzenie

Kwestia funkcjonującej w zachodnich systemach prawnych (przede wszystkim w krajach operujących systemem *common law*) tzw. czystej szkody ekonomicznej (*pure economic loss*) pozostawała dotychczas poza sferą zainteresowań nauki polskiej. Tym bardziej trzeba docenić nieliczne próby wprowadzenia tego pojęcia do dyskusji nad funkcjonującą w Polsce zasadą pełnego odszkodowania¹.

1. Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)*, [w:] *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, Kraków: Zakamycze 2005, s. 1069–1082.

Pojęcie czystej szkody ekonomicznej oraz związanej z nią reguły braku kompensaty (*non-recovery rule*) wciąż zajmuje zarówno prawników czynnie uczestniczących w procesie stosowania i tworzenia prawa, jak i przedstawicieli nauki (w szczególności cywilnego prawa odszkodowawczego, prawa porównawczego oraz ekonomii). Nadal powstają nowe, mniej lub bardziej szczegółowe koncepcje dotyczące zarówno czystej szkody ekonomicznej, jak i uzasadnienia dla braku kompensacji takiego uszczerbku. Swoistość *pure economic loss* wynika przy tym również z różnorodności stanów faktycznych, które odpowiadają pojęciu szkody ekonomicznej i, co dla nich charakterystyczne, wykraczają poza ramy tradycyjnego pojęcia „szkoda”, funkcjonującego w polskim systemie prawa.

Celem pracy jest przybliżenie pojęcia *pure economic loss* i wyeksponowanie faktu, iż udzielenie wadliwej pomocy prawnej, powodującej jej powstanie, będąc swoistym wyjątkiem, nie podlega działaniu reguły *non-recovery*. Stąd szkoda taka w Europie Zachodniej podlega pełnej kompensacji.

1. Pojęcie *pure economic loss* – uwagi prawnoporównawcze

W rzeczywistości jedynie samo pojęcie czystej szkody ekonomicznej (*pure economic loss*²) nie budzi w doktrynie prawnej i ekonomicznej większych kontrowersji. Przy czym uwaga ta odnosi się tylko do systemów prawnych wywodzących się z *common law* oraz reżimu prawnego Niemiec³, gdyż w większości pozostałych krajów europejskich nie rozróżnia się w ogóle tego typu szkody. W szczególności nie rozpoznaje się jej autonomicznego charakteru.

Pure economic loss definiuje się jako szkodę finansową niezwiązaną przyczynowo z uszczerbkiem na zdrowiu lub w mieniu poszkodowanego albo innym naruszeniem jego praw absolutnych (chronionych *erga omnes*)⁴. *Pure economic loss* można odróżnić

2. Część komentatorów używa terminu *commercial loss* w związku z tym, że wszelkie szkody, które są kompensowane, są przeciwiecznie ekonomiczne (Richard Posner Jr w odniesieniu do sprawy: *Miller v. United States Steel Corp.* 902 F.2d 573, 7th Cir. 1990); część natomiast używa samego *economic loss* (D. B. Dobbs, *Country Report. United States*, [w:] *The Limits of Expanding Liability: Eight Fundamental Cases in a Comparative Perspective*, J. Spier (ed.), Springer, 1998). Używa się także terminów *pecuniary loss* lub *pecuniary harm* (przepisy paragrafów 766–766C amerykańskiego *Restatement (Second) of Torts*).
3. W Niemczech stosuje się pojęcie *eine Vermögensschaden*.
4. Feldthusen B., *Economic negligence. The recovery of pure economic loss*, Canada: Carswell 2004.

W amerykańskim prawodawstwie definicja *pure economic loss* znalazła się w *The Restatement (Second) of Torts*, gdzie w paragrafie 766C wskazano: „Nie jest się odpowiedzialnym wobec innego podmiotu za szkodę ekonomiczną, niewywodzącą się z uszczerbku fizycznego, jeżeli szkoda spowodowana jest zachowaniem niedbałym: a) powodującym, że osoba trzecia nie wywiązuje się z kontraktu z tym podmiotem; b) uniemożliwiającym temu podmiotowi wykonanie obowiązków umownych albo czyniącym ich wykonanie droższymi lub bardziej uciążliwymi; c) uniemożliwiającym temu podmiotowi nawiązanie stosunku prawnego z osobą trzecią. Do czasu wyartykułowania zasady braku rekompensaty za szkodę *pure economic loss* przez *Restatement (Second)*, problematyka ta była w USA w nauce właściwie nieobecna; dotąd jedynym poważnym opracowaniem był artykuł Jamesa Jr. Fleminga, *Limitations on Liability for Economic Loss Caused by Negligence: A Pragmatic Appraisal* („Vand. Law Review” 43, 1975, s. 45).

więc od *consequential economic loss*, zwanej też *parastic loss*, czyli szkody, która polega na ekonomicznych konsekwencjach uszczerbku zdrowotnego lub uszkodzenia rzeczy. Podejmując próbę bardziej komplementarnego podejścia do definicji *pure economic loss*, można ją scharakteryzować jako finansową (pieniężną) lub handlową stratę, która nie powstaje przez zaskarżalne naruszenie dobrego imienia, integralności fizycznej czy sfery emocjonalnej osoby lub poprzez uszkodzenie czy zniszczenie jej mienia⁵.

Czasami jednak, z uwagi na duże różnice istniejące w europejskich systemach prawnych (a także nierozpoznanie tego typu uszczerbku przez większość krajów europejskich), w opracowaniach naukowych odstępuje się od formułowania definicji i dla zobrazowania problemu przeprowadza się jedynie systematykę przypadków (*casusów*)⁶.

Dla potrzeb niniejszego artykułu, korzystając z przywołanej w przypisach literatury zagranicznej, ograniczę się do podania kilku charakterystycznych przykładów czystej szkody ekonomicznej:

- najlepszy zawodnik profesjonalnej drużyny piłki nożnej uczestniczy w wypadku komunikacyjnym wskutek czego doznaje obrażeń ciała, które eliminują go z gry na 3 miesiące; drużyna spada w rankingu ligowym, a klub z tego tytułu ponosi poważne straty finansowe (traci przychody)⁷,
- podczas manewrowania koparką pracownik przedsiębiorstwa robót drogowych przecina kabel elektryczny, wskutek braku prądu zniszczeniu ulegają maszyny w jednej z fabryk i, co istotniejsze, zakład ten nie ma możliwości pracy przez 2 dni⁸,
- rozlany w morzu olej napędowy powoduje utratę zysków przez znajdujące się na skażonym wybrzeżu hotele, które tracą turystów; plama skażenia z uwagi na zatrucie ryb⁹ prowadzi do utraty zysków przez rybaków,
- właściciel zleca przedsiębiorcy budowlanemu budowę domu, równocześnie zatrudnia architekta do nadzoru nad pracami, wskutek wadliwego nadzoru podmiot budowlany zmuszony jest wykonać te same prace dwa razy, co implikuje jego straty¹⁰,
- niedbały audytor, który wykonuje bilans dla prospektu emisyjnego w ofercie publicznej, dopuszcza się przeoczenia faktu, iż wartość nieruchomości firmy jest poważnie przeszacowana; po wyemitowaniu akcji błąd zostaje dostrzeżony, a wartość rynkowa akcji spada znacznie poniżej wartości emisyjnej, co skutkuje stratami u inwestorów,
- galeria zleca ocenę autentyczności obrazu niezależnemu ekspertowi, który wydaje błędną opinię; galeria kupuje podrobiony obraz, który następnie zostaje w dobrej wierze odsprzedany; kolejni jego właściciele są w posiadaniu bezwartościowego falsyfikatu¹¹,

5. Sympozjum Dan B. Dobbs. *Conference on Economic Tort Law*, „Arizona Law Review” 48, 2006.

6. Bussani M., Palmer V. V. (eds.), *Pure Economic Loss in Europe*, Cambridge: Cambridge University Press 2003.

7. *Ibidem*, s. 241–254.

8. *Spartan Steel and Alloys v. Martin & Co.*, QB 27 1973.

9. Goldberg V. P., *Recovery for economic following the Exxon Valdez Oil Spill*, „Journal of Legal Studies” 23, 1994, s. 1–40.

10. Bussani M., Palmer V. V. (eds.), *op. cit.*, s. 271–290.

11. Schäfer H. B., *Haftung für fehlerhafte Wertgutachten*, „Archiv für Civilistische Praxis” 2002, s. 808–840; idem, *Liability of experts and the boundary between tort and contract*, „Theoretical Inquiries in Law”, 3, 2002, s. 453–473.

- właściciel statku morskiego dzierżawi go armatorowi za cenę 200 USD na miesiąc; armator poddzierżawia statek innej firmie, jednak z uwagi na nagły wzrost popytu czynsz wynosi 300 USD na miesiąc; podczas rutynowej inspekcji w stoczni, przewidzianej w umowie pomiędzy właścicielem a dzierżawcą, statek, wskutek niedbałego działania pracowników stoczni, zostaje uszkodzony, co powoduje konieczność naprawy i eliminuje go z żeglugi przez miesiąc; w efekcie dzierżawca, choć nie płaci czynszu dzierżawnego, traci możliwość uzyskania (wyższego) zarobku z poddzierżawy¹²,
- prawnik sporządza dla swojego klienta testament, który z uwagi na błąd profesjonalisty okazuje się nieważny; wskutek tego osoba trzecia, niedoszły spadkobierca, ponosi szkodę¹³.

Już po pobieżnej lekturze powyższych przypadków można zauważyć, że pod pojęciem *pure economic loss*, co zresztą symptomatyczne, kryją się czasami zdarzenia w swej konstrukcji bardzo od siebie odległe. Jednak wszystkie opisane wyżej stany faktyczne mają wspólne, eksponowane w przytoczonych wyżej definicjach cechy: poszkodowany nie był związany kontraktem ze sprawcą szkody; w żadnym przypadku nie doszło do naruszenia chronionych *erga omnes* (absolutnych) praw poszkodowanego, wskutek zachowania sprawcy nie doszło więc do uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego ani bezpośrednio do zniszczenia jego mienia¹⁴.

Ostatnio przeprowadzone w krajach europejskich studia prawnoporównawcze dowiodły istotnych różnic co do zakresu, w jakim zastosowanie ma zasada *non-recovery*¹⁵, czyli zasada braku kompensacji uszczerbków odpowiadających pojęciu czystej szkody ekonomicznej. W zależności od stanowiska dotyczącego możliwości rekompensaty za taki uszczerbek, europejskie systemy prawne mogą być sklasyfikowane jako liberalne, pragmatyczne albo konserwatywne. Reguła braku kompensaty znajduje swoje najpełniejsze odzwierciedlenie w reżimach prawnych Wielkiej Brytanii, Niemiec, Austrii, Portugalii czy krajów skandynawskich (w tej grupie umieścić można oczywiście także Polskę). Natomiast w tak liberalnych systemach prawnych, jak we Francji, w Belgii, Grecji czy Hiszpanii zasada *non-recovery* wydaje się nie występować. Za pragmatyczny uznaje się system prawa w Anglii¹⁶. W tym miejscu zasygnalizować należy jedynie, że pomimo istniejących w Europie istotnych różnic w podejściu do kwestii rekompensaty za uszczerbek typu *pure economic loss*, w sądownictwie europejskim panuje zgoda co do kompensacji czystej szkody ekonomicznej wywołanej przez błąd prawnika.

-
12. Goldberg V. P., *Recovery for pure economic loss in tort: Another look at Robins Dry Dock v. Flint*, „Journal of Legal Studies”, 20, 1991, s. 249–275 (sprawa Robins Dry Dock versus Flint).
 13. White v. Jones, 2 AC 207 (HL 1995), Lucas v. Hamm, 11 Cal. Rept. 727 (Cal. Ct. App. 1967); Ross v. Caunters Ch. 297 (1980) (Wielka Brytania); Hof Amsterdam z 19.01.84, NedJur nr 740, 1985, s. 2432 (Holandia); Cass. Civ. z 14.01.81., Sem. Jur. II, 1982, s. 9782; Cass. Civ. z 23.11.77, Sem. Jur. II, 1977, s. 21943 (Francja).
 14. Wyjątek stanowi przypadek związany z uszkodzonym kablem elektrycznym (zniszczeniu uległy maszyny w przedsiębiorstwie); jednak casus ten rozpatrywany jest jako *pure economic loss* z uwagi na przestój przedsiębiorstwa (i stąd utracone zyski), który nastąpiłby także (z uwagi na brak prądu), gdyby przedmiotowe maszyny nie uległy destrukcji.
 15. Bussani M., Palmer V. V., *The liability regimes of Europe – their facades and interiors*, [w:] „Pure Economic Loss in Europe”, *op. cit.*
 16. Spośród państw spoza kontynentu za pragmatyczne systemy uznać należy te funkcjonujące w USA, Kanadzie czy w Izraelu.

2. Uzasadnienie dla reguły *non-recovery*

Dla problemu *pure economic loss* kwestią fundamentalną jest uzasadnienie integralnie z nią związanej reguły *non-recovery*. Przyjmuje się, że kluczowym elementem pozwalającym rozstrzygnąć dylemat, czy szkoda *pure economic loss* ma być przedmiotem kompensacji, jest ocena społecznego wymiaru takiego uszczerbku¹⁷. Prosta metoda pozwalająca ocenić szkodę społeczną oraz tym samym wyjaśnić, z jakiego typu uszczerbkiem mamy do czynienia, jest zastosowanie formuły, według której szkoda społeczna jest równa prywatnej stracie poszkodowanego, pomniejszonej o zysk osoby trzeciej. Sprawca może być więc zobligowany do kompensacji szkody prywatnej poszkodowanego jedynie wówczas, gdy stanowi o istnieniu szkody społecznej.

Według ustalonego stanowiska przedstawicieli nauki w Europie Zachodniej, *pure economic loss* traktowana jest jako transfer wartości od poszkodowanego do osoby trzeciej, której zarobek powstaje bądź wzrasta jako konsekwencja wypadku. Takie transfery nie powodują szkody w wymiarze społecznym i stąd nie powinny być kompensowane.

Przypadki *pure economic loss* różnią się więc od innych szkód tym, że sprawca jednym aktem powoduje jednocześnie stratę u poszkodowanego oraz zysk u osoby trzeciej. Podczas gdy zwykła szkoda wiąże się ze zniszczeniem lub zmniejszeniem istniejących zasobów wartości, *pure economic loss* powoduje jedynie swoisty transfer wartości do podmiotu spoza relacji sprawca–poszkodowany¹⁸. W przypadku szkód *pure economic loss* szkoda społeczna nie występuje, co więcej, może dochodzić do pewnych paradoksów, kiedy szkoda prywatna generuje społeczny zysk netto¹⁹.

W poszukiwaniu usprawiedliwienia dla odmowy kompensacji *pure economic loss*, w literaturze prawniczej podnosi się także inne argumenty. Choć budzą one niekiedy pewne kontrowersje, można przyjąć, że wskazana wyżej formuła oceny wagi społecznej szkodliwości szkody oddaje najpełniej regułę *non-recovery* właśnie w połączeniu z podanymi niżej argumentami.

Po pierwsze, argumentuje się powszechnie, że wystąpienie *pure economic loss* jest trudniejsze do przewidzenia. Ponadto podnosi się, iż zdarzenie sprawcze przy szkodach tego typu mogłoby generować niedający się przewidzieć (*ex ante*), nieskończony ciąg roszczeń odszkodowawczych. Przedmiotowe rozumowanie jest jednak problematyczne, gdyż w przypadku niektórych szkód *pure economic loss* negatywne konsekwencje bezprawnego zachowania sprawcy dają się przewidzieć w stopniu nie mniejszym niż

17. Bishop W., *Economic Loss: Economic theory and emerging doctrine*, [w:] „The law of tort. Policies and trends in liability for damage to property and economic loss”, Furmston M. (ed.), London: Duckworth 1986, s. 427; Dari-Mattiacci G., *The economics of pure economic loss and the internalization of multiply externalities*, [w:] „Tort and insurance law: Pure economic loss”, van Boom W., Koziol H., Witting C. (eds.), vol. 9, Wien–New York: Springer 2004, s. 167–190; Dari-Mattiacci G., Bernd Schäfer H., *The core of pure economic loss*, „International Review of Law and Economics”, 27, 2007, s. 8–28.

18. Bishop W., *op. cit.*; Dari-Mattiacci G., *loc. cit.*; Dari-Mattiacci G., Bernd Schäfer H., *loc. cit.*

19. Zaobserwowano (Arlen J., *Tort damages*, [w:] „Encyclopedia of law and economics”, Bouckaert B., De Geest G. (eds.), 2000, s. 682), że sytuacja, w której firma posiadająca pozycję monopolistyczną traci część rynku na rzecz konkurenta, sprzedającego produkt po niższej cenie wskutek czynu zabronionego, wiąże się wprawdzie z utratą zysków przez monopolistę, ale faktycznie może być źródłem społecznego dobrobytu (zysku).

w przypadku typowej szkody. Przykładowo, nagłe zamknięcie drogi szybkiego ruchu i przestój z tym związany powodują dające się przewidzieć, niemożliwe do uniknięcia straty dla przewoźników²⁰. Dla odmiany, w przypadku niektórych z typowych szkód (jak uszkodzenie ciała) przewidywalność określonych konsekwencji działania sprawcy może być mniejsza.

Można więc przyjąć, iż przewidywalność jakiegokolwiek szkody, założone prawdopodobieństwo jej wystąpienia, może być traktowane jako jedna z przesłanek odpowiedzialności, a nie jest jej jedynym wyznacznikiem.

Po drugie, argumentuje się, iż reguła *non-recovery* związana jest z powszechnie przyjętym podziałem interesów na prawa posiadające ochronę absolutną oraz prawa względnie chronione (czy inne chronione prawem oczekiwania – ekspektywy)²¹. Przeszkodą w kompensacji *pure economic loss* jest fakt, iż w szkodach tego typu naruszone interesy ekonomiczne często sprowadzają się do nieosiągnięcia przez jedną ze stron kontraktu oczekiwanych i założonych rezultatów umowy. Strata w tym układzie, choć wywodzi się z bezprawnego działania osoby trzeciej, polega na nieziszczeniu się określonych oczekiwań umownych, stąd powództwo może być wniesione przeciwko niewywiązującej się z obowiązków umownych stronie, a nie przeciwko osobie trzeciej. Interes poszkodowanego w tym układzie nie cieszy się więc ochroną skuteczną *erga omnes*. Oczywiście to założenie znajduje swoje ograniczenia. Odnosi się jedynie do zachowania sprawcy z winy nieumyślnej (*negligence standard*), nie odnosi się natomiast do tzw. *consequential economic losses* (szkód ekonomicznych powstałych wskutek szkody na mieniu lub zdrowiu poszkodowanego).

Po trzecie, wskazuje się na to, iż przyglądając się skali i hierarchii chronionych prawem ludzkich wartości i uprawnień, interesy naruszone w *pure economic loss* znajdują się na niższym poziomie ważności. Rozumowanie takie opiera się na całkowicie dogmatycznym, tym samym problematycznym założeniu, iż uprawnienia naruszone w szkodzie *pure economic loss* nie zasługują na taką samą ochronę jak inne interesy, choćby też ekonomiczne. Ten rodzaj argumentacji wynika z założenia, że wartości muszą być hierarchizowane z tego względu, iż prawo nie jest w stanie jednocześnie chronić wszelkich dóbr.

Po czwarte, wskazuje się, że brak kompensacji szkód *pure economic loss* odpowiada potrzebie redukcji kosztów funkcjonowania organów państwa. Poniekąd ten rodzaj rozumowania wiąże się z opisaną już wyżej (w części pierwszej i trzeciej) argumentacją. Wspólnym założeniem jest to, że powstające szkody typu *pure economic loss* mogą być seryjnie ze sobą powiązane. Przykładowo przerwana produkcja jakiegoś dobra mogłaby doprowadzić do lawinowego wysuwania roszczeń przez firmy i osoby, które miały wykorzystać produkt do swojej działalności i poniosły z tego tytułu straty (ewentualnie nie uzyskały spodziewanego zysku). Przyjmuje się więc, że umożliwienie dochodzenia odszkodowania za szkodę *pure economic loss* uwolniłoby ogromną liczbę powództw. Wymiar sprawiedliwości nie poradziłby sobie z ilością skarg, które wpłynęłyby do sądów. Skutkowałoby to zmniejszeniem efektywności całego sądownictwa. Zwiększeniu

20. Nie zmienia to jednak faktu, iż sama liczba potencjalnie zgłoszonych roszczeń pozostaje sprawą otwartą.

21. Rabin R. L., *The historical development of the Fault Principle: A reinterpretation*, „Georgia Law Review” 15, 1981, s. 927–961.

uległyby też wydatnie koszty o charakterze administracyjnym²². Wizja tak szeroko pojętej odpowiedzialności mogłaby wpłynąć także na ducha przedsiębiorczości poprzez wyeliminowanie ekonomicznie pożądaných zachowań ryzykownych (tzw. inicjatywy gospodarczej).

W literaturze artykułowany jest też pogląd, że akceptowanie wyjątków od zasady *non-recovery* mogłoby stanowić swoistą równię pochyłą, która mogłaby doprowadzić do odwrócenia zasad odpowiedzialności. Przyjmuje się więc, że w dzisiejszym świecie konieczne jest ustanowienie logicznych granic, w których wysuwający roszczenie ma możliwość zrekompensowania sobie szkody od sprawcy.

3. Wyłączenie reguły *non-recovery* w odniesieniu do uszczerbku wywołanego wadliwą pomocą prawną

Jak się powszechnie w literaturze podnosi²³, specyficzną grupą szkód o charakterze *pure economic loss* są straty ponoszone wskutek udzielenia wadliwej pomocy prawnej. Zdarza się bowiem, że usługi prawnicze mogą być źródłem szkody na osobie trzeciej, pozostającej poza węzłem umownym łączącym prawnika i klienta²⁴.

Empiryczne wyniki badań nad sądownictwem europejskim, dotyczące tej kategorii szkód ekonomicznych, są szczególnie²⁵. Warto podkreślić jest to, że sądy europejskie są faktycznie jednomyślne²⁶ w dopuszczeniu kompensaty za szkody, które odpowiadają pojęciu *pure economic loss* w sytuacji kiedy jej powodem było udzielenie wadliwej pomocy prawnej przez adwokatów albo notariuszy. Przykładowo przeprowadzone w 11 krajach zachodnioeuropejskich przez Bussaniego i Palmera studia porównawcze, odnośnie do sytuacji niedbałego notariusza, sporządzającego wadliwy i w efekcie nieważny testament, wykazały jednomyślność w przyznawaniu kompensaty niedoszłym spadkobiercom za tego typu szkody.

Ciekawym przykładem, obrazującym kompensowany przez sądownictwo europejskie uszczerbek typu *pure economic loss*, jest wywołana błędem adwokata szkoda powstała przy sporządzeniu tzw. *Third Party Legal Opinion*²⁷. TPLO wywodzi się z prawa amerykańskiego. Obecnie ten typ opinii został zaimplementowany do kontynentalnych systemów prawa. Oględnie mówiąc, opinia taka wydawana jest na zlecenie klienta, przedłożona ma być jednak jego kontrahentowi. Najczęściej określona treść TPLO (w szczególności jej wnioski) stanowi przesłankę zawarcia kontraktu pomiędzy klientem adwokata a jego kontrahentem.

Sądownictwo europejskie, co do zasady, przy zasądzeniu kompensaty za spowodowany przez adwokata uszczerbek typu *pure economic loss* korzysta z reżimu *ex*

22. Rozumowanie to nie jest poparte żadnymi wyliczeniami o charakterze empirycznym, co więcej, doświadczenia systemów liberalnych, np. Francji czy Belgii, przeczą temu.

23. Bussani M., Palmer V. V., *The liability ...*

24. *White v. Jones*, 2 AC 207 (HL) (1995); *Lucas v. Hamm*, 11 Cal.Rept. 727 (Cal. Ct. App. 1967); *Ross v. Caunters* (1980) Ch. 297.

25. Zob. przyp. 23.

26. Zob. przyp. 13.

27. Targosz T., *Odpowiedzialność adwokata wobec osób trzecich. Zagadnienia prawno-porównawcze*, „Palestra”, 11–12, 2004 (oraz powołane tam źródła i orzeczenia).

deliktu. Dla porządku podać należy, że na gruncie prawa niemieckiego²⁸ istnieje wprawdzie tendencja, aby traktować dany trójosobowy model przez pryzmat swoistej umowy na rzecz osoby trzeciej, jednak jest to pogląd w Europie odosobniony, przede wszystkim z uwagi na fakt, że strony umowy (adwokat i jego klient) zazwyczaj nie zamierzają przyznawać osobie trzeciej roszczenia o wykonanie zobowiązania²⁹.

Warte podkreślenia jest to, że to samo sądownictwo europejskie okazuje się niechętnie w przyznaniu analogicznej ochrony dla osób poszkodowanych przez innych profesjonalistów: księgowych i audytorów. Dychotomiczne podejście sądownictwa europejskiego w tym względzie jest intrygujące. Z pozoru, rozpatrując sprawę z punktu widzenia natury usług wykonywanych przez prawników, nie można dopatrzeć się cech szczególnych, które pozwoliłyby na ich odróżnienie od przypadków związanych z wadliwymi usługami księgowych czy audytorów. Podnosi się jednak, że staranna analiza przedmiotowej materii z punktu widzenia uwarunkowań ekonomicznych odkrywa istotną różnicę jakościową pomiędzy tymi dwoma rodzajami przypadków.

Adwokaci (i notariusze) generalnie dostarczają usługi, które przynoszą korzyść klientowi lub ograniczonej grupie osób trzecich. Osoba trzecia, która ponosi szkodę, gdy dana usługa jest wadliwa, jest prawdopodobnie – jak w podanych wyżej przypadkach – w zamierzeniu płaćącego za profesjonalne usługi klienta beneficjentem usług prawniczych. W cenę usługi udzielonej przez tę grupę profesjonalistów wliczony jest więc ewentualny koszt odpowiedzialności profesjonalisty na wypadek nieumyślnego zaniedbania. Częścią wynagrodzenia profesjonalisty jest więc opłata za swoistą, ukrytą gwarancję jakości³⁰.

Pozornie ta sama logika może mieć zastosowanie w stosunku do księgowych oraz audytorów. Jednak w tym przypadku istnieje potencjalnie o wiele większa grupa osób, które mogą skorzystać i polegać na informacji dostarczonej przez ww. profesjonalistów. W związku z naturą usług wykonywanych przez księgowych i audytorów jest bardzo prawdopodobne, że tak jak w *casusie* opisanym w części 2, na dostarczonej wadliwej informacji polegać będą osoby trzecie (inwestorzy). Początkowy nabywca informacji nie może jej zachować tylko dla siebie lub jest ona (tak jak w przedmiotowym *casusie*), co do zasady, ogólnie dostępna. Gdyby więc nałożyć na księgowych i audytorów odpowiedzialność za *pure economic loss* poniesioną przez wszystkie osoby trzecie, potencjalny koszt takiej odpowiedzialności za błędy byłby ogromny. W efekcie ciążyłby to musiało na ogromnie wysokim poziomie wynagrodzenia za tego typu usługi, co z kolei spowodowałoby obniżenie popytu na dane świadczenie, ze stratą dla ogólnych uwarunkowań ekonomicznych.

Można uznać, że przedmiotowa analiza oddaje dychotomiczne podejście sądownictwa europejskiego do usług profesjonalistów (w kontekście *pure economic loss*). Na podstawie konfrontowanych dwóch przedmiotowych rodzajów odpowiedzialności stwierdzić można, że dychotomia w podejściu do każdej z grup zgodna jest z ekonomicznym modelem optymalizacji odpowiedzialności. W uproszczeniu uznać należy, że reguła ta zapobiega żądaniu odszkodowania od osoby trzeciej innej niż zamierzony beneficjent.

28. A to z uwagi na specyfikę uregulowań niemieckiego BGB i zawarty tam zamknięty katalog praw, których naruszenie powoduje powstanie odpowiedzialności deliktowej (§ 823 BGB).

29. Zob. Targosz T., *op. cit.*

30. Może to być koszt ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Stąd można wnioskować, że wysuwający roszczenie w związku z błędem audytora (księgowego) pozbawieni są możliwości rekompensaty nie dlatego, że ich szkoda ma wyłączny prywatny charakter, ale dlatego, że kompensacja za takie szkody ekonomiczne spowodowałaby zewnętrzne, nadmierne koszty nałożone na tych, którzy nabywają usługi, co skutkowałoby ujemnymi konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi³¹.

4. Odpowiedzialność za szkodę typu *pure economic loss* w prawie polskim – zakończenie

Na koniec zasygnalizować należy jedynie fakt, iż wskazane wyżej stany faktyczne zdarzyć się mogą na gruncie prawa polskiego.

Jak już wspomniano wcześniej, polski reżim prawny z punktu widzenia dopuszczalności kompensacji szkód odpowiadających pojęciu *pure economic loss*, uznać należy za konserwatywny. Osiągnięcie efektu *non-recovery* następuje poprzez dwa charakterystyczne dla polskiego prawa zabiegi ustawodawcy. Po pierwsze, kodeks cywilny ogranicza możliwość kompensaty pewnych uszczerbków przez wprowadzenie do niego jurydycznej konstrukcji tzw. adekwatnego związku przyczynowego i związanego z nim pojęcia normalności następstw, co w efekcie uniemożliwia dochodzenie dowolnego z ciągu roszczeń. Drugim zabiegiem jest wprowadzenie w ramach odpowiedzialności deliktowej szczegółowego uregulowania, na mocy którego osoba bliska może dochodzić swoistego odszkodowania za pogorszenie się jego sytuacji wskutek śmierci bezpośrednio poszkodowanego (art. 446 k.c.). Poprzez fakt wprowadzenia tej szczególnej legalnej podstawy dochodzenia roszczenia sformułowano swoisty wyjątek i wyeksponowano tym samym zasadę braku kompensaty za straty osób, które nie zostały bezpośrednio dotknięte deliktem.

Wobec powyższego, kwestią otwartą pozostaje pytanie, czy polskie sądownictwo, a przede wszystkim nauka, ustanawiająca podwaliny pod przyszłe orzecznictwo, mogą w jakikolwiek sposób skorzystać z rozwiązań zapadłych na gruncie prawa krajów zachodnioeuropejskich i dając podstawę do kompensacji tak powstałych uszczerbków, rozluźnić określone przepisem art. 361 k.c. ramy odpowiedzialności cywilnej, w szczególności odpowiedzialności deliktowej³². Jest to problem o tyle aktualny, iż obecnie, wskutek gwałtownego rozwoju stosunków gospodarczych po okresie transformacji, palącym problemem może okazać się debata nad funkcjonowaniem w Polsce „zasady pełnego odszkodowania”³³.

31. Podnosi się w literaturze, że zastosowanie w tym przypadku zasady wyłączenia odpowiedzialności jest efektywne, ale nie stanowi wyjścia idealnego pod względem teoretycznym, doktrynalnym.
32. Dyskusyjne jest też to, czy w Polsce wzorem prawa niemieckiego koncepcja odpowiedzialności adwokata oparta może być na art. 393 k.c. w zw. z art. 471 k.c., zob. też: T. Targosz, *op. cit.*
33. Lewaszkiewicz-Petrykowska B., *Zakres niedbalstwa jako przesłanki odpowiedzialności cywilnej z tytułu czynów niedozwolonych*, „Nowe Prawo”, 3, 1956, s. 60 i n., *eadem*; *Problem definicji winy jako podstawy odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego”, 14, 1959; *Wina jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Studia Prawno-Ekonomiczne”, 2, 1969, s. 87 i n.; Krajewski, *Niezachowanie należytej staranności – problem bezprawności czy winy*, „Państwo i Prawo”, 10, 1997, s. 39 i n.; Banaszczyk Z., Granecki P., *O istocie należytej staranności*, „Palestra”, 7–8, 2002, s. 12 i n.

Wykaz źródeł:

Arlen J., *Tort damages*, [w:] „Encyclopedia of law and economics”, Bouckaert B., De Geest G. (eds.), Cheltenham: Edward Elgar 2000.

Bussani M., Palmer V. V. (eds.), *Pure Economic Loss in Europe*, Cambridge: Cambridge University Press 2003.

Banaszczyk Z., Granecki P., *O istocie należytej staranności*, „Palestra” 2002, nr 7–8.

Bishop W., *Economic Loss: Economic theory and emerging doctrine*, [w:] „The law of tort. Policies and trends in liability for damage to property and economic loss”, Furmston M. (ed.), London: Duckworth 1986.

Dobbs D. B., *Country Report. United States*, [w:] „The Limits of Expanding Liability: Eight Fundamental Cases in a Comparative Perspective”, Spier J. (ed.), Springer 1998.

Dobbs D. B., *Conference on Economic Tort Law*, „Arizona Law Review” 2006, nr 46.

Dari-Mattiacci G., *The economics of pure economic loss and the internalization of multiply eternalities*, [w:] „Tort and insurance law: Pure economic loss”, van Boom W., Koziol H., Witting C. (eds.), vol. 9, Wien–New York: Springer 2004.

Dari-Mattiacci G., Bernd Schäfer H., *The core of pure economic loss*, „International Review of Law and Economics” 2007, nr 27.

Feldthusen B., *Economic negligence. The recovery of pure economic loss*, Canada: Carswell 2004.

Goldberg V. P., *Recovery for economic following the Exxon Valdez Oil Spill*, „Journal of Legal Studies” 1994, nr 23.

Goldberg V. P., *Recovery for pure economic loss in tort: Another look at Robins Dry Dock v. Flint*, „Journal of Legal Studies” 1991, nr 20.

Fleming J. Jr., *Limitations on Liability for Economic Loss Caused by Negligence: A Pragmatic Appraisal*, „Vand. Law Review” 1975, nr 43.

Krajewski M., *Niezachowanie należytej staranności – problem bezprawności czy winy*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 10.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)*, [w:] „Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana”, Kraków: Zakamycze 2005.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Zakres niedbalstwa jako przesłanki odpowiedzialności cywilnej z tytułu czynów niedozwolonych*, „Nowe Prawo” 1956, nr 3.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Problem definicji winy jako podstawy odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego” 1959, nr 14.

Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 1969, nr 2.

Rabin R. L., *The historical development of the Fault Principle: A reinterpretation*, „Georgia Law Review” 1981, nr 15.

Schäfer H. B., *Haftung für fehlerhafte Wertgutachten*, „Archiv für Civilistische Praxis” 2002.

Schäfer H. B., *Liability of experts and the boundary between tort and contract*, „Theoretical Inquiries in Law” 2002, nr 3.

Targosz T., *Odpowiedzialność adwokata wobec osób trzecich. Zagadnienia prawno-porównawcze*, „Palestra” 2004, nr 11–12.

The issue of pure economic loss with particular focus on the loss caused by the barrister – Summary

The aim of the study is to outline in more detail the concept of pure economic loss and the principle of non-recovery rule, which is fully integrated with it, with consideration given to differences related to losses caused by incorrect actions of the barrister.

In the first paragraph, an attempt was made at defining pure economic loss both by means of formulating a definition and by means of sample cases.

In the second paragraph, the doctrinal justification of the lack of compensation for pure economic loss used in the West-European science was presented. And in the third paragraph, it was pointed out that in the case of lawyers the non-recovery rule does not function, and in order to justify such a position a comparison of the job of lawyer, accountant and auditor was presented.

In the fourth paragraph it was pointed out that the Polish legal system, being a conservative one, in principle does not allow compensation for pure economic loss. The issue was discussed whether, in view of the changes in social and economic relationships which have taken place in Poland over the last two decades, it would be justified to make a revision of the third party liability principles set out in Article 361 of the Civil Code.

MARIUSZ MIKOŁAJEWICZ jest adwokatem, prowadzi własną kancelarię w Poznaniu.

Recenzenci: dr Dariusz Fuchs, prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski.

DARIUSZ PONIEWIERKA

Rządowe programy pomocowe próbą odpowiedzi na konsekwencje światowego kryzysu finansowego w ubezpieczeniu eksportowego kredytu kupieckiego

Światowy kryzys finansowy, którego źródła leżą w sferze finansowej, dotknął także rynek ubezpieczeniowy. Jednym z jego segmentów jest rynek ubezpieczeń kredytu kupieckiego. Problemem w czasie kryzysu stała się jednak nie wypłacalność ubezpieczycieli kredytu, a brak oferowanych przez nich usług. Zagadnienie to było na tyle poważne, że próbą znalezienia rozwiązania zainteresowała się Komisja Europejska. Zrezygnowano jednak z ogólnoeuropejskiego rozwiązania na rzecz krajowych projektów. W roku 2009 duża część krajów Unii opracowała i uzyskała akceptację Komisji Europejskiej oraz wdrożyła własne programy pomocowe. Oparte są one na różnych rozwiązaniach m.in. ubezpieczeniach bezpośrednich i reasekuracji. Największą popularność zdobyło rozwiązanie typu „top-up”, uzupełniające ochronę dostarczaną przez ubezpieczycieli prywatnych. Warunki rządowych programów pomocowych są tak skonstruowane (przede wszystkim poprzez wysoki poziom stawki ubezpieczeniowej), aby nie stanowiły konkurencji dla sektora prywatnego.

Wprowadzenie

Każdy kryzys ekonomiczny jest odmienny. Obecny kryzys trwa już wystarczająco długo, abyśmy się do niego przyzwyczaili, a jego charakterystykę traktowali jako oczywistość. Może warto zatem przypomnieć, iż źródła obecnego kryzysu należy się doszukiwać w sektorze finansowym, a nie jak dotychczas w sferze gospodarki realnej (usługowej bądź wytwórczej). Kryzys cechuje się także niezwykłą na tle historycznym „zaraźliwością”. W roku 2007 przy pierwszych informacjach o problemach na rynku kredytów „sub-prime” w USA, menadżerowie nawet wielkich firm w Europie Zachodniej stwierdzali,

że kryzysu w działalności ich firm nie odnotowano i nie spodziewają się dużego jego wpływu w przyszłości. Rzeczywistość okazała się inna – kryzys szybko rozprzestrzenił się na wszystkie rejony świata. Obecna sytuacja pozostaje w dalszym ciągu niejasna, a wszyscy poszukują segmentu (geograficznego, produktowego), który wprowadzi nas w lepsze czasy. Rządy wielu krajów przeznaczyły olbrzymie środki na programy pomocy i stymulacji gospodarki, które trzeba będzie jeszcze wiele lat spłacać. Będąc w środku procesu przemian warto pokusić się o pierwsze podsumowanie prowadzonych działań oraz próbę przedstawienia wniosków.

W powszechnej opinii, za sytuację, w której się znaleźliśmy, odpowiedzialna jest branża finansowa¹. Jednak samo pojęcie „branża finansowa” jest za szerokie, by ta odpowiedzialność za obecny stan gospodarek światowych dotykała także inne podmioty niż banki. Znaczącą częścią branży finansowej są zakłady ubezpieczeń. Na tle banków, zakłady ubezpieczeń wypadają w obecnym kryzysie nadzwyczaj dobrze, poza oczywiście niechlubnymi przypadkami z rynku amerykańskiego, na czele których stoi AIG i ubezpieczyciele emisji papierów dłużnych. Lepsza sytuacja ubezpieczycieli tłumaczona jest przede wszystkim innym podejściem do ponoszonego ryzyka, jego charakteru i sposobu zarządzania².

W większości ubezpieczeń wypłacane odszkodowania są wynikiem wystąpienia zjawisk losowych. Rozwój skomplikowanych stosunków gospodarczych stworzył także pole dla nowych ubezpieczeń gospodarczych, których wyniki zależne są od koniunktury gospodarczej. Oprócz relatywnie nowych produktów, jak CDS³ (vide przypadek AIG), czy ubezpieczeń wypłacalności emitenta papierów dłużnych⁴, możemy do nich zaliczyć posiadające już prawie stuletnią tradycję ubezpieczenie kredytu kupieckiego (należności z tytułu sprzedaży z odroczonym terminem płatności usług lub dóbr).

1. Światowy kryzys finansowy na rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego

Kryzys dotknął także segment rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego. Jednakże, z uwagi na fakt, iż kryzys rozwinął się w USA, gdzie to ubezpieczenie jest mało popularne (za to bardziej niż w Europie popularny jest *factoring* bądź posilgowanie się ocenami agencji ratingowych przy ocenie wiarygodności kontrahenta)⁵, ubezpieczyciele kredytów kupieckich mieli czas na przygotowanie się na jego nadejście. I został on przez nich należycie wykorzystany, nie było bowiem i nie ma sygnałów, o ich kłopotach z wy-

1. Np. *The Credit Crunch*, Allen & Overy LPP, Bulletin, Listopad 2007.

2. *Eight key messages on the financial turmoil*, CEA, November 2008.

3. Credit Default Swaps – tzw. „swapy kredytowe”, nabywca ich otrzymuje określoną sumę pieniędzy w przypadku zajścia określonego zdarzenia (np. bankructwo, niezwrócenie pożyczki) wobec podmiotu określonego w swapie. „*Credit insurance and surety: solidifying commitments*”, Sigma Nr 6/2006, Swiss Re.

4. Największym rynkiem tego rodzaju ubezpieczeń jest USA. Cechą charakterystyczną obecnego kryzysu jest fakt, iż wielkość emisji papierów dłużnych opartych np. na kredytach „sub-prime” wielokrotnie przekraczała wysokość samych kredytów. M.in. za „*Impact of the Financial Crisis on the Reinsurance Market*”, seminarium, Hannover RE, Warszawa, 13.10.2008.

5. *Credit insurance and surety: solidifying commitments*, Sigma Nr 6/2006, Swiss Re.

płacalnością (w przeciwieństwie do systemu bankowego)⁶. Wymagało to wykonania działań dostosowawczych w zakresie przyjmowanego przez ubezpieczycieli ryzyka, a przede wszystkim zmniejszenia jego poziomu. Ubezpieczyciele zaostrzyli więc warunki swojej oferty podwyższając poziom składki za ubezpieczenie, zwiększając poziom udziału własnego, ale też ograniczyli swoją ekspozycję na ryzyko zmniejszając, bądź nawet całkowicie wycofując limity kredytowe dla pojedynczych odbiorców, branż czy nawet krajów. Mimo tych działań dostosowawczych oczywiste jest, że rentowność ubezpieczycieli kredytu uległa znacznemu obniżeniu.

Zaskoczeniem dla wielu uczestników i obserwatorów (a do nich zaliczyć można rządy poszczególnych państw europejskich) były konsekwencje działań ubezpieczycieli kredytów kupieckich. Uwaga wielu skoncentrowana była wyłącznie na kredycie bankowym, jego dostępności dla przedsiębiorstw, jako podstawowego „krwiobiegu” gospodarki. Umyka w takim myśleniu jednak znaczenie kredytu kupieckiego, gotowości do jego udzielania. Wielkość udzielonych przez przedsiębiorstwa kredytów kupieckich przekracza wielokrotnie wysokość bankowego finansowania obrotu gospodarczego, a zachodzące w jego wolumenie zmiany nie tylko są wynikiem, ale także przyczyną zmian koniunktury gospodarczej⁷. Często firmy, z którymi kontrahenci nie chcą współpracować na warunkach odroczonej płatności stoją w obliczu poważnych problemów, które mogą doprowadzić nawet do upadłości. Z takimi zdarzeniami mieliśmy do czynienia m.in. w Polsce. Dla przykładu, 12 września 2009 r. spółka Awans Centrum-Wschód Sp z o.o. złożyła w sądzie wniosek o ogłoszenie upadłości układowej, publikując jednocześnie oświadczenie, w którym obarczyła winą za zaistniałą sytuację ubezpieczycieli kredytu kupieckiego, zarzucając im wręcz monopolistyczną pozycję⁸.

Niemożliwość ubezpieczenia należności stawia dostawców towarów w trudnej sytuacji. Są zmuszeni do wyboru jednej z dwóch opcji – albo kontynuowania dotychczasowych kontaktów handlowych na niezmiennych warunkach, co w sytuacji zmiany koniunktury gospodarczej, może zakończyć się poniesieniem znacznych strat finansowych, a nawet bankructwem („złe długi” są najczęstszą przyczyną upadłości firm); – albo dostosowania (a więc ograniczenia) kontaktów handlowych, co też może spowodować straty finansowe. W takiej sytuacji nie dziwią pojawiające się w 2009 roku m.in. oficjalne wystąpienia przedstawicieli branży mięsnej do rządu Rzeczypospolitej Polskiej skarżące się na brak dostępności ochrony ubezpieczeniowej,⁹ czy nieformalne rozmowy przedstawicieli branży dystrybutorów sprzętu komputerowego w sprawie powołania własnego ubezpieczyciela kredytu (np. w formie *captiva*).

6. Choć były, co oczywiste, obawy przed takim stanem rzeczy. Dowodem była zmiana perspektywy *ratingu* grupy Atradius przez Standard&Poor 21.11.2008r ze stabilnej na negatywną bez zmiany samego *ratingu*. S&P Revises Atradius Outlook to Negative. Affirm Ratings, Insurance Journal, International News, 21.11.2008.

7. Np. – „Szacuje się, że poziom kredytowania pomiędzy firmami francuskimi jest 4,5 razy wyższy niż kredyt udzielany tym firmom przez banki ...”, Lisowski J. *Wpływ kryzysu finansowego na rynek ubezpieczeń kredytu kupieckiego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 01/2009.

8. „Puls Biznesu” – 2009.12.04

9. Informacje zebrane z rynku ubezpieczeniowego.

2. Idea interwencji państwowej

Z problemem interwencji państwowej spotkały się rządy wszystkich krajów Unii Europejskiej. Z niektórych rynków sygnalizowano nawet 40 proc. średnie obniżenie wysokości oferowanych limitów kredytowych (Litwa, a w przypadku Szwecji i Austrii 30 proc.)¹⁰. W ocenie wielu rządów, reakcja ubezpieczycieli kredytu była przesadzona, a skala obniżki dostępności ubezpieczenia i jego warunków nie miała odzwierciedlenia w tak dużym spadku wiarygodności przedsiębiorstw, branż gospodarczych, czy krajów. Ubezpieczyciele kredytu są jednak przedsiębiorstwami prywatnymi i sposoby wpływu rządów krajowych na nich pozostają mocno ograniczone. Pierwsze próby znalezienia rozwiązań łagodzących skutki sytuacji podjęto na skalę ogólnoeuropejską w lutym 2009 r. Pojawił się pomysł w Komisji Europejskiej powołania specjalnego funduszu finansowego, którego celem miałyby być wsparcie części działalności ubezpieczycieli kredytu w celu zwiększenia dostępności ubezpieczenia – miał on być m.in. tematem szczytu UE 1 marca 2009 r. Pomysł ten jednak nie osiągnął formy nawet konkretnego projektu, gdyż został szybko zarzucony, m.in. w wyniku negatywnej opinii CEA (Europejskiego Stowarzyszenia Ubezpieczycieli)¹¹. Stwierdzono, że jeżeli występuje zapotrzebowanie na pomoc rządową, to najlepiej jeżeli będzie ona dostosowana do istniejących w poszczególnych krajach potrzeb i warunków, oczywiście w ramach europejskiego prawa dotyczącego ograniczeń pomocy państwowej. Zaskoczeniem dla przedstawicieli rządów był fakt, iż branża nie sygnalizowała wcale potrzeb wsparcia kapitałowego¹². W odróżnieniu od banków nie było potrzeby zwiększania kapitałów własnych (zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez różnego rodzaju gwarancje), aby uzupełnić braki powstałe w wyniku poniesionych strat i zapewnić wypłacalność.

W ciągu 2009 duża część krajów Unii Europejskiej (nawet sceptyczne na początku Niemcy) opracowała i uzyskała zgodę Unii Europejskiej na wdrożenie krajowych programów pomocowych. Na tle ówczesnej sytuacji na rynkach finansowych i w różnych uruchamianych programach, rzucającą się w oczy różnicą było to, że ubezpieczyciele kredytów kupieckich nie byli przedmiotem interwencji, a najczęściej partnerem w interwencji. Dowodzi to ponownie niezłego ich *standingu* finansowego, mimo bardzo niekorzystnego otoczenia ekonomicznego.

Nasuwa się w tym miejscu skojarzenie z kryzysem na rynku ubezpieczeń lotniczych po ataku z 11 września na World Trade Center. W tamtym czasie prywatny rynek ubezpieczeń oceniał ryzyko za zbyt wysokie, aby mogło być dla niego zyskowne. W roli ubezpieczyciela „ostatniej szansy” musiały pojawiać się poszczególne rządy, opracowano także wspólne rozwiązania dla krajów Unii. Analogia ta uzmysławia z jak poważnym kryzysem niedostatku ochrony ubezpieczeniowej mieliśmy do czynienia.

10. Przykłady dotyczące firm Corus i Tops Tiles *op.cit.* – *Wpływ kryzysu finansowego na rynek ubezpieczeń kredytu kupieckiego*, Lisowski J., „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 01/2009.

11. Newsletter CEA 8 (68). 2009.03.04.

12. Newsletter CEA 8 (68). 2009.03.04. Komentarz CEA dotyczący możliwej inicjatywy KE w zakresie funduszu ubezpieczeń kredytowych podkreśla, iż to nie ubezpieczyciele kredytu potrzebują pomocy, lecz raczej firmy, których ochrona ubezpieczeniowa została znacznie okrojona lub wręcz wstrzymana.

Przed przejściem do omawiania zastosowanych rozwiązań konieczne jest przybliżenie choć w skrócie istniejącej sytuacji prawnej¹³. Jak wiadomo wsparcie państwowe w Unii Europejskiej podlega surowym ograniczeniom. Ubezpieczenia kredytów eksportowych (bezpośrednio lub pośrednio w formie reasekuracji) są formą pomocy państwowej. Może to prowadzić do zniekształcenia konkurencji pomiędzy przedsiębiorstwami z różnych krajów. Podstawą regulacji tej sfery działalności było uzyskane na forum OECD w 1978 roku porozumienie, zwane Consensussem OECD, określające zasady pomocy państwa (a w tym ubezpieczeń eksportowych kredytów kupieckich) w zakresie transakcji średnio- i długoterminowych (pow. 2 lat). Jest ono podstawą dyrektywy Unii Europejskiej z 1998 (Dyrektywa 98/29/EC)¹⁴. W przypadku ubezpieczeń kredytów krótkoterminowych sytuacje regulują tzw. Komunikaty UE, które dopuszczają pomoc państwa w ubezpieczaniu tzw. ryzyk nierynkowych. Pojęcie to zostało w komunikatach doprecyzowane poprzez definicję wykluczającą – w skrócie można powiedzieć, iż rynkowym ryzykiem jest ryzyko braku zapłaty za dostarczony na warunkach odroczonej płatności (do 2 lat) towar lub usługę przez dłużnika prywatnego lub publicznego w krajach wysoko rozwiniętych (kraje UE i OECD). Komunikaty dopuszczają jednak, w szczególnych okolicznościach, rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej dostarczanej przez rządowe programy ubezpieczeń kredytów eksportowych. Taka sytuacja miała miejsce w trakcie obecnego kryzysu.

3. Zasady zastosowanej interwencji państwowej

Mimo iż poszczególne kraje wdrożyły własne programy pomocowe, wykazują one wiele wspólnych cech. Staje się to bardziej oczywiste, gdy uwzględnimy, iż musiały być one zaakceptowane przez Unię Europejską jako forma pomocy państwowej. Dokonajmy przeglądu zastosowanych rozwiązań na reprezentatywnej grupie 10 państw¹⁵. W skład niej wchodzi:

- duże gospodarki o dużej popularności ubezpieczenia kredytu kupieckiego: Niemcy i Francja,
- średnie gospodarki o dużej popularności ubezpieczenia kredytu kupieckiego: Ho-

13. Szerzej np. Kukielka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia Finansowe. Gwarancje Ubezpieczeniowe, Ubezpieczenia Transakcji Kredytowych* Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2003.

14. Council Directive 98/29/EC of 7 May 1998 on harmonization of the main provisions concerning export credit insurance for transactions with medium and long term cover. Official Journal OJL 148, 19.5.1998.

15. Szczegóły programów pomocowych zostały opublikowane w oficjalnych dziennikach Unii Europejskiej.

Luksemburg – 24.06.2009, Official Journal: JOCE C/143/2009

Litwa – 10.02.2010, Official Journal: JOCE C/33/2010

Belgia – 26.01.2010, Official Journal: JOCE C/19/2010

Holandia – 11.11.2009, Official Journal: JOCE C/270/2009

Finlandia – 22.09.2009, Official Journal: JOCE C/227/2009

Austria – 02.02.2010, Official Journal: JOCE C/25/2010

Dania – 01.08.2009, Official Journal: JOCE C/179/2009

Szwecja – 04.02.2010, Official Journal: JOCE C/28/2010

Niemcy – 05.09.2009, Official Journal: JOCE C/212/2009

Francja – 09.02.2010, Official Journal: JOCE C/31/2010.

landia, Austria, Belgia,

- średnie gospodarki o umiarkowanej popularności ubezpieczenia kredytu kupieckiego: Szwecja, Dania, Finlandia,
- małe gospodarki: Luksemburg,
- kraje „nowej Europy”: Litwa.

We wszystkich tych krajach zdecydowano, iż konieczne jest odstępstwo od zasady braku pomocy państwa w ubezpieczeniu kredytu kupieckiego w zakresie ryzyka rynkowego. Zaistniałe wyjątkowe okoliczności spowodowały czasowy brak usług (tak można zdefiniować znaczne ograniczenie limitów kredytowych) oferowanych przez prywatnych ubezpieczycieli kredytu, nieuzasadniony skalą wzrostu przejmowanego przez nich ryzyka i niezbędne było pojawienie się państwa w roli dostawcy tych usług.

Należy zauważyć, że mimo iż mówimy o ubezpieczeniu, to w systemach prawnych niektórych państw (wśród znajdujących się w wybranej „10” – Szwecja, Finlandia, Austria) usługa przeniesienia ryzyka braku płatności przez odbiorcę ma prawną formę gwarancji (gwarancji samoistnej – umowy nienazwanej w rozumieniu naszego KC). Jednakże nie sama nazwa stosunku prawnego, ale jego treść determinuje przedmiot transakcji.

Z uwagi na wielość uwarunkowań (tzw. gwarancje warunkowe) dotyczących przy czyn braku płatności objętych gwarancją, warunków wstępnych objęcia odpowiedzialnością gwaranta, możliwości skierowania żądania zapłaty dopiero po upływie określonego terminu zwłoki, można traktować takie gwarancje jako równoważne umowom ubezpieczenia kredytu kupieckiego. Zajmują się tą działalnością w wyżej wymienionych krajach oddziały wyspecjalizowanych ubezpieczycieli kredytu kupieckiego.

3.1 PODMIOT PROWADZĄCY INTERWENCJĘ

Europejski rynek ubezpieczeń kredytów kupieckich jest rynkiem międzynarodowym. Dominującą pozycję uzyskały na nim trzej międzynarodowi ubezpieczyciele kredytu – Coface, Atradius i Euler-Hermes. W powyższych krajach samodzielnie, bądź z 1-2 firmami lokalnymi (np. Prisma Kreditversicherungs-AG i Garant Versicherung-AG w Austrii, R+V Versicherung i Zurrich Versicherung w Niemczech, S.A. Ducroire w Belgii) kontrolują 80-90 proc. całego rynku tego ubezpieczenia¹⁶. Zaowocowało to dużą standaryzacją produktu i kiedy wspomina się o ubezpieczeniu kredytu kupieckiego w różnych krajach, myśli się mniej więcej o tym samym. Najbardziej popularnym, w niektórych krajach prawie jedynym możliwym do uzyskania na rynku prywatnym, jest ubezpieczenie portfelowe, tzn. ubezpieczenie obejmujące wszystkie należności dostawcy, bądź jego jednorodną część (np. należności eksportowe z określonej grupy państw).

Istnienie w dalszym ciągu państwowych systemów ubezpieczeń kupieckich kredytów eksportowych w zakresie ryzyka nierynkowego spowodowało, iż w programach pomocowych pojawiły się pewne różnice. Oprócz podstawowej wersji portfelowej (dotyczy to także wspomnianych wcześniej prawnych rozwiązań w formie gwarancji), w niektórych krajach możliwe jest ubezpieczenie należności w stosunku do jednego

16. Na podstawie wniosków o zatwierdzenie pomocy państwowej 10 analizowanych krajów – patrz przypis nr 12. Także *Credit insurance and surety: solidifying commitments*, Sigma Nr 6/2006, Swiss Re.

odbiorcy, a nawet z tytułu pojedynczej transakcji (Austria, Finlandia, Litwa). Dodatkowo, przedmiotem programu pomocowego może być także ubezpieczenie kredytu dostawcy (Niemcy), a także ubezpieczenie ryzyka produkcji (Niemcy, Finlandia) – czyli ryzyka poniesienia strat jeszcze przed dostawą z powodu wykonania produkcji o specyficznej charakterystyce nie posiadającej innych nabywców. Na powstanie tych różnic miał wpływ wybór podmiotu prowadzącego interwencję państwową (patrz tabela nr 1). Tam gdzie program pomocowy realizowany jest przez dotychczasowego dostawcę „państwowych” ubezpieczeń kredytów kupieckich od ryzyka nierynkowego, naturalnym było, że zakres produktowy będzie odpowiadał dotychczasowej ofercie.

Tabela 1. Podmiot prowadzący interwencję państwową oraz odpowiedzialność za ocenę ryzyka

Kraj	Podmiot prowadzący program interwencji państwowej	Ocena ryzyka
Austria	Oesterreichische Kontrollbank AG – główny dostawca usług informacyjnych oraz finansowych dla eksportu i rynków kapitałowych (w tym ubezpieczenie od ryzyk nierynkowych);	Podmiot prowadzący
Niemcy	W ramach dotychczasowego rozwiązania dla ryzyka nierynkowego tj. konsorcjum Euler Hermes Kreditversicherungs-AG i PricewaterhouseCoopers AG WPG prowadzącego do tej pory system ubezpieczeń kredytów eksportowych od ryzyka nierynkowego na rachunek rządowy;	Podmiot prowadzący
Szwecja	Exportkreditnämnden (EKN) – rządowa agencja ubezpieczeń kredytów eksportowych;	Podmiot prowadzący
Holandia	Skarb Państwa	Uczestnicy Programu
Luksemburg	Ducroire Luxemburg SA – rządowa agencja ubezpieczeń kredytu, prowadząca także działalność na własny rachunek;	Podmiot prowadzący
Belgia	Participation Fund – rządowa (federalna) instytucja wspomagająca samozatrudnienie, rozwój przedsiębiorczości;	Uczestnicy Programu
Finlandia	Finnvera plc. – rządowa instytucja finansowa, podmiot prawny. Założona, aby dostarczać usługi finansowe w szczególności dla segmentu MiS w celu promowania i rozwoju przedsiębiorczości, promowania eksportu i umiędzynaradawiania działalności przedsiębiorstw;	Podmiot Prowadzący
Dania	EKF (Export Kredit Fonden) – państwowe przedsiębiorstwo wspomagające duńskie inwestycje na rosnących rynkach charakteryzujących się polityczną i ekonomiczną niestabilnością; państwowy ubezpieczyciel eksportowych kredytów kupieckich;	Uczestnicy Programu
Litwa	UAB „Investiciju ir verslo garantijos” („INVEGA”) – rządowa instytucja wspomagająca rozwój małych i średnich firm w zakresie dostępu do źródeł finansowania;	Uczestnicy Programu
Francja	Skarb Państwa – Coface (prywatny ubezpieczyciel kredytu kupieckiego, jeden z tzw. „Wielkiej Trójki” rynku ubezpieczeń kredytów kupieckich);	Uczestnicy Programu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dzienników urzędowych UE.

Rozwiązaniem, które wydawało się oczywistym, było wykorzystanie już istniejących struktur odpowiedzialnych za „państwowe” ubezpieczenie kupieckich kredytów eksportowych od ryzyka nierynkowego. Z takiego rozwiązania skorzystała połowa z analizowanych krajów (Austria, Niemcy, Luksemburg, Szwecja, Dania, częściowo Francja). Niemałe znaczenie przy podejmowaniu tej decyzji miała ocena ryzyka ubezpieczenia. Bowiern cechą charakterystyczną ubezpieczeń kredytu kupieckiego na tle innych ubezpieczeń gospodarczych jest relatywnie niewielkie znaczenie statystyki ubezpieczeniowej przy dużym znaczeniu zindywidualizowanej oceny ryzyka. Wiedza na ten temat, która znajdowała się w rządowych agencjach ubezpieczeń lub rządowych programach ubezpieczeń (nie zawsze zresztą oznacza to *stricte* instytucję państwową – *vide* przypadek Niemiec), a także istniejące struktury sprzedaży i likwidacji szkód, mogły zostać wykorzystane przy rozszerzeniu ich działalności na ubezpieczenie ryzyk rynkowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że we wszystkich zaaprobowanych programach Unia Europejska wymagała, aby przedmiotem ubezpieczeń były jedynie transakcje, które w innych warunkach byłyby ubezpieczone na rynku prywatnym. Czyli, aby ryzyko z nich wynikające nie przekraczało rozsądnego poziomu, a brak możliwości ubezpieczenia na rynku prywatnym był jedynie wynikiem zaistnienia szczególnej sytuacji, a nie wynikiem jego zbyt wysokiego poziomu.

3.2. FORMA POMOCY PAŃSTWOWEJ

Jednak nie wszystkie kraje poszły tą drogą. W przypadku połowy badanych krajów ocena ryzyka transakcji ubezpieczanych w ramach programu pomocowego jest przeprowadzana przez prywatnych ubezpieczycieli. Wpływ na to miała forma w jakiej pomoc państwowa miała uzupełnić braki usług ubezpieczeniowych oferowanych do tej pory przez prywatnych ubezpieczycieli. Państwo może dostarczać te usługi bezpośrednio – poprzez umowy ubezpieczenia, lub – pośrednio, poprzez umowy reasekuracji zawarte z prywatnymi ubezpieczycielami kredytu. Rozwiązania te uzyskały zbliżoną, można rzec, popularność (dane w Tabeli nr 2), a dwa kraje (Francja i Austria) zdecydowały się na stosowanie w różnych okolicznościach obu rozwiązań¹⁷.

Tabela 2. Rodzaj zastosowanego rozwiązania

	Austria	Niemcy	Szwecja	Holandia	Luksemburg	Belgia	Finlandia	Dania	Litwa	Francja
Ubezpieczenie	X	X	X	-	X	-	X	-	X	X
Reasekuracja	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X

(znak „X” – oznacza zastosowane rozwiązanie)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dzienników urzędowych UE.

17. Z dużych krajów nie będących przedmiotem analizy rozwiązanie reasekuracyjne zastosowała także Hiszpania.

Przy zastosowaniu opcji reasekuracji, znika po stronie rządu konieczność posiadania zorganizowanej struktury sprzedaży oraz wiedzy i doświadczenia w zakresie wspomnianej wcześniej oceny ryzyka, oraz nie mniej ważnych struktur likwidacji szkód i późniejszej windykacji roszczeń. Te czynności wykonują bezpośrednio ubezpieczyciele. W zamian za wykonanie tych czynności, cedenci (a więc prywatni ubezpieczyciele kredytu) otrzymują wynagrodzenie mające pokryć poniesione przez nich koszty w formie prowizji reasekuracyjnej. W analizowanych przypadkach jej wysokość wynosiła od 20 proc. (Belgia) do 35 proc. (Holandia, Dania) składki za ubezpieczenie. Ciekawym rozwiązaniem jest zastosowana w Austrii zasada, że jeżeli Skarb Państwa poniesie w następstwie reasekuracji straty (tzn. wypłacone z tytułu umów reasekuracji kwoty będą większe niż otrzymana składka pomniejszona o prowizję reasekuracyjną), to ma on prawo przez najbliższe 10 lat pokrywać je z przyszłych zysków cedentów.

To rozwiązanie miało na celu zapewnienie przeprowadzenia przez cedentów odpowiednio wiarygodnej oceny ryzyka, gdyż w przeciwnym wypadku koszty błędów obciążą ich samych. Innym rozwiązaniem zastosowanym w programach pomocowych mających ten sam cel jest forma umów reasekuracji. Otóż najpopularniejszą formą reasekuracji okazała się umowa dopełniająca – *top-up* (Belgia, Holandia, Francja). Konstrukcja tej umowy polega na tym, że reasekuracja stanowi jedynie dopełnienie ochrony dostarczonej przez prywatnego ubezpieczyciela kredytu. W sytuacji, kiedy uzyskany limit kredytowy (zakres ochrony ubezpieczeniowej) nie spełnia jego oczekiwań, może on zgłosić się do programu pomocowego. W ramach niego, za dodatkową składkę, uzyskana ochrona może ulec zwiększeniu. Przyjętym powszechnie w programach pomocowych rozwiązaniem jest, iż dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa może wynosić max. 100 proc. wcześniej udzielonego limitu kredytowego przez ubezpieczyciela prywatnego. Ewentualne szkody w pierwszym rzędzie pokrywane są przez ubezpieczyciela prywatnego, a dopiero po przekroczeniu wysokości udzielonego przez niego limitu kredytowego rozpoczyna się odpowiedzialność Skarbu Państwa, co zapewnia odpowiedni poziom wiarygodności przeprowadzanej przez cedentów oceny ryzyka. Zasada umów dopełniających okazała się na tyle interesująca, że dwa kraje, które zdecydowały się na formę interwencji państwowej w postaci umów ubezpieczenia (Litwa i Luksemburg)¹⁸, skonstruowały ją także w formie dopełniającej, czyli *top-up*. Wymagało to oczywiście współpracy i zawarcia odpowiednich umów z ubezpieczycielami prywatnymi. Przewidziano również specjalne rozwiązania dla przedsiębiorstw niekorzystających, do chwili wybuchu kryzysu, z ubezpieczenia kredytu kupieckiego. Na klasyczną formę reasekuracji, umowę kwotową *quota share*, zdecydowała się jedynie Dania.

3.3. WARUNKI UMÓW UBEZPIECZENIA KREDYTU KUPIECKIEGO W RAMACH PROGRAMÓW POMOCOWYCH

Warunkiem koniecznym, żeby programy pomocowe zostały zaakceptowane przez Unię Europejską było to, aby posiadały one powszechny, niedyskryminacyjny charakter. Mają być otwarte dla wszystkich przedsiębiorstw, bądź wyłączające tylko duże przedsię-

18. Z dużych krajów nie będących przedmiotem analizy rozwiązanie ubezpieczeniowe *top-up* wykorzystwała także Wlk. Brytania.

biorstwa (np. Francja wyłączyła przedsiębiorstwa o obrocie powyżej 1,5 mld euro). Jeżeli program oparty jest na konstrukcji *top up*, mogą przystąpić do niej wszyscy zainteresowani prywatni ubezpieczyciele. Warunkiem koniecznym jest, aby program pomocy nie miał trwałego, bądź zbyt długiego charakteru, ponieważ mogłoby to zmienić konkurencję na rynku. Za nieprzekraczalną datę uznano 31.12.2010¹⁹ (a więc programy te w dalszym ciągu trwają), przy czym niektóre kraje od razu określiły tę datę za końcową obowiązywania programu (np. Francja, Luksemburg), a niektóre zastosowały krótsze okresy obowiązywania, z możliwością przedłużenia aż do 31.12.2010 r. (np. Holandia, Dania).

W różny sposób rozwiązano problem finansowania programów pomocowych. Niektóre kraje zdecydowały się nie przeznaczać na programy nowych środków finansowych, przyjmując za wystarczające te znajdujące się w dyspozycji rządowych agencji ubezpieczeń kredytów kupieckich od ryzyka nierynkowego (np. Szwecja, Austria, Finlandia). Liczono także na to, że ewentualne odszkodowania zostaną pokryte składkami płaconymi za ubezpieczenie. Inne kraje przeznaczyły natomiast na programy pomocowe dodatkowe budżety, których wielkość uzależniona była od skali gospodarki (np. Francja 1 mld euro, Holandia 1,5 mld euro, Belgia 300 mln euro limitu czynnej odpowiedzialności).

Programy pomocowe nie mogą stanowić konkurencji dla sektora prywatnego ani zniekształcać istniejącego rynku. Do tego zagadnienia przywiązywano przy konstruowaniu oraz przy późniejszej akceptacji programów pomocowych dużą wagę. Samo ograniczenie terminu ich trwania nie jest jedynym rozwiązaniem mającym to zapewnić. Kluczowe znaczenie ma ustalenie poziomu składki za ubezpieczenie. W zaaprobowanych programach pomocowych był to poziom wyższy (niekiedy nawet znacznie) niż u prywatnych ubezpieczycieli kredytu (tylko Finlandia nie zastosowała się do tej reguły). Zasadę tę zastosowano bez względu na to czy program pomocowy ma charakter bezpośredni (ubezpieczenia), czy pośredni (reasekuracji). Przy reasekuracyjnych rozwiązaniach dopełniających *top-up* powodowało to, że składka za dodatkową ochronę mogła być wyższa niż za ochronę udzieloną przez prywatnego ubezpieczyciela.

W chwili kiedy przywróci się ofertę w zakresie interesującym przedsiębiorstwa, popyt na nie przesunie się natychmiast z programów pomocowych do prywatnych ubezpieczycieli, nawet jeszcze w trakcie ich trwania. Będzie to rzadki przypadek, kiedy pomoc państwowa jest droższa niż oferta prywatnego segmentu rynku. Również udział własny, a więc udział ubezpieczającego w powstałej szkodzie w zaaprobowanych programach pomocowych jest często wyższy niż dotychczas w ofercie ubezpieczycieli prowadzących ubezpieczenie kredytu kupieckiego na rachunek rządowy (szczegółowe dane dotyczące poziomów składki i udziału własnego zawiera Tabela nr 3).

19. Zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej przyjmującą „*The temporary framework providing Member States with additional possibilities to tackle the effects of the credit squeeze on the real economy*” jako narzędzie wykonawcze „*European Economic Recovery Plan*” przyjętego 26 listopada 2008 przez Komisję Europejską, Bruksela, EC MEMO /08/795, IP/08/1993, IP/08/1771.

Tabela 3. Wysokość składki i udziału własnego w programach pomocowych

Rynek	Udział własny	Stopa składki (stawka)
Austria	minimalnie i rzadko 10% zwykle 20%	powyżej rynkowej; 1,5-5% limitu rocznie w zależności od klasy ryzyka dla ubezpieczenia, dla reasekuracji składka stosowana przez prywatnych ubezpieczycieli zwiększona o 10%
Niemcy	do tej pory 10%, obecnie podwyżka składki do 5%. Rząd ma zawsze prawo do podwyższenia do 35%	dla ubezpieczeń portfelowych: 0,49-0,82% ubezpieczonego obrotu, w zależności od klasy ryzyka przy czym dla wyłącznie ryzyka handlowego min. 0,33%, zwyczajka 10% w kolejnym roku, jeśli szkody będą większe niż składka, zniżka 5% jeśli będą niższe; składki powyżej rynkowych
Szwecja	w zakresie 60-90%, średnio 80%	powyżej rynku i 25% więcej niż do tej pory w EKN, 0,26-3,96% rocznie w zależności od klasy ryzyka, przy kredycie powyżej 1 roku dodatkowo 25% zwyczajki
Holandia	* Bez Zmian	1,5% limitu za każde 3 mies. (przy dłuższym niż 3 mies. udzielanym kredycie kupieckim płatność jednorazowa 1,5%)
Luksemburg	* Bez Zmian	3 razy więcej niż zwykła do tej pory składka dla niewypłacalności potwierdzonej i nie mniej niż 1,5% p.a., min. 4% dla niewypłacalności domniemanej; ochrona na bazie kwartału
Belgia	* Bez Zmian	1% limitu dla kredytu półrocznego, 2% dla kredytu rocznego; 3-6 razy więcej niż rynek komercyjny
Finlandia	min. 10 %	taka sama jak do tej pory dla ryzyka niehandlowego 0,3%-1,65% obrotu + jedn. opłata za ryzyko
Dania	min. 20 %	1-2% obrotu w zależności od klasyfikacji ryzyka
Litwa	min. 20 %	powyżej rynku prywatnego; 0,3-3,9 % limitu w zależności od klasy ryzyka oraz opłata administracyjna
Francja	10% dla ubezpiecz. „top-up”; 20% dla reasekuracji całkowitej	2-3,5% ubezpieczonych należności rocznie w zależności od klasy ryzyka dla kredytów 9-12 miesięcznych, dla kredytów do 3 miesięcy 1/4 tych wartości dla top-up ubezpieczenia; dla reasekuracji 3-7,5% rocznie w zależności od klasy ryzyka i długości udzielanego kredytu kupieckiego

* określenie „bez zmian” oznacza, iż minimalny poziom udziału własnego w programie pomocowym jest taki sam jak w dotychczasowych rządowych ubezpieczeniach krótkoterminowego kredytu kupieckiego od tzw. ryzyka nierynkowego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dzienników urzędowych UE.

Zakończenie

Mimo że programy pomocowe nadal są prowadzone, można pokusić się o pierwsze podsumowania. Z pewnością konieczność interwencji rządowej w tym segmencie rynku finansowego była dla niektórych zaskoczeniem. Dowodzi to po raz kolejny ważnej, acz przez wielu niezauważalnej roli jakie pełnią ubezpieczenia kredytu kupieckiego w nowoczesnej gospodarce. Nie mniejszym zaskoczeniem było gdy okazało się, że niewypłacalność prywatnych ubezpieczycieli jest problemem oraz czasowy brak świadczonych przez nich usług ubezpieczeniowych. Warto w tym miejscu przypomnieć o blisko już 100-letniej historii tego ubezpieczenia. W okresie tym zdarzyło się wiele kryzysów, wliczając w to niszczycielski kryzys roku 1929. Doświadczenia z tych lat zostały spożytkowane

m.in. w samym konstruowaniu produktu (np. ograniczenie maksymalnej sumy odszkodowań), co pozwoliło ubezpieczycielom kredytu przetrwać skutki wybuchu obecnego kryzysu. Sam produkt ubezpieczeniowy na przestrzeni lat nie uległ gwałtownym zmianom i pewnie jeszcze długo się nie zmieni.

Z czego wynikał zatem brak usług w tym segmencie rynku ubezpieczeniowego? Trudno wymagać od prywatnych przedsiębiorstw, aby sprzedawały swoje usługi, kiedy nie są przekonane o zyskowności tej działalności. Ostatnie 20 lat rozwoju tego segmentu rynku w Europie to gwałtownie postępująca globalizacja działalności i koncentracja rynku. Towarzyszyła temu szybka i znaczna obniżka składek za ubezpieczenie wymuszana przez coraz bardziej konkurencyjne otoczenie. Aby utrzymać zyskowność działalności ubezpieczyciele kredytu musieli poddać ostrej kontroli ponoszone koszty. A podstawową pozycją były koszty oceny ryzyka (nawet wyższą w niektórych latach niż koszty wypłaconych odszkodowań). Aby je zredukować zmniejszono poziom zindywidualizowania oceny ryzyka, większą wagę przywiązując do analizy sektorów gospodarki, czy poszczególnych państw. Stosowano na coraz większą skalę informatyczne systemy automatycznego podejmowania decyzji o akceptacji ryzyka. W sytuacji kryzysowej nie było już możliwości powrotu do bardziej zindywidualizowanej oceny ryzyka, a z uwagi na koncentrację rynku i globalizację działalności podejmowane decyzje o zmniejszeniu „apetytu” na ryzyko niejako automatycznie zaowocowały szybkim i znacznym zmniejszeniem oferowanej ochrony ubezpieczeniowej na wszystkich europejskich rynkach. Trudno sobie wyobrazić, aby rynek zaakceptował znaczną podwyżkę poziomu składek w przyszłości, co jest warunkiem powrotu do bardziej zindywidualizowanej oceny ryzyka. **Prowadzi to jednak do niezbyt ciekawej konkluzji, że prawdopodobieństwo wystąpienia podobnego kryzysu w przyszłości wcale nie zmalało.**

Programy pomocowe były konstruowane, akceptowane i wdrażane przez cały 2009 r. Można zadać sobie więc pytanie, czy pomoc publiczna powinna się pojawiać wtedy, kiedy jest już tak naprawdę niepotrzebna? Doświadczenia z obecnego kryzysu warto wykorzystać, aby w przyszłości zareagować szybciej i efektywniej, szczególnie, że jak wspomniano wcześniej, należy spodziewać się wystąpienia tego rodzaju kryzysów w przyszłości. Ewentualnym przyszłym rozwiązaniem sprzyjać będzie niewielkie relatywnie koszt obecnych programów, które z uwagi na zastosowane rozwiązania w zakresie składki za ubezpieczenie, mogą okazać się nawet zyskowne dla państw, które je wdrażają. Analizując obecne doświadczenia trudno znaleźć inne, oprócz pojawienia się państwa w roli dostawcy usług ubezpieczeniowych (bezpośrednio lub pośrednio), rozwiązania stymulujące ten segment rynku.

Pozytywnym aspektem (jeżeli w czasie kryzysu można użyć takiego określenia) zaistniałej sytuacji jest znaczny wzrost zainteresowania tą usługą ubezpieczeniową ze strony potencjalnych klientów²⁰, jak i rządów poszczególnych państw. Jedną z podstawowych funkcji spełnianych przez ubezpieczenie kredytu kupieckiego jest wzrost bezpieczeństwa prowadzonej działalności gospodarczej. Ryzyko tej działalności w czasach

20. Dane dotyczące wzrostu zapytań i wniosków ubezpieczeniowych u brokerów – Lisowski J., *Wpływ kryzysu finansowego na rynek ubezpieczeń kredytu kupieckiego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 01/2009.

krzyszu staje się większe, więc każda możliwość zmniejszenia jego wzrostu, jest warta uwagi i wykorzystania.

Jak na tym tle wypada Polska? W Polsce nie wdrożono programu pomocowego wzorem omawianych uprzednio państw. Decydujące znaczenie miał niski w dalszym ciągu poziom umiędzynarodowienia polskiej gospodarki – przypomnijmy, iż omawiane programy pomocowe dotyczą ubezpieczenia eksportowych kredytów kupieckich. Wraz z rozwojem polskiej gospodarki, wymiany handlowej z zagranicą, należy liczyć się z tym, że w przypadku przyszłego kryzysu problem ten pojawi się również u nas. Zwiększające się również znaczenie ubezpieczenia krajowego kredytu kupieckiego, gotowości do jego udzielenia przez przedsiębiorców i wpływu tych czynników na koniunkturę gospodarczą, nakazuje zastanowić się, czy w sytuacji kryzysowej polskie państwo nie powinno odegrać aktywniejszej roli.

Wykaz źródeł:

Council Directive 98/29/EC of 7 May 1998 on harmonization of the main provisions concerning export credit insurance for transactions with medium and long term cover. Official Journal OJL 148, 19.5.1998.

„*Credit insurance and surety: solidifying commitments*”, Sigma Nr 6/2006, Swiss Re.

Dzienniki urzędowe Unii Europejskiej – opis sytuacji w poszczególnych krajach, projekt rozwiązania i decyzja Komisji:

Luksemburg – 24.06.2009, Official Journal: JOCE C/143/2009,

Litwa – 10.02.2010, Official Journal: JOCE C/33/2010,

Belgia – 26.01.2010, Official Journal: JOCE C/19/2010,

Holandia – 11.11.2009, Official Journal: JOCE C/270/2009,

Finlandia – 22.09.2009, Official Journal: JOCE C/227/2009,

Austria – 02.02.2010, Official Journal: JOCE C/25/2010,

Dania – 01.08.2009, Official Journal: JOCE C/179/2009,

Szwecja – 04.02.2010, Official Journal: JOCE C/28/2010,

Niemcy – 05.09.2009, Official Journal: JOCE C/212/2009,

Francja – 09.02.2010, Official Journal: JOCE C/31/2010.

European credit insurance: What Can We Expect In 2009? Special Comments, Moody's Investor Services, 2009.02.17.

Gajda J. *Ryzyko obejmowane ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń kredytów eksportowych prowadzonych z poparciem państwa – przepisy Unii Europejskiej*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 1/2001.

Global insurance review 2008 and outlook 2009. Weathering the storm, Special report, Swiss Re Economic Research & Consulting. 2008.12.09.

Impact of the Financial Crisis on the Reinsurance Market, seminarium, Hannover Re, Warszawa, 13.10.2008.

Lisowski J., *Wpływ kryzysu finansowego na rynek ubezpieczeń kredytu kupieckiego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 01/2009.

Kukielka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia Finansowe. Gwarancje Ubezpieczeniowe, Ubezpieczenia Transakcji Kredytowych* Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2003.

Newsletter CEA 8 (68). 2009.03.04.

Puls Biznesu – 2009.12.04.

The Credit Crunch, Allen & Overy LLP, Bulletin, Listopad 2007,

S&P Revises Atradius Outlook to Negative. Affirm Ratings, Insurance Journal, International News, 21.11.2008.

Decyzja Komisji Europejskiej *The temporary framework providing Member States with additional possibilities to tackle the effects of the credit squeeze on the real economy* jako narzędzie wykonawcze „European Economic Recovery Plan, 26.11.2008”, Bruksela, 17.12.2008, EC MEMO /08/795 .

Government aid programmes as an attempt to address consequences of the global financial crisis in export trade credit insurance – Summary

The global financial crisis, which started in the financial sector, has also affected the insurance market. One of its segments in the trade credit insurance market. What was a problem during the crisis, however, was not the solvency of credit's insurers but the lack of services offered by them. The issue was so serious that the European Commission became interested in an attempt to find a solution. However, an all-European solution was rejected in favour of national projects. In 2009, a significant number of EU countries developed their own aid programmes, had them approved by the European Commission and implemented them. They are based on two different solutions, e.g. direct insurance and reinsurance. A „top-up” type solution, which supplements the protection provided by private insurers, became the most popular. The terms and conditions of government aid programmes are constructed in such a way (mainly by means of a high insurance rate) as not to compete with the private sector.

DARIUSZ PONIEWIERKA jest prezesem zarządu TUW „Bezpieczny Dom”.

Recenzenci: dr Jacek Lisowski, prof. dr hab. Kazimierz Ortyński.

EUGENIUSZ STROIŃSKI

Rynek ubezpieczeń w Polsce na tle sytuacji w Europie Środkowej i Wschodniej

W artykule dokonano próby oceny wpływu skutków kryzysu ekonomicznego na stan sektora ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a zwłaszcza jak na tle regionu kształtuje się sytuacja w Polsce. Straty, jakie zanotował nasz rynek, nie są nadmiernie dotkliwe. Spadek składki w ubezpieczeniu na życie nastąpił w jednym tylko roku 2009, jak można sądzić, między innymi, jako wynik nadmiernego wzrostu tych ubezpieczeń w poprzednim roku. Wyniki I kwartału 2010 świadczą, że straty będą stopniowo kompensowane. W żadnym roku nie nastąpił regres w ubezpieczeniach majątkowych i innych osobowych. W innych krajach regionu straty są dotkliwsze i obejmować mogą dłuższy okres czasu, sięgający także 2010 roku. Najtrudniejsza sytuacja w tym względzie ma miejsce na Litwie, Łotwie i na Węgrzech. Zwraca uwagę wysoka pozycja PZU SA i PZU Życie SA na rynku w regionie Europy Środkowej i Wschodniej. Pozycja ta ulega dalszemu umocnieniu.

Wprowadzenie

W latach 2008 i 2009 nastąpiło niemal na całym świecie spowolnienie gospodarcze, a w wielu krajach stagnacja i regres. Niektóre kraje znalazły się w głębokim kryzysie. Odbiło się to wyraźnie na stanie sektora ubezpieczeń, który jest ściśle powiązany z całą gospodarką, zwłaszcza z sektorem finansowym, który został efektami kryzysu najbardziej dotknięty, a jak niektórzy twierdzą, który kryzys ten wywołał. W niniejszym artykule dokonano próby oceny sytuacji kryzysowej, bądź pokryzysowej, w sektorze ubezpieczeń w krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej, a zwłaszcza jak na tle regionu kształtuje się sytuacja w naszym kraju.

Wiele przesłanek przemawia za tym, że o ile nie wystąpią jakieś szczególne okoliczności, kryzys gospodarczy, także na rynku ubezpieczeń, został w większości krajów regionu, choć nie wszędzie, przewyciężony, i że począwszy od 2010 r. następować będzie odbudowa utraconych pozycji. Można mieć nadzieję, że tak właśnie nastąpi w Polsce, której straty na tle całego regionu nie wydają się nadmierne.

Niniejszy artykuł jest wynikiem udziału autora w corocznej konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Czasopism Ubezpieczeniowych, która odbyła się w dniach

17-19 czerwca 2010 r. w Sofii (Bułgaria). Kolejna konferencja odbędzie się w maju 2011 r. w Bukareszcie (Rumunia). Ponieważ poprzednia konferencja odbyła się w Warszawie, nietrudno zauważyć jak wielkie znaczenie przywiązuje się w świecie ubezpieczeniowym rynkowi ubezpieczeń w tej części Europy.

1. Wyniki ekonomiczne

Pogorszenie sytuacji gospodarczej na świecie charakteryzują podstawowe wskaźniki ekonomiczne, a przede wszystkim spadek produktu krajowego brutto, produkcji przemysłowej, eksportu, przy jednoczesnym wzroście bezrobocia. Sytuacja w poszczególnych krajach jest niejednakowa, a stopień nasilenia ujemnych skutków światowego kryzysu różny. Zdaniem ekspertów Międzynarodowego Funduszu Walutowego, wśród krajów Unii Europejskiej w regionie Europy Środkowej i Wschodniej można wyodrębnić trzy grupy krajów, różniące się pod względem skutków światowego kryzysu i wpływu na bieżącą sytuację gospodarczą:

- 1) kraje względnie stabilne, które skutecznie oparły się światowemu kryzysowi (Polska),
- 2) kraje, w których skutki kryzysu nie były nadmiernie intensywne, i które już w 2010 r. mogą oczekiwać wzrostu gospodarczego (Czechy, Słowenia, Słowacja i Rumunia),
- 3) kraje, w których skutki kryzysu mogą być głębsze i spadek gospodarczy może utrzymać się w 2010 r. (Węgry, Bułgaria, Estonia, Litwa i Łotwa); w Bułgarii wysokość PKB w pierwszym kwartale 2010, r. wyniosła 7 148,9 mln euro, co stanowi 21,1 całkowitego dochodu narodowego w 2009 r.¹, Na Węgrzech i w krajach nadbałtyckich sytuacja jest jeszcze trudniejsza.

Spośród krajów znajdujących się w tej części geograficznej poważne straty zanotowała Ukraina i tam można spodziewać się, że kryzys potrwa dłużej. Trudny do interpretacji jest wynik zanotowany przez Albanię, która wykazuje 4-procentowy wzrost dochodu narodowego, tym bardziej, że powszechnie uznaje się, że jedynie Polska oparła się kryzysowi i jej wynik w 2009 r. jako jedyne kraju w Europie jest dodatni.

Wyniki ekonomiczne całego regionu oraz kilku ościennych krajów przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Wyniki ekonomiczne w krajach Europy Środkowej i Wschodniej i w niektórych ościennych krajach w 2009 r.

Kraj	Liczba ludności (w mln)	PKB <i>per capita</i> (w USD)	Wzrost realny (w %)
Albania	3,1	3 962	4,0
Białoruś	9,6	5 760	- 0,8
Bośnia i Hercegowina	3,9	5 283	- 3,0
Bułgaria	7,5	5 775	- 5,3
Chorwacja	4,4	14 258	- 5,1

Ciąg dalszy tabeli na str. 115

1. Według danych Bułgarskiego Narodowego Instytutu Statystycznego.

Ciąg dalszy tabeli ze str. 114

Kraj	Liczba ludności (w mln)	PKB <i>per capita</i> (w USD)	Wzrost realny (w %)
Czarnogóra	0,6	7 619	- 5,0
Czechy	10,4	17 977	- 3,8
Estonia	1,3	14 284	- 14,1
Litwa	3,4	10 608	- 15,0
Łotwa	2,3	11 582	- 18,4
Macedonia	2,1	4 089	- 1,3
Mołdawia	3,6	1 472	- 6,5
Polska	38,0	11 910	1,7
Rosja	141,2	9 242	- 7,9
Rumunia	21,4	7 614	- 7,0
Serbia	7,4	5 061	- 2,9
Słowacja	5,4	16 868	- 4,9
Słowenia	2,0	21 170	- 7,9
Turcja	72,2	8 416	- 6,2
Ukraina	45,9	2 237	- 15,3
Węgry	10,0	12 705	- 6,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w miesięczniku *Primm*, Bukareszt, Maj 2010.

Dla porównania, w Niemczech, gdzie notowany był w 2008 roku tylko nieznaczny wzrost produktu krajowego brutto (1,3 proc.), w 2009 r. nastąpił jego spadek o 5,0 proc.².

Fakt wyróżniającej się pozycji Polski wobec światowego kryzysu nie oznacza, że echa tego kryzysu całkowicie ominęły nasz kraj i w związku z tym nastąpiły istotne zmiany jego sytuacji ekonomicznej, w tym także usytuowania w rankingu w ramach regionu. Dokonane przesunięcia, wynikające z różnego wpływu światowego kryzysu stanowią niewielką tylko korektę układu państw w tej części Europy. Polska pozostaje w grupie średnio rozwiniętych krajów regionu i pod względem wysokości dochodu narodowego, w przeliczeniu na 1 osobę, nadal wyprzedza ją dość znacznie wiele krajów, w tym oczywiście Słowenia, której dochód nie odbiega od dochodu wielu krajów Europy Zachodniej, oraz Czechy, historycznie bardziej rozwinięte gospodarczo od Polski, ale także Słowacja, Estonia, Chorwacja i Węgry, z którymi zwykliśmy się równać w przeszłości. Natomiast dzięki silnemu kryzysowi na Litwie i Łotwie zdołaliśmy wyprzedzić te kraje, które przez ostatnie lata odnotowywały znaczny progres i w poprzednim roku przewyższały nasz kraj pod względem wysokości produktu krajowego brutto w przeliczeniu na 1 osobę.

2. *The German insurance industry in the Year 2009*, referat na konferencję PIA w Sofii (17-19 czerwca 2010).

2. Stan sektora ubezpieczeń

Recesja gospodarcza wpłynęła także na sytuację w sektorze ubezpieczeń. W 2009 r. nastąpił powszechny spadek ubezpieczeń mierzony wielkością składki, niespotykany w poprzednim okresie. Po raz pierwszy od wielu lat, w niemal wszystkich krajach regionu, nastąpiło obniżenie składki, w niektórych bardzo znaczne (Tabela 2).

Tabela 2. Sektor ubezpieczeń w Europie Środkowej i Wschodniej

Kraj	Składka (mln euro)	Zmiana 09/08	Udział w rynku w regionie (%)	Gęstość ubezpieczenia (euro)
Albania	57,19	- 0,14	0,18	18,45
Bośnia i Hercegowina	173,30	0,96	0,55	44,44
Bułgaria	849,99	- 8,20	2,72	113,33
Chorwacja	1 288,13	- 2,54	4,12	292,76
Czarnogóra	64,22	6,01	0,21	107,03
Czechy	5 286,81	4,29	16,87	508,35
Estonia	366,83	- 1,28	1,17	282,18
Litwa	446,61	- 22,49	1,43	131,36
Łotwa	377,47	- 25,49	1,21	164,12
Macedonia*	95,89	- 9,17	0,23	34,25
Polska	12 497,57	- 12,05	39,92	328,88
Rumunia	2 110,03	- 13,11	6,73	98,60
Serbia	559,98	- 5,21	1,79	75,67
Słowacja*	2 018,93	- 3,87	6,44	373,88
Słowenia	2 075,33	2,76	6,62	1 037,67
Węgry	3 049,49	- 9,38	9,73	304,95
Region	31 317,79	- 7,63	100,0	354,77

* dane szacunkowe w oparciu o wyniki za trzy kwartały 2009 r.

Źródło: Jak w tabeli 1.

W Tabeli 2 przedstawiono wyniki sektora ubezpieczeń w grupie 16 krajów, które w większości opracowań traktowane są jako grupa państw stanowiąca region Europy Środkowej i Wschodniej. Warto podkreślić, że granice tego regionu nie są precyzyjnie określone i pojęcie to wynika nie tylko z układu geograficznego, ale także politycznego. Do tej grupy państw rzadko dołącza się np. Grecję, gdyż tradycyjnie pod pojęciem Europy Środkowej i Wschodniej rozumie się tylko kraje leżące na obszarze tej części świata, które w latach 1945-1990 znajdowały się w strefie wpływów byłego Związku Radzieckiego, a które dziś są częścią Wspólnoty Europejskiej, bądź dążą do tego, aby stać się jej częścią. Jeszcze większe kłopoty powstają przy sprecyzowaniu takich pojęć jak: „Kraje Trzeciego Świata” (uczestniczyłem kiedyś w takiej konferencji), „Kraje Rozwinięte”, etc.

Do grupy 16 krajów przedstawionych w Tabeli 2 niekiedy dołącza się Białoruś, Mołdawię i Ukrainę, a sporadycznie także Rosję i Turcję, na ogół jednak nie są one brane pod uwagę przy analizie regionalnego rynku. Niekiedy również z grupy krajów tego regionu wyłącza się Albanie. Z tych względów operując pojęciem regionu Europy Środkowej

i Wschodniej konieczne jest sprecyzowanie, jakie konkretnie kraje są uwzględniane w tej grupie.

W grupie krajów przedstawionych w Tabeli 2 obniżenie składki (7,6 proc.), okazało się nieco wyższe od obniżenia dochodu narodowego (5,0 proc.), jednak są to wielkości porównywalne i można wyrazić pogląd, że recesja gospodarcza w tym regionie spowodowała zbliżone skutki w zakresie ubezpieczeń, mierzone wielkością składki. Jest to nieco inna sytuacja niż w krajach Europy Zachodniej, gdzie od wielu już lat ubezpieczenia nie rozwijały się tak szybko, jak w regionie krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Stąd, poza niektórymi krajami, nie odnotowano na ogół obniżek składek w 2009. Przykładowo w Niemczech, mimo spadku produktu krajowego brutto w 2009 r., nastąpił wzrost składki o 3,1 proc. (przy wzroście składki w 2008 r. o 1,0 proc.), jednak główną przyczyną tego wzrostu był wzrost składki z tytułu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń na życie ze składką jednorazową (ubezpieczenia ze składką płaconą regularnie uległy zahamowaniu)³.

Największe obniżenie składki, podobnie jak w przypadku produktu krajowego brutto, nastąpiło na Łotwie i Litwie, a następnie w Rumunii i w Polsce. W przypadku Polski obniżka składki stanowi pewnego rodzaju zaskoczenie, gdyby wiązać przyczynowo-skutkowo oba te wyniki. Wiązanie takie byłoby jednak nietrafne, bez uwzględnienia przebiegu rozwoju ubezpieczeń w ostatnich kilku latach, a także jego struktury, zwłaszcza udziału ubezpieczeń na życie, a także wewnętrznej struktury tych ubezpieczeń. Warto podkreślić, że w wielu krajach, w których nie nastąpiło obniżenie składki w 2009 r. wiązało się to z bardzo silną obniżką składki już wcześniej, tj. w 2008 r.

Najbardziej dramatyczna sytuacja wydaje się być na Łotwie, gdzie spadek składki w 2009 r. wyniósł 25,5 proc., a stan gospodarki obniżył się o ponad 18 proc. Stosownie do szacunków miejscowego Swedbanku (także prowadzącego ubezpieczenia od marca 2009 r.) składka ubezpieczeniowa w tym kraju może obniżyć się w 2010 r. o dalsze 20 proc. Wydaje się to możliwe, bowiem w pierwszych dwóch miesiącach tego roku składka spadła nawet o 36 proc.

Równie dramatyczna sytuacja wystąpiła na Litwie, gdzie w wyniku skurczenia się rynku nastąpiło cofnięcie się rynku ubezpieczeń do stanu notowanego w 2006 r.

Warto zauważyć, że w niektórych krajach regionu (podobnie jak ma to miejsce w niektórych krajach Europy Zachodniej), z ubezpieczeń wyłącza się jako odrębny sektor, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Na przykład w Bułgarii w 2009 r. składka przypisana brutto za ubezpieczenia wyniosła 859,7 mln euro, a składka za dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne 19,6 mln euro. W pierwszym kwartale 2010 r. składka ta wyniosła 8,4 mln euro i można sądzić, że w całym roku nastąpi wzrost o około 100 proc. w stosunku do roku ubiegłego⁴.

Sektor ten jest odrębnie nadzorowany przez Komisję Nadzoru Finansowego. W naszym kraju ubezpieczenia zdrowotne stanowią integralną część ubezpieczeń Działu I i Działu II.

Warto też wskazać na różnicę w zakresie struktury trójfilarowego systemu ubezpieczeń emerytalnych w Bułgarii w stosunku do Polski. Drugi filar (dodatkové rentowe

3. *Ibidem.*

4. *Ibidem.*

ubezpieczenie obowiązkowe) prowadzone jest przez specjalnie w tym celu stworzone towarzystwa ubezpieczeń rentowych (7 towarzystw zarządza 29 funduszami; liczba ubezpieczonych na 31 marca 2010 r. wynosiła 3 763 787, a łączna wysokość funduszu 1 690 mln euro, tj. 4,8 proc. w stosunku do dochodu narodowego brutto)⁵.

3. Struktura ubezpieczeń

Wysoki udział ubezpieczeń na życie w strukturze rynku traktuje się na ogół jako świadectwo nowoczesności i dojrzałości tego rynku. Do 2008 r. Polska należała do krajów o najwyższym udziale ubezpieczeń na życie w Europie (nie tylko w regionie). Udział ubezpieczeń na życie przekroczył 65 proc. i osiągnął poziom krajów skandynawskich zbliżając się do sytuacji na rynku brytyjskim, a pozostawiając znacznie w tyle takie kraje jak Francja, Niemcy, Hiszpania, Holandia.

Zmiany na rynku następowały stopniowo. Około 20 lat temu udział w rynku ubezpieczeń na życie wynosił 10 proc.-15 proc., i w ciągu kolejnych lat odnotowano zwiększenie się tego udziału, największe w 2008 r., gdy składka za ubezpieczenie na życie wzrosła o ponad 50 proc., podczas gdy składka w dziale ubezpieczeń innych osobowych i majątkowych o ponad 12 proc. Podobne, bardzo wysokie wzrosty składki ubezpieczeń na życie odnotowały wcześniej (w 2007 r.) Estonia (ponaddwukrotny wzrost), Rumunia, Litwa, Czechy, Słowacja, Bułgaria. W tej sytuacji musiało dojść do pewnego rodzaju korekty struktury na rynku ubezpieczeń. Wyraźny spadek składki za ubezpieczenia na życie już w 2008 r. zanotowały m.in. Estonia, Litwa, Łotwa, Węgry. Warto zauważyć, że w całej Europie (w krajach CEA, tj. krajach UE plus Norwegia, Szwajcaria, Islandia, Chorwacja, Liechtenstein i Turcja), w których od kilkunastu lat utrzymywał się wzrostowy trend ubezpieczeń na życie w wysokości ok. 6 proc. rocznie, nastąpił w 2008 r. spadek składki w ubezpieczeniu na życie. Nominalnie, przy stałym kursie euro, składka ta w 2008 r. wynosiła 644 mld euro wobec 766 mld euro w 2007 r. W tym ujęciu była więc mniejsza w porównaniu z rokiem poprzednim o 11,2 proc. Po uwzględnieniu różnic kursowych jej spadek był jeszcze głębszy (o 15,9 proc.). Najbardziej, bo aż o 25,7 proc., licząc wartość przypisu składki w cenach nominalnych, przy stałym kursie euro, obniżyła się składka w ubezpieczeniach na życie w Wielkiej Brytanii (przodującej w tym segmencie rynku), gdzie, po uwzględnieniu różnic kursowych, regres wyniósł 36,2 proc.⁶

Mimo znacznego spadku, Polska również w 2009 r. należała do krajów o najwyższym poziomie ubezpieczeń na życie (59,0 proc. łącznej składki). W krajach Europy Środkowej-Wschodniej jedynie na Słowacji i Węgrzech składka za ubezpieczenia na życie jest wyższa niż składka za pozostałe ubezpieczenia. Średni udział składki życiowej w regionie wynosi 45,2 proc. (Tabela 3).

5. Referat Bułgarskiej Komisji Nadzoru Finansowego na konferencję PIA w Sofii (17-19 czerwca 2010).

6. *Polski rynek ubezpieczeniowy 2004-2008*, wyd. GUS, Warszawa 2009, s. 91.

Tabela 3. Struktura ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej w 2009 r. (w proc.)

Kraj	Udział składki z ubezpieczeń na życie	Udział składki z ubezpieczeń nie na życie	Zmiana składki z ubezpieczeń na życie 09/08	Zmiana składki z ubezpieczeń nie na życie 09/08
Albania	9,17	90,83	25,45	- 2,15
Bośnia i Hercegowina	18,20	81,80	4,65	0,17
Bułgaria	13,51	86,49	- 19,30	- 6,18
Chorwacja	26,44	73,56	- 2,01	- 2,73
Czarnogóra	12,58	87,42	11,52	5,27
Czechy	42,28	57,72	6,96	2,41
Estonia	36,37	63,63	5,23	- 4,65
Litwa	31,37	68,63	- 9,46	- 27,27
Łotwa	17,44	82,56	- 12,62	- 27,74
Macedonia*	4,44	95,56	-2,0	- 8,56
Polska	58,98	41,02	- 21,11	5,34
Rumunia	18,41	81,59	- 21,94	- 10,82
Serbia	14,72	85,28	14,73	- 7,98
Słowacja*	52,58	47,42	- 3,41	- 4,36
Słowenia	30,36	69,64	- 1,00	4,98
Węgry	50,32	49,68	- 12,57	- 5,90
Region	45,18	54,82	- 13,70	- 1,80

* dane szacunkowe w oparciu o wyniki trzech kwartałów 2009 r.

Źródło: Jak w tabeli 1.

Jest to jednak obraz nieco zniekształcony wobec dominującej pozycji Polski. W ubezpieczeniach na życie zbiór składki w Polsce stanowi ponad połowę łącznej składki zbieranej w regionie (52,1 proc.). Po wyłączeniu danych dotyczących naszego kraju średni udział składki ubezpieczeń na życie w łącznej składce wyniósłby 36,0 proc. Oczywiście wyjątkowo niski udział ubezpieczeń na życie w takich krajach jak Macedonia i Albania nie ma istotnego wpływu na przeciętny wynik ze względu na śladowy udział tych krajów w globalnym rynku regionu. Należy też zauważyć, że nie są to kraje o najniższym udziale ubezpieczeń na życie w tym rejonie geograficznym. Udział ten w Mołdawii wynosi 6,21 proc., na Białorusi 5,51 proc., na Ukrainie 4,25 proc., a w Rosji 1,61 proc.

Z Tabeli wynika, że spadek ubezpieczeń w regionie nastąpił przede wszystkim w ubezpieczeniach na życie (spadek o 13,7 proc.). Spadek nie dotyczył jednak wszystkich krajów. Dość wysoki przeciętny spadek spowodowany jest w głównej mierze bardzo wysokim spadkiem w Polsce, w Rumunii i Bułgarii (w krajach o dużym wzroście składki w przeszłości).

W ubezpieczeniach nie-życiowych notowane jest bardzo niewielkie obniżenie składki (1,8 proc.). Jest to zrozumiałe, gdyż kryzys gospodarczy nie mógł spowodować drastycznego spadku liczby i ilości samochodów oraz odpowiedzialności cywilnej kierowców lub odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu, spadku wartości mebli i sprzętu elektronicznego oraz gospodarstwa domowego w mieszkaniach, kosztów leczenia powypadkowego etc. Tym bardziej zastanawiający jest tak silny spadek ubezpieczeń nie na życie (majątkowych i innych osobowych) w krajach bałtyckich,

a zwłaszcza na Litwie i Łotwie (ponad 20 proc.), a także w Rumunii (ponad 10 proc.). W Polsce spadek składki nastąpił tylko w ubezpieczeniach na życie (znacznie wyższy od średniej), natomiast w ubezpieczeniach nie na życie nastąpił tradycyjnie kilka punktowy wzrost.

Wpływ kryzysu na spadek ubezpieczeń na życie wiąże się ze spadkiem wartości papierów na rynku finansowym, zwłaszcza akcji i funduszy inwestycyjnych, co spowodowało wycofywanie środków finansowych z polis ubezpieczeń na życie. Łatwo to prześledzić analizując udział składki w poszczególnych grupach ubezpieczeń na życie w Polsce na przestrzeni ostatnich lat (Tabela 4).

Tabela 4. Struktura grupowa ubezpieczeń na życie w Polsce w poszczególnych latach (w proc.)

Treść	1991	1995	2000	2007	2008	2009	2010*
Na życie i dożycie	92,0	75,3	52,3	38,7	72,9	63,6	61,8
Zaopatrzenia dzieci	1,4	0,5	1,0	0,5	0,3	0,5	0,4
Z funduszem kapitałowym	-	6,5	30,5	47,0	16,2	21,4	23,4
Rentowe	0,1	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Wypadkowe i chorobowe	6,5	17,0	16,0	13,6	10,4	14,3	14,1

* dane za I kwartał.

Źródło: *Przegląd dziesięciolecia, wyd. PUNU, biuletyny statystyczne KNF (2007-2010).*

Łatwo zauważyć, że w 2008 r., w którym nastąpił wyraźny regres w ubezpieczeniach na życie, dotyczył on głównie ubezpieczeń z funduszem kapitałowym, który w niewielkim tylko stopniu pełni funkcje czysto ubezpieczeniowe, tj. jako ochrona na wypadek śmierci, ale stanowi sposób oszczędzania i inwestowania środków finansowych, podobnie jak ma to miejsce w przypadku innych form oszczędzania (w oparciu o lokaty bankowe, obligacje i bony skarbowe, fundusze inwestycyjne i akcje). Likwidacja ubezpieczenia jest tu stosunkowo łatwa i niekosztowna, i dlatego ten typ ubezpieczenia jest najbardziej wrażliwy na zmiany na rynku finansowym. Oczywiście tak duży spadek (około trzykrotny) ubezpieczeń z funduszem kapitałowym, przy jednoczesnym znacznym wzroście (prawie dwukrotnym) ubezpieczeń tradycyjnych, tj. na życie i dożycie, nie może być wyłącznie i bezpośrednio wynikiem sytuacji kryzysowej, ale także pewnych technicznych posunięć niektórych zakładów ubezpieczeń, na przykład przez wprowadzenie do obiegu ubezpieczeń na życie i dożycie (mieszanego) na okres półroczny, co bardzo upodobniło to ubezpieczenie do ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, przy jednoczesnej ochronie przed podatkiem od zysków inwestycyjnych. Obecnie możemy dostrzec stopniową odbudowę ubezpieczeń z funduszem kapitałowym, ale nadal nie osiągnęliśmy jeszcze wyników sprzed dziesięciu lat.

4. Znaczenie polskich zakładów ubezpieczeń w regionie

Ze względu na znaczny udział Polski w globalnym rynku, a także ze względu na dużą koncentrację polskiego rynku, polskie zakłady ubezpieczeń odgrywają ważną rolę w regionie. Dotyczy to zwłaszcza byłych monopolistów, tj. PZU SA i PZU Życie SA, ale także innych polskich zakładów, zwłaszcza ubezpieczeń na życie (Tabela 5).

Tabela 5. Największe zakłady ubezpieczeń w regionie (składka w mln euro)

Ubezpieczenia na życie			Ubezpieczenia nie na życie		
Nazwa	Kraj	Składka	Nazwa	Kraj	Składka
PZU Życie	PL	2 414,25	PZU	PL	1 896,49
TUnŻ Europa	PL	655,49	Ceska Pojistovna	CZ	922,13
TUnŻ Warta	PL	634,47	Kooperativa Pojistovna VIG	CZ	880,24
ING TUnŻ	PL	620,34	STU Ergo Hestia	PL	531,59
Ceska Pojistovna	CZ	513,90	Triglav	SL	531,34
TU Allianz Życie Polska	PL	451,68	Allianz	HU	484,52
AVIVA TUnŻ	PL	405,54	TUir Warta	PL	452,62
PAPTUnŻIR Amplico Life	PL	380,43	TU Allianz Polska	PL	389,85
Nordea Polska TU na Życie	PL	295,01	Croatia	HR	366,55
Generali Życie TU	PL	294,39	Allianz – Slovenska	SK	363,61

Źródło: Jak w tabeli 1.

W ubezpieczeniu na życie, w którym Polska zdecydowanie przewodzi w regionie (i nie tylko) polskie zakłady ubezpieczeń ulokowały się na pierwszych czterech miejscach, a wśród czołowej dziesiątki znalazł się tylko jeden zakład spoza Polski, tj. Ceska Pojistovna, także uprzedni monopolista. Warto zauważyć, że w pierwszej siedemdziesiątce znajduje się 20 polskich zakładów ubezpieczeń na życie, a więc dwie trzecie wszystkich zakładów.

W ubezpieczeniach innych niż na życie, PZU SA znajduje się zdecydowanie na pierwszym miejscu, ale w pierwszej dziesiątce znalazły się tylko cztery zakłady ubezpieczeń z siedzibą w Polsce.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych i innych osobowych w pierwszej siedemdziesiątce znalazło się niewiele mniej, bo 19 polskich zakładów ubezpieczeń.

Dużą rolę na rynku w regionie odgrywa PZU SA, który działa nie tylko w kraju, ale również za granicą. Na Ukrainie PZU Ukraine Life zajmuje siódme miejsce w *rankingu* zakładów ubezpieczeń ze składką za 3 kwartały 2009 r. 1,84 mln euro. W ubezpieczeniach nie na życie PZU Ukraine zajmuje siedemnaste miejsce ze składką za 3 kwartały 2009 r. 14,10 mln euro. Za cały rok 2009 składka wyniosła 19,5 mln euro i była wyższa o 26,7 proc. w stosunku do roku ubiegłego.

Na Litwie zakład ubezpieczeń na życie PZU Lietuva gyvybes draudimas zajmuje siódme miejsce ze składką 4,38 mln euro, a zakład ubezpieczeń nie na życie PZU Lietuva zajmuje wysoką czwartą pozycję ze składką w 2009 r. 37,63 mln euro. Spadek składki, charakterystyczny dla rynku litewskiego, dotknął tam także PZU (spadek o 38,1 proc.).

PZU SA ma wysoką ocenę solidności i niezawodności. W *ratingu* przeprowadzonym przez Standard & Poor's w lipcu 2009 podwyższona została ocena długoterminowa zaufania i finansowej siły grupy PZU SA z „A-” do „A”. W ten sposób PZU SA uzyskał najwyższy *rating* spośród polskich instytucji finansowych. W ubiegłym roku wypłacona została rekordowa dywidenda dla akcjonariuszy PZU SA. Można sądzić, że w przyszłości, po ostatecznym załatwieniu ciągnącego się od kilku lat sporu wśród głównych akcjonariuszy, PZU SA w jeszcze większym stopniu rozszerzy swą działalność w regionie.

Wykaz źródeł:

Biuletyny statystyczne KNF (2007-2010).

Opracowania Bułgarskiego Narodowego Instytutu Statystycznego oraz Komisji Nadzoru Finansowego, przygotowane na konferencję PIA (17-19 czerwca 2010).

Polski rynek ubezpieczeniowy 2004-2008, wyd. GUS, Warszawa 2009.

Primm – Insurance & Pensions, Year XII, Issue 6/2010 /(88), Bukareszt, Maj 2010.

Przegląd dziesięciolecia – Rozwój ubezpieczeń w Polsce w gospodarce rynkowej, wyd. PUNU, Warszawa 2001.

The German insurance industry in the Year 2010, referat na konferencję PIA w Sofii (17-19 czerwca 2010).

Insurance market in Poland as compared to the situation in Central and Eastern Europe – Summary

The article is an attempt at assessing the impact of consequences of the economic crisis on the condition of the insurance sector in the countries of Central and Eastern Europe, and in particular Poland's situation in comparison with the rest of the region. The losses incurred by our market are not very painful. A drop in the life insurance premium was recorded only in 2009 and was probably the result of, among other things, the excessive increase in this type of insurance in the previous year. The results of the 1st quarter of 2010 show that the losses will be gradually compensated. In none of the years there was a drop in property or another personal form of insurance. In other countries of the region the losses are more painful and may cover a longer period, including the year 2010. The most difficult situation in this respect can be seen in Latvia, Lithuania and Hungary. What is interesting is a high position of PZU and PZU Życie on the market in the region of Eastern and Central Europe. This position is becoming even stronger.

Prof. dr hab. EUGENIUSZ STROIŃSKI jest wykładowcą w Akademii Finansów w Warszawie.

Recenzenci: prof. dr hab. Kazimierz Ortyński, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

MARCIN KOLASIŃSKI
KATARZYNA MRZYGLÓD

Nowe rozporządzenie Komisji Europejskiej w sprawie wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń

Artykuł opisuje pokrótce nowe regulacje prawne prawa konkurencji dla sektora ubezpieczeń związane ze zmianą wyłączenia grupowego w sektorze ubezpieczeń na poziomie unijnym. Po trwającym około 2 lat przeglądzie funkcjonowania poprzedniego rozporządzenia, Komisja Europejska zdecydowała, aby nie odnawiać niektórych wyłączeń, w szczególności w zakresie porozumień dotyczących standardowych warunków ubezpieczenia oraz urządzeń zabezpieczających. Nowe rozporządzenie przewiduje utrzymanie wyłączenia w stosunku do porozumień związanych ze wspólnymi kalkulacjami, tabelami i badaniami oraz z grupami koasekuracyjnymi i koreasekuracyjnymi.

Wprowadzenie

W dniu 1 kwietnia 2010 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Komisji Europejskiej w sprawie wyłączeń grupowych w sektorze ubezpieczeniowym (Rozporządzenie Komisji nr 267/2010 z dnia 24 marca 2010 r. w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym¹).

Mimo że w przeszłości pojawiały się wątpliwości, co do możliwości zastosowania reguł konkurencji do tak specyficznego sektora jak ubezpieczeniowy, to jednak Trybunał Sprawiedliwości stanął na stanowisku, że nie ma podstaw prawnych do zastosowania jakiegokolwiek odstępstwa w tym wypadku². Wskazuje się, że to właśnie ewo-

1. Dz. Urz. UE 2010, L 83, s. 1.

2. Orzeczenie TS w sprawie 45/85 Verban der Sachversicherer cV (Vds) v. Komisja.

lucja reguł konkurencji, która dokonała się w odniesieniu do europejskich zakładów ubezpieczeń, pozwoliła im na coraz lepsze przygotowanie do działalności³.

Obecnie nie kwestionuje się zastosowania prawa konkurencji, w tym art. 101 TFUE, do sektora ubezpieczeniowego. Świadczą o tym także orzeczenia Komisji i Trybunału Sprawiedliwości w tym zakresie⁴.

Art. 101 TFUE zakazuje zawierania porozumień, które mogą wpływać na handel między państwami członkowskimi i których celem lub skutkiem jest zapobieżenie, ograniczenie lub zakłócenie konkurencji wewnątrz rynku wewnętrznego. Choć przepis wskazuje przykładowe naruszenia, katalog zakazanych zachowań jest otwarty.

Z kolei art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej⁵ przewiduje możliwość wyłączenia pewnych porozumień spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję. Skorzystanie z tego wyłączenia wymaga jednak przeprowadzenia indywidualnej, skomplikowanej oceny, a tym samym stwarza znaczne ryzyko dla przedsiębiorców. Ciężar przeprowadzenia takiej analizy spoczywa wyłącznie na przedsiębiorcy. Rozporządzenia w sprawie wyłączeń grupowych są aktami prawnymi, które tworzą tzw. „bezpieczną przystań” w odniesieniu do pewnych kategorii porozumień, tym samym niejako zwalniając przedsiębiorców od konieczności dokonywania każdorazowo indywidualnej i szczegółowej analizy.

Celem artykułu jest krótkie przedstawienie wprowadzonych zmian.

1. Proces konsultacji

Pierwsze wyłączenie grupowe w sektorze ubezpieczeń zostało wprowadzone w 1992 r.⁶, a kiedy ta regulacja wygasła w 2003 r., Komisja zdecydowała się zastąpić ją następnym rozporządzeniem⁷, które obowiązywało do końca marca bieżącego roku.

W listopadzie 2007 r. Komisja rozpoczęła prace zmierzające do dokonania przeglądu funkcjonowania wyłączenia w sektorze ubezpieczeń, zaś w kwietniu 2008 r. ogłosiła publiczne konsultacje. Dodatkowo, do wybranych zainteresowanych podmiotów, organów publicznych oraz organizacji konsumenckich, zostały przesłane odpowiednie kwestionariusze. Proces konsultacji został zakończony w lipcu 2008 r. Następnie Komisja przesłała jeszcze odpowiednie ankiety do wybranych zainteresowanych podmiotów, w tym w szczególności do małych i średnich ubezpieczycieli, grup oraz stowarzyszeń producentów urządzeń zabezpieczających. Przegląd został przeprowadzony we współ-

3. Fuchs D., *Ewolucja reguł konkurencji w odniesieniu do europejskiego rynku ubezpieczeń gospodarczych*, „Kwartalnik Prawa Publicznego”, nr 3/2002, s. 169-185, s. 185.

4. Por. Orlicka J. *Doświadczenia Komisji europejskiej Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich w dziedzinie konkurencji w ubezpieczeniach w okresie poprzedzającym wprowadzenie wyłączeń grupowych dla tego sektora*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego”, vol. VII, A.D. MMIX, s. 135-186.

5. Dz. Urz. UE 2008 r., C 115, s. 1, dalej jako TFUE.

6. Rozporządzenie (WE) Nr 3932/92 z dnia 21 grudnia 1992 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 TWE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym (Dz. Urz. WE L 398, s. 7).

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

pracy z Europejską Siecią Konkurencji (ECN) skupiającą organy antymonopolowe Państw Członkowskich Unii Europejskiej.

W swoim badaniu Komisja analizowała przede wszystkim, czy istnieje potrzeba odnowienia wyłączenia grupowego dla sektora ubezpieczeniowego, kładąc szczególny nacisk na trzy podstawowe kwestie:

- czy ryzyko gospodarcze lub inne kwestie związane z sektorem ubezpieczeniowym sprawiają, że sektor ten jest „szczególny” i odmienny od pozostałych sektorów w taki sposób, który powoduje większą potrzebę współpracy między ubezpieczycielami,
- jeżeli tak, czy większa potrzeba współpracy wymaga przyjęcia aktu prawnego, takiego jak rozporządzenie w sprawie wyłączeń grupowych, w celu ochrony tej współpracy lub jej ułatwienia,
- jeżeli tak, to czy obowiązujące wyłączenie grupowe jest najbardziej odpowiednim instrumentem, czy też właściwsze byłoby jego częściowe odnowienie⁸.

Komisja, po dokonaniu przeglądu funkcjonowania poprzedniego rozporządzenia, doszła do wniosku, że nie wszystkie kategorie porozumień wyłączonych rozporządzeniem 358/2003 są obecnie szczególne dla sektora ubezpieczeniowego w sposób uzasadniający ich odmienne traktowanie w stosunku do innych dziedzin gospodarki.

Nowe rozporządzenie utrzymało wyłączenie w odniesieniu do porozumień związanych ze wspólnymi kalkulacjami, tabelami i badaniami oraz z grupami koasekuracyjnymi i koreasekuracyjnymi (jednak wprowadzono pewne zmiany w tych rozwiązaniach).

Jednakże nie zostało odnowione wyłączenie w zakresie porozumień dotyczących standardowych warunków ubezpieczenia oraz urządzeń zabezpieczających. Komisja uznała, że porozumienia te nie są szczególne tylko dla sektora ubezpieczeniowego, a działania przedsiębiorców na rynku w zakresie tych porozumień budzą wątpliwości⁹.

Komisja, wychodząc naprzeciw przedsiębiorcom i dając im czas na dostosowanie się do nowych regulacji prawnych, przewidziała okres przejściowy w odniesieniu do porozumień obowiązujących w dniu 31 marca 2010 r., które nie spełniają warunków wyłączenia przewidzianych nowym rozporządzeniem. Okres przejściowy trwa do 30 września 2010 r. Nowe rozporządzenie ma obowiązywać przez 7 lat.

2. Odnowione wyłączenia

2.1. WSPÓLNE ZESTAWIENIA, TABELE I BADANIA

Poprzednio obowiązujące rozporządzenie nr 358/2003 pod pewnymi warunkami przewidywało wyłączenie porozumień odnoszących się do wspólnego opracowywania i rozpowszechniania kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia od określonego ryzyka w przeszłości oraz tabel śmiertelności i tabel pokazujących częstotliwość chorób, wypadków i kalectwa w związku z ubezpieczeniem obejmującym elementy kapitalizacji.

8. Komunikat Komisji w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym (Dz. Urz. UE 2010, C 82, s. 2).

9. Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, 2009 r., Bruksela, s. 11-12.

Wyłączeniem objęte były także wspólne przeprowadzanie badań dotyczących prawdopodobnego wpływu ogólnych okoliczności zewnętrznych na częstotliwość lub skalę przyszłych roszczeń w związku z określonym ryzykiem albo na rentowność różnych rodzajów inwestycji, a także rozpowszechnianie wyników takich badań.

W raporcie podsumowującym dwuletnie konsultacje Komisja zauważyła, że koszty produktów ubezpieczeniowych są nieznanne w momencie ustalania ceny oraz uwzględniania ryzyka. Ze względu na to, że oszacowanie ryzyka ma zasadnicze znaczenie dla ustalenia ceny usług, wydaje się to odróżniać sektor ubezpieczeniowy od innych sektorów, w tym także od sektora bankowego¹⁰. Mając to na uwadze, Komisja stwierdziła, że porozumienia, które pozwalają na wzrost liczby ubezpieczycieli zdolnych do ubezpieczenia danej kategorii ryzyka mają korzystny wpływ na zwiększenie konkurencji i dostępu do rynku. W sposób szczególny kooperacja w tym zakresie może przyczynić się do wejścia na rynek małym i średnim ubezpieczycielom¹¹. W związku z tym, Komisja postanowiła odnowić wyłączenia w tym zakresie w nowym rozporządzeniu.

Wyłączenie dotyczy wspólnego opracowywania i rozpowszechniania informacji niezbędnych do realizacji celów kalkulacji przeciętnego kosztu ubezpieczenia od określonego ryzyka w przeszłości, tabel śmiertelności oraz tabel pokazujących częstotliwość chorób wypadków i kalectwa, a także wspólnego przeprowadzania badań prawdopodobnego wpływu zewnętrznych okoliczności na częstotliwość przyszłych roszczeń związanych z danym rodzajem ryzyka.

Rozporządzenie ma jednak zastosowanie pod pewnymi warunkami. Po pierwsze, dane nie mogą identyfikować indywidualnych ubezpieczycieli i ubezpieczonych lub zawierać informacji dotyczących składek ubezpieczeniowych (komercyjnych). Ponadto muszą one zawierać szczegółowe i zróżnicowane dane statystyczne, które będą wystarczające dla dokonania kalkulacji zgodnej z obowiązującymi zasadami statystyki ubezpieczeniowej. Poza tym, dane nie mogą uwzględniać kosztów nadzwyczajnych, kosztów administracyjnych, dochodu wynikającego z rezerw, wpłat o charakterze fiskalnym/parafiskalnym, dochodów z inwestycji, przewidywalnych zysków. Jednocześnie powinny one być dostępne na rozsądnych i niedyskryminacyjnych zasadach dla innych zakładów ubezpieczeń oraz organizacji konsumenckich i stowarzyszeń klientów. Co szczególnie istotne, dane te nie mogą być w żaden sposób wiążące dla przedsiębiorców będących stronami porozumień przy kształtowaniu własnej polityki handlowej wobec klientów.

W porównaniu do poprzednio obowiązującego wyłączenia, zmiana jest niewielka. Nastąpiło pewne uściślenie poprzez zaznaczenie, że wyłączona jest tylko wymiana informacji „niezbędnych” do utworzenia bazy statystycznej. Ponadto modyfikacją jest konieczność udostępniania danych także organizacjom konsumenckim.

Zarówno Komisja, jak i krajowe organy antymonopolowe, zauważyły jednocześnie, że istnieje możliwość, iż ta współpraca może być pewnego rodzaju „przykrywką” dla

10. *Commission Staff Working Document Accompanying the Report from the Commission to the European Parliament and the Council On the functioning of Commission Regulation (EC) No 358/2003 on the application of Article 81(3) of the Treaty to certain categories of agreements, decisions and concerted practices in the insurance sector*, Bruksela 2009 r., s. 16.

11. *Sprawozdanie Komisji...*, s. 4-5.

potencjalnie antykonkurencyjnej wymiany informacji, o czym mogą świadczyć ostatnie sprawy we Włoszech oraz w Bułgarii. Włoski organ antymonopolowy skrytykował włoskie stowarzyszenie ubezpieczycieli (A.N.I.A.) za utrzymywanie jednolitego systemu parametrów dotyczących wyceny kalkulacji kosztów naprawy. Choć stowarzyszenie formalnie porzuciło stosowanie systemu, *de facto* zachęcało członków do stosowania podobnych kryteriów. W związku z tym działaniem, na stowarzyszenie została nałożona kara. Z kolei w Bułgarii, ubezpieczyciele uzgodnili i stosowali wspólne minimalne składki dotyczące ryzyka w swoich działaniach. Wskazówki co do wielkości składek skalkulowanych w odniesieniu do ryzyka stały się w rzeczywistości składkami ubezpieczeniowymi stosowanymi przez uczestników porozumienia. Bułgarski urząd ds. konkurencji w swojej decyzji z 2008 r. uznał takie działanie za porozumienie zakazane.

Z tego względu Komisja zwraca szczególną uwagę na niewiążący charakter omawianych kalkulacji. Na marginesie trzeba jednak wskazać, że wymiana informacji o charakterze wrażliwym może budzić zastrzeżenia na gruncie prawa konkurencji niezależnie od tego, czy istnieje wyłączenie grupowe dla określonego sektora¹².

2.2. WSPÓLNE UBEZPIECZENIA OD NIEKTÓRYCH RODZAJÓW RYZYKA

Nowe rozporządzenie odnowiło także wyłączenie w zakresie tworzenia i działania grup dokonujących koasekuracji i koreasekuracji w celu wspólnego ubezpieczenia od nowych rodzajów ryzyka oraz grup dokonujących koasekuracji i koreasekuracji w celu ubezpieczenia od ryzyk, które nie są nowe.

Po dokonaniu analizy rynku Komisja zgodziła się z uczestnikami konsultacji, zauważając, że w odniesieniu do pewnych szczególnych charakterów ryzyka (np. ryzyko związane z terroryzmem, środowiskiem naturalnym), w sytuacji, gdy pojedynczy ubezpieczyciel nie chce lub wręcz nie może samodzielnie ubezpieczyć całości ryzyka, szczególne znaczenie ma podział ryzyka między ubezpieczycielami.

Komisja zauważyła jednak, że pewne grupy ko(re)asekuracyjne nie potrzebują wyłączenia, gdyż nie przyczyniają się one do ograniczenia konkurencji niezależnie od wielkości udziałów w rynku ich uczestników. Dotyczy to szczególnych, katastroficznych ryzyk, których żaden ubezpieczyciel nie byłby w stanie samodzielnie ubezpieczyć¹³. Z drugiej strony inne grupy, które mogą być zastąpione przez dwa lub więcej podmiotów ubezpieczeniowych także mogą znaleźć się poza zakresem wyłączenia grupowego, ale z tego powodu, że przekraczają one wskazane w rozporządzeniu progi udziału w rynku lub nie spełniają innych warunków w nim określonych¹⁴.

Wyłączenie przyznane rozporządzeniem ma zastosowanie pod pewnymi warunkami. Po pierwsze, wspólne ubezpieczenia nowego rodzaju ryzyka stosuje się przez okres 3 lat od daty pierwszego utworzenia grupy ko(re)asekuracyjnej. Nowe ryzyko zostało zdefiniowane jako ryzyko, które nie istniało wcześniej i które wymaga opracowania zupełnie nowego produktu, bez możliwości rozszerzenia, ulepszenia lub zastąpienia istniejącego produktu lub w wyjątkowych wypadkach ryzyko, którego charakter

12. *Commission Staff Working ...*, s. 21.

13. Por. Decyzja Komisji 1999/329/EC z 12 kwietnia 1999 – P& I Clubs, Pooling Agreement, Dz. Urz. UE 1999 nr 125, s. 12-31, Sprawy dotyczące ubezpieczeń nuklearnych(2001) – Staff Working Document..., s. 32.

14. *Sprawozdanie Komisji...*, s. 8.

(poddany obiektywnej analizie) uległ tak znacznej zmianie, że nie jest możliwe z góry określenie zdolności ubezpieczeniowej dla ubezpieczenia danego ryzyka. Wyłączenie ma także zastosowanie do innych ryzyk, ale przyznanie wyłączenia zależy od nieprzekraczania łącznego udziału w rynku uczestników porozumienia – 20 proc. dla koasekuracji oraz 25 proc. dla koreasekuracji. Ponadto możliwość objęcia wyłączeniem jest uzależniona od szeregu dodatkowych warunków, to znaczy: możliwości wypowiedzenia udziału w grupie z odpowiednim wyprzedzeniem bez ponoszenia jakichkolwiek sankcji, a także braku obowiązku „stosowania” grupy, braku ograniczeń terytorialnych działalności grupy lub jej członków oraz braku ograniczeń dotyczących sprzedaży lub podziału rynków/klientów. Poza tym członkowie grupy koreasekuracyjnej nie mogą porozumiewać się w sprawie składek komercyjnych, które naliczają w ubezpieczeniach bezpośrednich.

Co ciekawe, zdaniem Komisji poprzednio obowiązujące rozporządzenie było stosowane w sposób „blankietowy”, to znaczy duża część ubezpieczycieli polegała jedynie na pewności prawnej gwarantowanej przez samo istnienie wyłączenia grupowego, nie przeprowadzając wymaganej oceny zgodności swoich działań z warunkami rozporządzenia. W sposób szczególny podkreślona została konieczność starannego określenia właściwego rynku produktowego i geograficznego. Prawidłowe określanie rynku właściwego jest bowiem warunkiem wstępnym do przeprowadzenia oceny zgodności z progami udziału w rynku. Raport pokazuje także, że konsultacje wskazały, iż istnieje duży stopień niepewności co do określania rynków właściwych. Wątpliwości wśród respondentów budziło także określenie co stanowi tzw. „nowe ryzyko”¹⁵.

Należy zaznaczyć, że porozumienia zawierane w trybie *ad hoc*, w których każdy ubezpieczyciel zgadza się niezależnie ubezpieczyć pewien procent ryzyka, nie są i nie były objęte wyłączeniem. W tym przypadku, ubezpieczyciel-lider ubezpiecza największą część ryzyka, zwykle wybraną przez brokera lub klienta. Porozumienia o warunkach, w tym dotyczące składek, są zawierane pomiędzy klientem a ubezpieczycielem, a następnie inni średni lub mali ubezpieczyciele mogą pokryć pozostałą część ryzyka. W dokumencie roboczym Komisja wskazała, że w trakcie przeprowadzanego niedawno badania rynku ubezpieczeniowego, doszła do wniosku, że ko(re)asekuracja na tym rynku (tzw. *subscription market*) nieobjętym wyłączeniem wiąże się z pewnym ujednoczeniem składek, które mogą naruszać reguły konkurencji¹⁶. Stwierdzenie to, niestety, nie zostało poparte żadną analizą i spotkało się z krytyką komentatorów. Wydaje się, że wskazany rynek podlega konkurencyjnemu procesowi wyboru. Działania zmierzają bowiem do osiągnięcia „wzorcowej” ceny poprzez wybór ubezpieczyciela-lidera (oferującego najbardziej korzystną stawkę), do którego mogą być dodane dodatkowe ubezpieczenia zwiększające zakres ubezpieczenia. Fakt, że może wystąpić ujednoczenie składek (jest to prawdą, gdyż na tym opiera się sens zabezpieczenia konkurencyjnej stawki), nie powinno budzić zastrzeżeń, skoro cena jest konkurencyjna. Możliwość wyłączenia takiej praktyki na podstawie art. 101 ust 3 TFUE nie zapewnia takiego stopnia bezpieczeństwa, gdyż ciężar udowodnienia korzyści wyrównujących spowodowane porozumieniem ograniczenie konkurencji spoczywa w takim wypadku wyłącznie na przedsiębiorcach.

15. *Commission Staff Working...*, s. 36-37.

16. *Commission Staff Working...*, s. 30.

3. Nieodnowione wyłączenia

3.1. STANDARDY OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZEŃ

Zdaniem Komisji współpraca w zakresie niewiązanych standardów ogólnych warunków ubezpieczeń nie jest szczególna dla sektora ubezpieczeń. Obecnie wieloaspektowe porozumienia są zjawiskiem powszechnym w wielu sektorach, w szczególności w sektorze bankowym. Co więcej, w większości tych sektorów są one stosowane bez potrzeby istnienia odpowiedniego wyłączenia grupowego w tym zakresie.

Niewątpliwie, standardy ogólnych warunków ubezpieczeń w wielu przypadkach przynoszą pozytywne skutki dla konkurencji i konsumentów, jednak podstawowym zadaniem przeprowadzanego przeglądu było stwierdzenie, czy istnienie tego typu współpracy jest w jakikolwiek sposób szczególna dla sektora ubezpieczeniowego.

Choć niektórzy uczestnicy konsultacji wyrażali obawy, że nieodnowienie rozporządzenia w omawianym zakresie doprowadzi do zmniejszenia współpracy między ubezpieczycielami, Komisja uznała to za mało prawdopodobne¹⁷. Po pierwsze, także pod rządami uprzedniego rozporządzenia istniała konieczność przeprowadzenia analizy zgodności warunków z rozporządzeniem. Ponadto często stowarzyszenia przejmują przewodnią rolę w zakresie współpracy. W niektórych państwach członkowskich ustalenie standardowych warunków nastąpiło na podstawie przepisów krajowych (co ograniczyło potrzebę współpracy), w innych organ regulacyjny wezwał uczestników rynku do wypracowania odpowiednich regulacji.

Zwykle wspólne ustalenia w tym zakresie znajdują się poza zakresem zakazu antykonkurencyjnych porozumień, chyba że zawierają zakazane, tzw. „czarne” klauzule, jak np.: określają poziom składek ubezpieczeniowych, określają kwotę odszkodowania lub wysokość kwoty, którą ubezpieczający jest obowiązany pokryć sam (udział własny), narzucają objęcie zakresem ogólnego ubezpieczenia rodzajów ryzyka, na które istotna liczba ubezpieczonych nie jest jednocześnie narażona.

Z drugiej strony, zbyt duży stopień standaryzacji może wyrzucić negatywny skutek na konsumentów, ograniczając ich możliwość do znalezienia produktów dopasowanych do ich indywidualnych potrzeb¹⁸. Dodatkowo, choć zwykle prokonkurencyjne, standardowe warunki mogą jednakże prowadzić do zbyt dużego ujednoczenia i ograniczenia konkurencji pozacenowej.

Przedstawiając powyższe stanowisko Komisja zapowiedziała jednocześnie odpowiednie rozszerzenie przygotowanych przez nią wytycznych horyzontalnych (tj. wytycznych o możliwych formach współpracy między konkurentami) i uwzględnienie w nich wskazówek dotyczących ogólnych warunków stosowanych przez różne sektory¹⁹.

17. *Sprawozdanie Komisji...*, s. 6-7.

18. *Staff Working Document...*, s. 25.

19. *Obwieszczenie Komisji – Wytyczne dotyczące stosowania art. 81 Traktatu (obecnie 101 TFUE) do horyzontalnych porozumień kooperacyjnych* (Dz. Urz. UE C3, s. 2), tzw. wytyczne horyzontalne. Wytyczne są rodzajem tzw. „miękkiego prawa”, tj. aktu prawnego niemającego mocy wiążącej. Są stosowane i przestrzegane przez adresatów ze względu na autorytet instytucji wydających te akty. Przede wszystkim stanowią one cenną wskazówkę interpretacyjną i stanowią uzupełnienie przepisów. Obecnie, do końca czerwca, przeprowadzane są konsultacje nad projektem nowych wytycznych. Komisja planuje przyjąć nowe wytyczne z końcem 2010 r.

3.2. URZĄDZENIA ZABEZPIEZAJĄCE

Poprzednio obowiązujące rozporządzenie w sprawie wyłączeń grupowych obejmowało wspólne uzgodnienia dotyczące specyfikacji technicznych, zasad lub kodeksów praktyki dotyczących urządzeń zabezpieczających. Dotyczyło ono także wspólnego ustalenia w zakresie procedur dla oceny i zatwierdzania zgodności tych urządzeń z takimi normami, a także uzgodnienia dotyczące wskazanych powyżej norm w zakresie instalacji i konserwacji urządzeń zabezpieczających i zatwierdzania zgodności przedsiębiorców, którzy takie urządzenia instalują i konserwują. Wskazane porozumienia miały podlegać wyłączeniu do czasu wprowadzenia odpowiednich regulacji harmonizujących na poziomie europejskim.

Po przeprowadzonej analizie Komisja uznała, że ustalanie norm technicznych należy do ogólnej dziedziny określania standardów, która nie jest szczególna dla sektora ubezpieczeniowego²⁰. Poza tym porozumienia objęte są wyłączeniem tylko w zakresie w jakim nie istnieje harmonizacja, która obecnie jest dosyć powszechnym zjawiskiem²¹.

Dodatkowo, przegląd wykazał, że takie porozumienia mogą mieć potencjalnie antykonkurencyjne skutki na rynku detalicznym urządzeń zabezpieczających oraz mogą mieć negatywny skutek na swobodę przepływu towarów, usług lub przedsiębiorczości²². Choć porozumienia pozwalają przyjąć do ubezpieczenia inne urządzenia zabezpieczające, które nie spełniają tych specyfikacji lub zasad, to w praktyce te porozumienia uzyskały charakter obligatoryjny. Przeprowadzone konsultacje potwierdziły, że producenci urządzeń zabezpieczających oraz przedsiębiorcy instalujący i konserwujący takie urządzenia, którzy nie przestrzegają zasad ustalanych przez ubezpieczycieli, są wykluczani z rynku, gdyż konsumenci nie mogą uzyskać ubezpieczenia dla tego typu produktów. Konsumenci muszą bowiem wykazać, że korzystają z zatwierdzonych urządzeń zabezpieczających, aby zostało im przyznane ubezpieczenie. Problemy pojawiają się, gdy konsument zechce zmienić dostawcę na takiego, który wskazanym norm nie stosuje. Zrzeszone w stowarzyszeniach branżowych zakłady ubezpieczeń dopuszczają zwykle wyłącznie zatwierdzone urządzenia²³.

Komisja zauważyła także, że istniało wiele przypadków, w których ubezpieczyciele nie włączali zainteresowanych podmiotów (producentów oraz przedsiębiorców świadczących usługi instalacji i konserwacji) w proces zatwierdzania lub przeglądu norm²⁴. Wydaje się to być niezgodne z propagowanym przez Komisję otwartym charakterem procesu ustalania standardów. Tego typu działania w sektorze ubezpieczeniowym spowodowały brak przejrzystości, który najprawdopodobniej powodował późniejsze faktyczne wykluczanie niektórych przedsiębiorców z rynku²⁵.

Należy jednak zauważyć, że pomimo wycofania wyłączenia w zakresie urządzeń zabezpieczających, możliwe będzie stosowanie do wspólnych ustaleń w zakresie urządzeń zabezpieczających wytycznych horyzontalnych Komisji w części dotyczącej standaryzacji²⁶.

20. *Sprawozdanie Komisji...*, s. 9.

21. Lista standardów jest dostępna na stronie: <http://ec.europa.eu/enterprise/newapproach/standardization/harmstds/reflist.html> (15.06.2010 r.).

22. *Staff Working Document...*, s. 44-45.

23. *Sprawozdanie Komisji...*, s. 10.

24. *Staff Working Document...*, s. 46, *Sprawozdanie Komisji...*, s. 10.

25. *Ibidem*.

26. Aktualnie są weryfikowane przez Komisję, por przypis nr 17.

Zakończenie

Mimo iż nowe rozporządzenie nie przyniosło spektakularnych zmian, to jednak przedsiębiorcy działający w sektorze ubezpieczeniowym powinni dokonać przeglądu stosowanych przez siebie praktyk. Szczególnie ważne jest wystrzeżenie się „blankietowego” stosowania reguł konkurencji, tak krytykowanego przez Komisję. Rewizji będą wymagały konsorcja ubezpieczeniowe w celu ich dostosowania do nowych progów udziału w rynku. Trzeba będzie także zwrócić uwagę, aby wspólne działania w zakresie wymiany danych statystycznych nie wykraczały poza „konieczność”, a także by były dostępne na równych zasadach dla organizacji konsumenckich ubiegających się o nie. Uwagi wymagają także standardy ogólnych warunków ubezpieczeń, w szczególności stowarzyszenia zrzeszające ubezpieczycieli powinny upewnić się, że ich działania są zgodne z regułami prawa konkurencji.

W Polsce obowiązuje obecnie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2007 r. w sprawie wyłączenia niektórych rodzajów porozumień, zawieranych pomiędzy przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową, spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję²⁷, które wygasa 31 marca 2011 r. Warto zauważyć, że obecna regulacja jest w dużym stopniu odwzorowaniem rozwiązań wprowadzonych na poziomie europejskim. Choć trudno z całą pewnością to stwierdzić, wydaje się, że zmiana rozporządzenia na poziomie unijnym pociągnie za sobą podobne zmiany w polskich regulacjach.

Wykaz źródeł:

Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej oraz art. 6 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz. Urz. UE 2008 r., C 115, s. 1.

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

Rozporządzenie (WE) Nr 3932/92 z dnia 21 grudnia 1992 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 TWE do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. WE L 398, s. 7.

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

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2007 r. w sprawie wyłączenia niektórych rodzajów porozumień, zawieranych pomiędzy przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową, spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję, Dz.U. 2007 Nr 137, poz.964.

Decyzja Komisji 1999/329/EC z 12 kwietnia 1999 – P& I Clubs, Pooling Agreement, Dz. Urz. UE 1999 nr 125, s. 12-31.

27. Dz.U. 2007 Nr 137, poz. 964.

Komunikat Komisji w sprawie stosowania art. 101 ust. 3 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, Dz. Urz. UE 2010, C 82, s. 2.

Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady z funkcjonowania rozporządzenia Komisji (WE) nr 358/2003 w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do niektórych kategorii porozumień, decyzji i praktyk uzgodnionych w sektorze ubezpieczeniowym, 2009 r., Bruksela.

Commission Staff Working Document Accompanying the Report from the Commission to the European Parliament and the Council On the functioning of Commission Regulation (EC) No 358/2003 on the application of Article 81(3) of the Treaty to certain categories of agreements, decisions and concerted practices in the insurance sector, 2009 r., Bruksela
Strony internetowe.

Komisja Europejska – Lista zharmonizowanych standardów <http://ec.europa.eu/enterprise/newapproach/standardization/harmstds/reflist.html> (15.06.2010 r.).

New regulation of the European Commission on block exemption in the insurance sector – Summary

The article briefly describes new regulations of the competition law for the insurance market related to the change in the block exemption at the EU level. After a two-year review of the manner in which the previous regulation functioned, the European Commission decided not to renew certain exemptions, in particular as regards agreements on standard policy conditions and security devices. The new regulation stipulates maintaining the exemptions for agreements related to joint calculations, tables and studies as well as co(re)insurance pools.

MARCIN KOLASIŃSKI jest radcą prawnym w Baker & McKenzie Gruszczyński i Wspólnicy Kancelaria Prawna sp.k.

KATARZYNA MRZYGLÓD jest aplikantem adwokackim zatrudnionym w Baker & McKenzie Gruszczyński i Wspólnicy Kancelaria Prawna sp.k.

Recenzenci: dr Dariusz Fuchs, prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski.

ROBERT KUREK

Muzułmańskie ubezpieczenia na życie

Zachodzące w świecie muzulmańskim przemiany umożliwiły powstawanie specyficznych – charakterystycznych dla świata muzulmańskiego – usług finansowych. Ich częścią są także ubezpieczenia na życie, które w świecie muzulmańskim przyjęły postać rodziny takaful.

Brak jednej interpretacji doktryny religijnej i fakt, że muzulmanie wyznają wiarę w różnym stopniu spowodował, że rynek ubezpieczeń na życie krajów muzulmańskich jest bardzo zróżnicowany. W ujęciu organizacyjnym praktykowane są różne modele „rodziny takaful” (od takich, które nie są nastawione na zysk po takie, które zbliżone są do konwencjonalnych ubezpieczeń). W ujęciu wartościowym „rodziny takaful” w jednych krajach stanowią znaczny udział w PKB, a w innych tego typu ubezpieczenia nie występują w ogóle. W ujęciu przedmiotowym w jednych krajach dominują proste ubezpieczenia na życie, a w innych rozwinięte produkty ochronno-oszczędnościowe.

Ubezpieczenia prowadzone przez „rodziny takaful” „współistnieją” z konwencjonalnymi ubezpieczeniami, przez co obie formy są dla siebie konkurencją, jednak współistnienie to przynosi obu stronom także szereg korzyści. Wschodzące muzulmańskie ubezpieczenia na życie korzystają z doświadczenia, know how, kapitału oraz poznanych już mechanizmów i reguł rządzących się rozwojem ubezpieczeń. Świat zachodni zyskuje na innowacyjności i możliwości zagospodarowania nowych rynków zbytu. Konstrukcja ubezpieczeń „przyjaznych wyznawcom islamu” powoduje, że dzięki swoim cechom i zaletom są w stanie pozyskiwać klientów na całym świecie, niezależnie od ich wiary.

Wprowadzenie

W Polsce nie występują muzulmańskie produkty ubezpieczeniowe a ubezpieczenia zgodne z prawem muzulmańskim to zagadnienia raczej obce i nieznanne. Forma ubezpieczeniowa *takaful* i poznanie mechanizmu ubezpieczeń na życie świata muzulmańskiego pozwala jednak spojrzeć na ubezpieczenia konwencjonalne z nieco innej perspektywy.

Wyznawcom islamu religia zakazuje¹ zawierania konwencjonalnych ubezpieczeń, które zgodnie z regułami szaria’tu są sprzeczne z zasadami wyznawanej wiary. Jednak

1. Zakaz zawierania ubezpieczeń dotyczy tych, którzy są wyznawcami islamu i ściśle przestrzegają reguł koranicznych (muzulmanie religijni).

potrzeba zabezpieczania się przed skutkami ryzyka przyczyniła się do pojawienia się zmodyfikowanej ograniczeniami religijnymi formy ubezpieczeniowej – *takaful*. Może ona występować zarówno, jako *takaful* życiowe, jak i *takaful* niezyciowe². Muzułmańskie ubezpieczenia na życie – *family takaful* – swoją regularną postać przybrały dopiero na przełomie XX i XXI wieku, mimo że instytucja zobowiązania udzielenia pomocy, gdy ta okaże się konieczna i zasada solidarności znana jest jeszcze z czasów przedislamskich i istniała także wtedy, gdy w rozwoju konwencjonalnych ubezpieczeń zaczęły się pojawiać pierwsze ubezpieczenia na życie.

Celem tego opracowania jest charakterystyka specyfiki islamskich ubezpieczeń na życie – *family takaful* – formy ubezpieczeniowej, która w rozumieniu praw Koranu³ traktowana jest jako dopuszczalna i zgodna z zasadami wyznawanej wiary. Charakterystyka *family takaful* będzie tłem do ukazania zależności wynikających ze „współistnienia” konwencjonalnych i islamskich ubezpieczeń na życie, uwarunkowań rozwoju tych drugich oraz zasygnalizowania, że w przyszłości stanowić mogą one znaczącą alternatywę dla tradycyjnych ubezpieczeń na życie nie tylko w świecie muzułmańskim, ale także na Zachodzie.

1. Dopuszczalność ubezpieczeń na życie w islamie

System religijny świata islamu ma wprawdzie wspólne fundamenty i filary wiary, jednak nie jest monolitem. Kształtowany od VI w. naszej ery utworzył wiele nurtów i stał się bardzo zróżnicowany regionalnie. Odmienności etniczne, tradycje i zwyczaje związane z fundamentami religijnymi oraz historycznymi uwarunkowaniami wpływają także na niejednorodny poziom religijności, postawy wobec prawa koranicznego a także postawy wobec Zachodu.

Jako element nurtów rewitalizacji islamu, która ma miejsce od lat 60. wieku XX, w państwach muzułmańskich stopniowo zaczęły pojawiać się miejscowe odpowiedniki coraz to nowych produktów finansowych obecnych na Zachodzie. Wprawdzie rynek finansowy większości państw muzułmańskich wciąż jest zdominowany przez produkty konwencjonalne, to bazując na zgodnych z zasadami religijnymi tradycyjnych umowach *mudaraba*⁴ i *muszaraka*⁵ (tego typu umowy obowiązywały już w transak-

2. Zgodnie z literaturą zacytowaną w pracy (i nie tylko) powszechnie przyjęła się w połowie angielska nazwa dla odpowiednika ubezpieczeń na życie – *family takaful*. Dla ubezpieczeń niezyciowych wykorzystywana jest nazwa *general takaful*.
3. W islamie nie występuje zinstytucjonalizowany odpowiednik Kościoła, który ustalałby oficjalną wykładnię doktryny religijnej – stąd to, co dla jednego muzułmanina będzie uznawane za dopuszczalne może być dla innego niedopuszczalne, a samych interpretacji Koranu może być wiele, zależnie od szkoły prawa, kraju, regionu, tradycji i wielu innych czynników.
4. Kontrakt *mudaraba* jest porozumieniem pomiędzy dwiema lub większą liczbą osób, gdzie jedna lub więcej z tych osób dostarcza finansowania, podczas gdy pozostali prowadzą przedsięwzięcie. Celem takiego przedsięwzięcia jest prowadzenie handlu, działalność produkcyjna, czy też świadczenie usługi w celu wypracowania zysku. Zysk może być dzielony między finansującym a prowadzącymi przedsięwzięcie w uzgodnionych proporcjach. Strata jednak musi być pokryta przez finansującego w proporcji do jego udziału w całości kapitału finansującego przedsięwzięcie. Strata prowadzącego przedsięwzięcie polega na tym, że nie uzyska on spodziewanego zysku ze swej działalności.
5. *Muszaraka* jest porozumieniem pomiędzy dwiema lub większą liczbą osób. W przeciwieństwie do *mudaraba*, wszyscy wspólnicy wnoszą do przedsięwzięcia zarówno środki finansowe, jak

cyjach pomiędzy starożytnymi kupcami), możliwe okazało się pojawienie specyficznych usług finansowych, charakterystycznych dla świata muzułmańskiego, których częścią stały się także ubezpieczenia na życie w postaci *family takaful*.

Przez wiele lat znawcy⁶ prawa islamskiego nie znajdowali podstaw, aby konwencjonalne ubezpieczenia na życie traktować, jako zgodne z systemem wiary muzułmańskiej. Jednym z podstawowych problemów było „osadzenie” w regułach islamu stosunku prawnego między firmą ubezpieczeniową a ubezpieczającym, gdzie niematerialny przedmiot tej umowy – ochrona ubezpieczeniowa stanowił element wcześniej nieznanym i trudnym do zdefiniowania.

Ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym z założenia kłócą się z zasadami prawa koranicznego – życie traktowane jest bowiem jako dar od Boga i igranie nim (jakakolwiek spekulacja) jest niestosowne. Zawarcie „zakładu” – stawiając w grze samego siebie (swoje życie) oznacza pojawienie się elementu „gry losowej”, przekładające się na uzyskanie szansy na wygraną. Niepewność, spekulacja, hazard czy gra losowa, po arabsku zwane są *gharar* i nie powinny mieć miejsca. Uznanie wyniku losowego związanego z „niejasnymi warunkami umowy” (nie wiadomo czy wypłacone zostanie świadczenie, czy nie) oznacza przyjęcie przez ubezpieczającego nadmiernego ryzyka, gdzie wynik końcowy zależy od przypadku. Sytuacja taka po arabsku określana jest jako *majsir* i wszelkie umowy także powinny być wolne od takiego atrybutu⁷.

Według wielu muzułmańskich teoretyków ubezpieczenia na życie w islamie w ogóle nie są potrzebne ze względu na istnienie innego typu zabezpieczenia o charakterze społecznym – *zakatu*⁸. *Zakat* oznacza konieczność przekazywania jałmużny i jest jednym z pięciu obowiązków każdego muzułmanina (rodzaj podatku religijnego). Jego beneficjentami są ludzie potrzebujący – biedacy, wdowy, sieroty, inwalidzi, podróżni itp. Właśnie na *zakacie*, a nie z wykorzystaniem ubezpieczeń, powinna opierać się pomoc dla najbliższych w przypadku śmierci członka rodziny lub innego wypadku losowego.

Bardzo istotna jest również powszechnie znana zasada finansów islamskich zakazująca *riby*. Jest nią każda korzyść majątkowa i niemajątkowa, którą traktuje się, jako nieuczciwą i nieuzasadnioną, jeśli nie odpowiada jej wzajemne (równoważne) świadczenie⁹. *Riba* występuje w przypadku ubezpieczeń na życie o charakterze oszczędnościowym. Ubezpieczony otrzymuje sumę ubezpieczenia, którą sam opłacił w ratach i która to wiązała się z przyrostem wartości bez dostarczenia wzajemnego świadczenia. Taki rodzaj przyrostu jest rodzajem nieusprawiedliwionego uzysku, który jest niezgodny z prawem koranicznym. Poza tym konwencjonalne firmy ubezpieczeniowe inwestują

również są udziałowcami i sprawującymi zarząd, chociaż niekoniecznie w równym stopniu. Ich udział w zyskach może wynikać z porozumienia, ale udział w stratach musi być proporcjonalny do ich udziału w kapitale finansującym przedsięwzięcie.

6. Znawcy prawa islamskiego to zarówno islamiści – tj. osoby naukowo zajmujące się islamem, jak i prawnicy (teolodzy) muzułmańscy.
7. IIC, *Islam & Versicherung*, Islamic Insurance Consulting, za: <http://iic-hr.com/islam.html>
8. Górak-Sosnowska K., Kubicki P., *Zabezpieczenie społeczne w islamie*, „Polityka Społeczna” 2/2005, s. 25.
9. Mourad S., Pacic J., *Fiqh II: Handels-, Arbeits- und Eigentumsrecht, Erbrecht, Strafrecht, Gerichtsverfahren*, Deutscher Informationsdienst über den Islam (DIIdI) e.V., Karlsruhe 2008, s. 53.

swoje pieniądze w aktywa, które ukierunkowane są na osiągnięcie *riby*. Niezgodna z zasadami szari'atu jest także sytuacja, gdy ubezpieczający zapłaci należne składki z opóźnieniem. Naliczone przez firmę ubezpieczeniową dodatkowe opłaty (odsetki za zwłokę) także traktowane są jako nieuzasadniona korzyść¹⁰.

Wspomniane już *gharar* i *majsir* są również obecne w ubezpieczeniach na życie z funduszami inwestycyjnymi (kapitałowymi), gdzie obydwie strony biorą udział w umowie i gdzie żadna ze stron nie wie nawet czy jej wynikiem będzie zysk, czy strata, ani jakie wartości osiągną. Jest to kolejny istotny powód, dla których ubezpieczenia życiowe (w tym przypadku z funduszem kapitałowym) nie mogą być traktowane jako dozwolone. Wszelkie kapitałowe i ochronne formy ubezpieczeń na życie organizowane na zasadach komercyjnych są niezgodne z regułami szari'atu.

Zawieranie umów obarczonych atrybutami *riby*, *gharar* i *majsir* oznacza ignorowanie zasad koranicznych i jest nieakceptowane (niedopuszczalne) przez wyznawców islamu. Jednak problem *riby* i traktowanie niezgodności ubezpieczenia na życie o charakterze oszczędnościowym z prawem szari'atu rozwiązany został dzięki spółkom (funduszom) *takaful*. Poprzez dobrowolny charakter wpłat (składki na ryzyko traktowane są jako dotacje – *tabarru*), wspólnemu podziałowi osiągniętych nadwyżek¹¹ i dzięki jasno określonej rodzajowi umowy (umowy bazują na znanych w tradycji islamskiej umowach biznesowych) jest ona wolna od niepewności i hazardu oraz przejęcia ryzyka i przez to traktowana przez interpretatorów prawa koranicznego, jako zgodna z zasadami wyznawanej wiary. Natomiast, aby ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym mogły być dopuszczone i uznane, jako zgodne z regułami religii, muszą zaistnieć określone okoliczności w życiu osoby, która chce się ubezpieczyć¹². Tradycyjnie, pomoc w przypadku śmierci członka rodziny lub innego wypadku losowego powinna pochodzić z kręgu rodziny. Jeżeli pomocy miałby udzielić ktoś z zewnątrz (a nie rodzina), to aby zachować „rodzinny” charakter udzielanej pomocy, firmy prowadzące ubezpieczenia na życie zwane są rodzinnymi *takaful* (*family takaful*).

10. Kurek R., *Ubezpieczenia a reguły islamu*, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 70 – *Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, red. nauk J. Adamek, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 98-99.

11. Ewentualne zyski mogą powstać tylko z inwestowania przekazanych do funduszu środków i dzielone są między uczestników funduszu, ale nawet te zyski (nadwyżki) – według niektórych prawników muzułmańskich – powinny być przekazywane na cele dobroczynne, bowiem traktowane są jako nieuzasadniony uzysk (celem działalności *takaful* nie powinno być osiąganie nadwyżek dla uczestników, tylko krycie ryzyk zagrażających uczestnikom funduszu).

12. Zanim zaczęły się pojawiać *family takaful* osoby, które chciały postępować zgodnie z zasadami wyznawanej wiary a jednocześnie chciały zawrzeć tradycyjne ubezpieczenie na życie na zasadach komercyjnych (co było sprzeczne z regułami Koranu) mogły uzyskać indywidualną zgodę muftiego (duchownego, który wydaje opinie prawne związane z prawem koranicznym) na zawarcie takiego ubezpieczenia. Okolicznością umożliwiającą zawarcie ubezpieczenia było np. ograniczenie praw do spadku po zmarłym (stąd potrzeba dodatkowego zabezpieczenia).

2. Organizacja i przedmiot działalności *family takaful*

W ogólnym ujęciu *takaful* jest koncepcją solidarności społecznej, współpracy i wzajemnego wspomagania się w przypadku strat (zdarzeń losowych) członków przynależnych do *takaful*. *Takaful* określany jest najczęściej jako „muzułmańska koncepcja ubezpieczenia” i jest taką formą, która przewiduje rozdzielenie kapitału akcjonariuszy od środków ubezpieczających. Przełożenie zasad szaria’tu na organizację *takaful* może następować różnymi sposobami, co wynika z faktu, że różne są interpretacje islamskiego prawa. Podstawowy podział obejmuje *takaful* nastawione na zysk i *takaful non-profit*. Te ostatnie są najbliższe islamskiej etyce gospodarczej i stosowane są szczególnie przy małych grupach (grupy samopomocowe). Organizacyjnie wyodrębniły się jednak różne modele *takaful*. Można wyróżnić dwa najczęściej wykorzystywane: *mudaraba* i *wakala*¹³ oraz model hybrydowy, stanowiący kombinację tych dwóch. Możliwy jest także tzw. czysty *takaful* – model *tabarru* (*non-profit*) oraz specyficzna odmiana modelu *wakala* pod nazwą *wakf*, który ma charakter fundacji.

Operator *takaful*, najczęściej spółka akcyjna, otrzymuje ustaloną z góry, stałą opłatę (w modelu *wakala*) za swoje usługi lub też wynagrodzenie zależne od wypracowanego zysku (w modelu *mudaraba*). Ewentualna strata techniczna (pochodząca z operacji ubezpieczeniowych) nie jest pokrywana przez operatora tylko przez uczestników *takaful*, którzy mają także prawo do udziału w osiągniętej nadwyżce. Możliwa jest sytuacja, że operator udzieli nieoprocentowanej pożyczki na pokrycie deficytu w funduszu, która spłacona zostanie przyszłymi nadwyżkami. Wśród spółek najczęściej występują modele mieszane – te w odniesieniu do działalności techniczno-ubezpieczeniowej bazują na modelu *wakala*, natomiast w działalności inwestycyjnej na modelu *mudaraba*.

Termin *family takaful*, jak już wcześniej zostało wspomniane, traktowany jest jako „solidarność rodzinna” w miejsce określenia „ubezpieczenia życiowe”¹⁴. Jednak by ubezpieczenia te mogły zaistnieć wykorzystane zostały znane w islamie zasady *mudaraba* (udziały w zyskach i stratach), *tabarru* (datek, dotacja) oraz *ta’awun* (współpraca, wzajemność, solidarność). Dzięki nim możliwe jest „ominięcie” zakazanych przez prawo koraniczne reguł i przedmiotem działalności *family takaful* mogą być zarówno umowy kapitałowe, jak i ochronne¹⁵.

Uczestnik funduszu *family takaful* jest zobowiązany do regularnego płacenia składek przez przewidziany okres uczestnictwa. Spółka *takaful* lub operator funduszu oraz uczestnik zawierają długoterminową umowę, która bazuje na zasadzie *mudaraba*. Uczestnik sam decyduje, jaką wysokość składek zamierza płacić, jednak nie mniej niż minimum przewidziane przez spółkę. Każda płatność ewidencjonowana jest na dwóch odrębnych kontach: imienne konto uczestnika oraz specjalne konto funduszu. Zasadniczą część zapisywana jest wyłącznie na koncie oszczędnościowym uczestnika, natomiast pozostała część na specjalnym koncie wszystkich uczestników, jako darowizna

13. UNIQA, *Islamische Produkte und Krankenversicherung als zusätzliche Wachstumstreiber*, UNIQA, http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluesel=OTS_20080522_OT0036.

14. Ayuh M., *Grundlagen des islamischen Versicherungswesens*, Islamic Finance, za: <http://islamische-finanzenleistungen.blogspot.com/2007/08/grundlagen-des-islamischen.html>.

15. Obaidullah M., *Islamic Financial Services*, Islamic Economics Research Centre, Jeddah 2005, s. 141.

(*tabarru*) przewidziana na wypadek wypłat. Właśnie z tych środków korzystają beneficjenci funduszu. Procentowy stosunek *tabarru* do całkowitej składki liczony jest według zasad aktuarialnych. Płatności przekazane do *takaful* – już jako jedna pula środków – stanowią wspólny fundusz inwestowany w sposób zgodny z zasadami szari’atu. Zyski pochodzące z tych inwestycji są dzielone między uczestników i spółkę według wcześniej ustalonej proporcji – np. 20:80¹⁶. Jeśli jednak wystąpią straty, to pokrywane są wyłącznie przez uczestników z konta funduszu, wcześniej utworzonego specjalnie na ten cel (zasada solidarności – *ta’awun*).

3. Zasady inwestowania środków funduszu ubezpieczeniowego

Środki finansowe inwestowane przez operatora muszą być inwestowane w spółki lub przedsięwzięcia, które są zgodne z regułami szari’atu¹⁷. Jedną z podstawowych zasad jest przestrzeganie wspomnianego już zakazu oprocentowania (*riba*), co ogranicza możliwości zainwestowania zgromadzonych w ramach funduszu ubezpieczeniowego środków (np. niezgodne jest deponowanie środków na rachunku terminowym w banku konwencjonalnym lub nawet inwestowanie w papiery wartościowe o stałym oprocentowaniu). Należy również przestrzegać pozostałych zasad biznesowych charakterystycznych dla ekonomii muzułmańskiej: zakazu hazardu (spekulacji), wolności od ryzyka i nawiązywania kontraktów w warunkach niepewności, co oznacza, że wszelkiego rodzaju instrumenty finansowe z elementami gry losowej (instrumenty pochodne, fundusze *hedgingowe*) są *haram* (nielegalne)¹⁸. Ponadto ewentualne inwestycje powinny wspierać tylko te przedsięwzięcia lub produkty, które nie są przez Koran zabronione. Nie mogą być także dokonywane w branżach uważanych za „nieczyste”: np. hazard, pornografia, obrót bronią, alkoholem czy wieprzowiną. Weryfikacja tych reguł wymaga obecności we władzach zarządzających specjalnych organów nadzorujących działalność inwestycyjną *family takaful*, których istotą jest sprawdzenie czy lokowanie środków funduszu ubezpieczeniowego jest *halal* (dozwolone, zgodne z prawem muzułmańskim). W szczególowym przełożeniu na możliwości inwestycyjne oznacza to, że¹⁹:

- 1) niedozwolone jest nabywanie akcji spółek, których działalność:
 - dotyczy oferowania usług finansowych bazujących na stopie procentowej (np. banki),
 - polega na wytwarzaniu lub handlu produktami zaliczanymi do kategorii *haram*, np. alkoholem, wieprzowiną i bronią,

16. *Ibidem*, s. 136.

17. Jeżeli zdarzy się, że środki zainwestowane zostaną w przedsięwzięcia, których część lub całość zysku uzyskiwana jest w sposób niezgodny z zasadami wiary wówczas obowiązkiem muzułmanina jest przeciwstawienie się takiemu działaniu (np. na Zgromadzeniu Akcjonariuszy), a uzyskaną w ten sposób dywidendę (udział w zysku) należy przekazać na cele charytatywne.

18. Al-Fil G., *Islamic Finance: Auf dem Prüfstand*, http://www.pme.ch/de/artikelanzeige/artikelanzeige_print.asp?pkBerichtNr=133608.

19. Hucik Gaicka S., *Co wiemy o islamskich funduszach inwestycyjnych?*, http://www.inwestycje.pl/fundusze_inwestycyjne/co_wiemy_o_islamskich_funduszach_inwestycyjnych_;16380;0.html (11.12.2008).

- powiązana jest z przedsięwzięciami, gdzie istotą funkcjonowania jest ryzyko (np. konwencjonalne firmy ubezpieczeniowe, kasyna gier),
 - związana jest z rozrywką (np. dyskoteki, kina, domy publiczne),
- 2) niedozwolone jest nabywanie akcji spółek, których działalność podstawowa jest wprawdzie dopuszczalna, jednak część wypracowanego zysku pochodzi z lokowania środków pieniężnych na oprocentowanym rachunku (zakazana riba), bądź udzielają one pożyczek, za które otrzymują wynagrodzenie;
 - 3) niedozwolone jest nabywanie akcji spółek, których wizerunek został naruszony poprzez nieetyczne działania.

Inwestowanie na rynkach finansowych, przy wymienionych ograniczeniach, wymaga obecności stosownych instrumentów. Na rynkach krajów islamskich wraz z rozwojem sektora finansowego, pojawia się coraz więcej możliwości inwestycyjnych, jako specjalna oferta dla spółek *takaful*, banków, funduszy inwestycyjnych i innych podmiotów sektora finansowego poszukujących rentownego zastosowania dla posiadanych środków.

Wśród dozwolonych (dopuszczalnych) instrumentów finansowych są akcje spółek, które inwestują zgodnie z zasadami wiary, ale jako alternatywa dla konwencjonalnych papierów dłużnych stosowane są także specyficzne obligacje islamskie o nazwie *sukuk*²⁰. *Sukuk* nie przynoszą odsetek i mają podobne cechy jak tradycyjne, dłużne papiery wartościowe (certyfikaty inwestycyjne), jednak z tą różnicą, że są zabezpieczone aktywami. W swej istocie *sukuk* skupia się na rodzaju składników majątkowych, a nie na emitencie (z religijnego punktu widzenia ważne jest „kto” inwestuje, ale ważniejsze jest w „co” inwestuje). Emitent *sukuk* (spółka celowa) nabywa aktywa rzeczowe, które przekazuje (wypożycza) innemu podmiotowi w zamian za ustalone okresowe płatności (rodzaj czynszu dzierżawnego). Nabycie aktywów finansowane jest środkami pochodzącymi z emisji *sukuk*, natomiast posiadacze *sukuk* otrzymują wynagrodzenie zależne od dochodów z udostępnienia aktywów, ponosząc jednocześnie ryzyko kredytowe związane z całą operacją. *Sukuk* mogą reprezentować udziały we własności aktywów, długu, projekcie lub firmie²¹. Przynależące do *sukuk* przedmioty (obiekty) lub interesy mogą być oparte o różne umowy: kontrakty typu *idżara* (*leasing*), *istisna* (rodzaj długoterminowego finansowania produkcji), *mudaraba*, *muszaraka* lub inne umowy, pod warunkiem, że zgodne są z zasadami szaria'tu²². Mimo szybkiego wzrostu islamskich usług finansowych i emisji instrumentów finansowych zgodnych z regułami szaria'tu wciąż występuje ich niedobór. W okresie od 2001 r. do 2007 r. światowy wolumen *sukuk* wzrósł z 1 mld USD do 35 mld USD, a całkowita wartość islamskich inwestycji w 2006 r. szacowana była na 530 mld USD²³. Zgodnych z szaria'tem bezodsetkowych papierów dłużnych brakuje przede wszystkim w obszarze długoterminowego inwestowania, przez co specjalizujące się w długoterminowych umowach na życie *family takaful*

20. Samo słowo *sukuk* jest liczbą mnogą od słowa *sakk*, z którego wywodzi się słowo czek.

21. Karwowski J., *Finanse islamskie a kryzys*, w: „Finanse 2009 – Teoria i praktyka. Bankowość”. Zeszyty Naukowe nr 548, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2009, s. 42.

22. Mahlknecht M., *Islamic Finance*, WILEY-VCH Verlag GmbH&Co, Weinheim 2008, s. 313-314.

23. Swiss Re, *Versicherung in Emerging Markets: Überblick und Aussichten für islamische Versicherungen*, Swiss Re Economic Research&Consulting, Sigma 2008 Nr 5, s. 43.

zmuszone są do inwestowania w lokalne akcje lub nieruchomości o wysokim stopniu ryzyka i niskiej płynności i mają także małe możliwości dywersyfikacji ryzyk lokatami, które gwarantują stałą stopę zwrotu.

Ocena papierów wartościowych lub podmiotów je emitujących pod kątem zgodności z zasadami prawa muzułmańskiego wymaga obecności specjalistów oraz znawców zasad inwestowania także poza władzami zarządzającymi *takaful*. W roli niezależnych ekspertów pojawiły się na rynku również instytucje zewnętrzne. W 2002 r. powstała pierwsza agencja *ratingowa* (*Islamic International Rating Agency – IIRA*²⁴) specjalizująca się w nadawaniu not *ratingowych* instrumentom finansowym pod kątem ich zgodności z zasadami wiary.

Instrumenty inwestycyjne, które nie kłócą się z przestrzeganiem muzułmańskich zasad biznesowych są także obecne w świecie zachodnim. W 1999 r. uruchomiony został Dow Jones Islamic Market Index, który stał się wiodącym indeksem islamskim²⁵, a w styczniu 2008 r. powstał kolejny indeks Dow Jones Islamic Market Malaysia Titans 25 Index, mierzący wyniki 25 największych spółek, które przeszły *screening* według prawa szari'atu – odpowiadało to potrzebom inwestycyjnym rosnącego islamskiego sektora finansowego.

4. Ogólna charakterystyka rynku ubezpieczeń na życie w świecie islamskim

Pomimo zakazów i niezgodności z zasadami wiary potrzeba zabezpieczenia, szczególnie towarzyszących działalności gospodarczej ryzyk spowodowała, że tradycyjne ubezpieczenia silnie wrosły w gospodarkę krajów islamskich. Intensywny rozwój typowo islamskich ubezpieczeń (także *family takaful*) zapoczątkowany został dopiero na przełomie XX i XXI wieku ²⁶. Wprawdzie technika ubezpieczeniowa oparta na *takaful* już

24. IIRA, *Vision and Mission*, za: <http://www.iirating.com/visionmission.asp>.

25. Jako uzupełnienie należy dodać, że Dow Jones uruchomił także w Mumbai Dow Jones Dharma Indexes (indeks globalny i indeksy krajowe), które mierzą rezultaty wybranych firm, w oparciu o kodeks moralny i wartości hinduizmu, buddyzmu, sikhizmu i dżinizmu.

26. W 1977 r. *fatwa* Rady Uczonych Światowej Ligi Muzułmańskiej (Fiqh Council of Muslim World League) uznała komercyjne ubezpieczenia, jako *haram* (nielegalne, zakazane), jednak wskazała, że alternatywną umową, szanującą islamskie tradycje jest „ubezpieczeniowa umowa udzielania sobie gwarancji” – *takaful*. Na podstawie tego orzeczenia już w 1979 r. w Sudanie powstała pierwsza spółka *takaful*. Jednak zróżnicowanie świata islamskiego powodowało, że nie wszędzie orzeczenie tej *fatwy* było respektowane i w wielu krajach islamskich ubezpieczenia wciąż były zakazane. Dopiero w 1985 r. na forum już całego świata islamskiego Rada Organizacji Konferencji Islamskiej (Fiqh Council of the Organisation for the Islamic Conference) potwierdziła wprawdzie, że komercyjne ubezpieczenia nie są dozwolone, ale zaaprobowała formułę *takaful* jako stosowną alternatywę dla konwencjonalnych ubezpieczeń w pełni zgodną z zasadami szaria'tu. Lata 1977 i 1985 stały się punktem wyjścia dla rozwoju ubezpieczeń w formie *takaful*. Pierwsza na świecie typowa spółka ubezpieczeniowa *takaful* (Sudanese Islamic Insurance Company) powstała w 1979 r. W 1984 r. w Malezji uchwalony został specjalny akt prawny regulujący funkcjonowanie spółek *takaful* (Malaysian *Takaful* Act). Jednak wzrost ilości zawieranych ubezpieczeń oraz ukształtowanie się rynku ubezpieczeniowego *takaful* (duża ilość spółek, pośrednicy, reasekuratorzy) nastąpił dopiero na przełomie XX i XXI wieku. Za: The World *Takaful* Report 2008 – Highlighting a New Growth Opportunity in Islamic Finance, Ernst & Young, s. 14; [http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_08/\\$file/Ernst_Young_WTR08.pdf](http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_08/$file/Ernst_Young_WTR08.pdf) oraz Ta'min – *Versicherungen und isla-*

wcześniej zdobywała coraz więcej zwolenników, to jednak w skali całego świata ubezpieczeniowego były to zaledwie lokalne nisze rynkowe.

W 2007 r. konwencjonalne ubezpieczenia stanowiły ok. 95 proc. wszystkich ubezpieczeń zawartych w krajach islamskich, podczas gdy 5 proc. udział ubezpieczeń *takaful* wartościowo oznaczał 1,7 mld USD zbioru składki²⁷. Imponująca była jednak dynamika wzrostu – w okresie od roku 2004 do 2007 sprzedaż produktów *takaful* wzrastała średniorocznie o 26 proc. (po uwzględnieniu inflacji), natomiast zgodnie z szacunkami do roku 2015 wartość zebranych przez *takaful* składek miałyby wzrosnąć do 17 mld USD, stanowiąc 10 proc. wszystkich ubezpieczeń regionu²⁸. Według innych danych w 2008 r. spółki *takaful* zebrały ponad 5 mld USD, a na koniec 2010 r. globalny zbiór składek spółek *takaful* szacowany jest na 8,9 mld USD²⁹. Mimo że ubezpieczeniowe produkty islamskie wciąż są na początku swojego rozwoju to aż 40 proc. tych ubezpieczeń przypada na *family takaful*³⁰, podczas gdy w przypadku konwencjonalnych ubezpieczeń stosunek życiowych do niezyciowych (wg danych za 2008 r.) liczony dla 15 krajów muzułmańskich, wynosi ok. 18 proc.³¹.

Jak wcześniej zostało wspomniane świat islamski nie jest monolitem. Próby islamiзації życia w jego najróżniejszych wymiarach w zależności od kraju przebiegły w różny sposób powodując, że odmiennie ukształtowały się tradycje oraz podejście i konsekwencja w stosowaniu zasad wiary. Zróżnicowany jest także poziom rozwoju gospodarczego, lepiej lub słabiej uregulowane systemy prawne, a także praktykowane formy ubezpieczeniowe. Kilka krajów, w których ubezpieczenia *takaful* zaistniały należy wyróżnić ze względu na ich znaczenie w charakterystyce islamskich ubezpieczeń na życie. Malezja ma najbardziej rozwinięty rynek *takaful* ze specjalnym, tematycznym ustawodawstwem. Branża *family takaful* rozwija się tam równolegle z konwencjonalnymi ubezpieczeniami i charakterystyczny jest przeważający udział ubezpieczeń życiowych (głównie kapitałowych) nad niezyciowymi (56 proc. wg danych za 2008 r.). Indonezja to kraj o największym na świecie udziale społeczności muzułmańskiej i bardzo niskim dochodzie przypadającym na 1 mieszkańca. Ochronne ubezpieczenia życiowe dominują w strukturze ubezpieczeń konwencjonalnych (ok. 65 proc. wg danych za 2007 r.). Branża *takaful* jest wciąż jeszcze niewielka, ale ze znaczącym potencjałem wzrostu. Najbardziej charakterystyczna dla tego kraju jest liczna obecność małych spółek *taka-*

misches Recht; Themen rund um den Islam; <http://www.ansary.de/Islam/Fetwa%20Versicherung.html>.

27. Wrede P., *Lebensversicherung nach islamischen Grundsätzen*, Hannover Life Re, DAV Frühjahrstagung – Berlin 6.4.2007; http://www.aktuar.de/download/MV07_LEBEN_p_Wrede.pdf.

28. Swiss Re, *Versicherung in... op.cit.*, s. 40.

29. Ernst&Young, *The World Takaful Report 2010 – Managing performance in a recovery*, s.32 za: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/World_Takaful_Report_2010/\\$FILE/EY-WTR-2010-Report.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/World_Takaful_Report_2010/$FILE/EY-WTR-2010-Report.pdf)

30. Atiqzafar K., *Takaful: Concepts and Models*, Takaful Management – Workshop, Nov 3, 2009, s. 23; za: www.alhudacibe.com/images/presentations/.../Islamic%20InsuranceDLC.ppt.

31. Ze względu na dostępność statystyk obliczenia dokonane były dla grupy D-8 (rozwijających się krajów muzułmańskich: Iran, Indonezja, Egipt, Malezja, Turcja, Pakistan, Nigeria i Bangladesz) oraz 7 muzułmańskich krajów Bliskiego Wschodu: ZEA, Katar, Liban, Kuwejt, Oman, Arabia Saudyjska, Syria. Kazi A., *Present scenario and future potentials of takaful*, s. 6-7 za: <http://www.ibtra.com/pdf/Present%20Scenario%20and%20Future%20Potentials%20of%20Takaful.pdf>.

ful. Prowadzone przez nie „mikroubezpieczenia” mają zastosowanie głównie w prostych ubezpieczeniach na życie, obejmujących ochronę skutków ryzyka śmierci, i w ubezpieczeniach wypadkowych³². Arabia Saudyjska to jeden z najlepiej rozwiniętych gospodarczo krajów Bliskiego Wschodu, który posiada nieograniczony potencjał wzrostu dla ubezpieczeń typu *family takaful*. Jest to także „modelowy” przykład, gdzie w kapitałowych ubezpieczeniach na życie (w postaci *takaful*) występują modele mieszane – te w odniesieniu do działalności techniczno-ubezpieczeniowej bazują na modelu *wakala*, natomiast w działalności inwestycyjnej na modelu *mudaraba*. Zjednoczone Emiraty Arabskie (ZEA) to kraj z dynamicznie rozwijającą się gospodarką, gdzie występuje najbardziej rozwinięty rynek ubezpieczeń konwencjonalnych, ale w obszarze ubezpieczeń niezyciowych. Ubezpieczenia *family takaful* pojawiają się tam, jako znacząca alternatywa i z dużymi perspektywami wzrostu. Bahrajn to niewielki rynek ubezpieczeniowy, ale posiada uregulowane ramy prawne i nadzorcze, a mieszkańcy dopiero dostrzegają możliwość zaspokajania potrzeb zabezpieczenia rodziny lub długoterminowego oszczędzania w spółkach *family takaful*. W przypadku Kataru i Syrii ubezpieczenia niezyciowe są znaczącym elementem sektora finansowego, podczas gdy tradycyjne ubezpieczenia na życie mają minimalny udział w strukturze ubezpieczeń. W niektórych krajach muzułmańskich *family takaful* pojawiają się dopiero jako nowość. W Pakistanie dopiero w 2007 r. po raz pierwszy zaoferowane zostały indywidualne ubezpieczenia na życie o charakterze oszczędnościowym (jako *family takaful*) dystrybuowane za pośrednictwem banków³³. W Sudanie model *takaful* opiera się wyłącznie na zasadzie wzajemności (uczestnicy *takaful* są właścicielami funduszu i spółki), podczas gdy przepisy prawa innych krajów muzułmańskich nie są aż tak restrykcyjne. Charakterystyczny jest także niewielki kraj Brunei, w którym mająca tam siedzibę spółka *takaful* (ubezpieczenia niezyciowe) – Takaful IBB Berhad – należała do największych firm wśród islamskich instytucji ubezpieczeniowych, której aktywa inwestowane są zgodnie z zasadami szari’atu (stan na 2006 r.)³⁴.

W ujęciu organizacyjnym praktykowane formy (modele) *family takaful* także są różnicowane: od takich, które nie są nastawione na zysk (*non-profit*) i bazują wyłącznie na zasadzie wzajemności (model *tabarru*), po takie, które zbliżone są do konwencjonalnych ubezpieczeń, ale inwestycje dokonywane są zgodnie z zasadami szari’atu (Iran). W azjatyckich krajach Pacyfiku (Malezja) dominuje model *mudaraba*, natomiast w krajach regionu Środkowego Wschodu (Iran, Afganistan) oraz Indiach model *wakala*³⁵, przy czym jedynie w Pakistanie znaleźć można jego specyficzną odmianę – model *wakf*³⁶. W Bahrajnie narzucona przez prawo jest forma pośrednia (kombinacja modelu

32. Od początku 2006 r. mikroubezpieczenia w postaci *takaful* w Indonezji oferuje także firma Allianz. Adresowane są do obywateli o niewielkich dochodach i zachowują „rodzinny charakter”. Za: Allianz, *Erstmals auch islamische Mikroversicherungen*, Life PR, <http://www.lifep.de/pressemitteilungen/allianz-se/boxid-30370.html>.

33. FWU Gruppe, *Markteintritt mit Takaful-Produkten in Pakistan*, open PR, za: www.openpr.de/news/175944/FWU-Gruppe-Markteintritt-mit-Takaful-Produkten-in-Pakistan.html.

34. *Top 500 Financial Islamic Institutions*, The Banker 2007/11, za: <http://ribh.files.wordpress.com/2008/01/top-500-islamic-financial-institutions-the-banker-november-2007.pdf>.

35. Ayuh M., *Grundlagen des islamischen...*, *op.cit.*

36. *Wakf (waqf)* w prawie muzułmańskim oznacza fundację (zapis) na cele religijne, publiczne i charytatywne i stanowi instytucjonalną formę spełniania nakazanego przez islam obo-

wakala i mudaraba). W przypadku *family takaful*, tak jak w przypadku każdego innego ryzyka związanego z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej, pojawiła się konieczność ich reasekuracji. W 2006 r. w Dubaju (ZEA) Swiss Re utworzył pierwszą na świecie *family retakaful*, spółkę specjalizującą się w reasekurowaniu „rodziny” *takaful*³⁷.

5. Ubezpieczenia *family takaful* a konwencjonalne ubezpieczenia na życie

Bez względu na kraj, region, wyznawane wartości, czy poziom religijności, chęć realizacji potrzeby bezpieczeństwa jest taka sama. Przedmiot oferowanej przez *family takaful* ochrony ubezpieczeniowej jest porównywalny (identyczny), jak w przypadku konwencjonalnych ubezpieczeń na życie. Dla potencjalnych klientów islamska alternatywa w postaci *takaful* oferuje proste ubezpieczenia na wypadek śmierci lub inwalidztwa. Oferuje także ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci, czy też ochronne, jako zabezpieczenie kredytu, a także jest w stanie zabezpieczyć potrzeby w obszarze długoterminowego oszczędzania³⁸ (z funduszem kapitałowym, na dożycie). Oprócz ubezpieczeń o charakterze indywidualnym występują również ubezpieczenia grupowe (grupy i organizacje: centra islamskie, kluby, grupy pracownicze), które pokrywają ryzyko śmierci naturalnej lub jako następstwo wypadku, a także inwalidztwo, pokrycie kosztów pogrzebu, hospitalizacji itp.

Zgodność większości teologów muzułmańskich co do zakazu zawierania konwencjonalnych ubezpieczeń a możliwości korzystania z alternatywnej formy w postaci *takaful*³⁹, stała się znaczącym impulsem dla rozwoju tych drugich. Perspektywy wzrostu i dynamika wzrostu (wcześniej przytoczone dane finansowe) sugerują, że w przyszłości konwencjonalne ubezpieczenia w świecie islamskim zaczną tracić na znaczeniu – szczególnie w obszarze ubezpieczeń życiowych. Jednak rozwój ubezpieczeń *family takaful* następuje nie tylko w krajach muzułmańskich. W 2008 r. w Europie żyło ok. 38 mln muzułmanów, z czego ok. 10 mln w Europie Zachodniej – Wielka Brytania, Francja, Niemcy⁴⁰. W Rosji liczba mieszkańców wyznających islam to prawie 16,5 mln⁴¹. W Stanach Zjednoczonych liczba muzułmanów szacowana jest na ok. 6-7 mln (stan na rok 2006)⁴². Możliwość zaoferowania produktów *family takaful* na tych rynkach to

wiązku dawania jałmużny (<http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3993473>). Funkcjonowanie wakfu w ubezpieczeniach w Pakistanie wynika z interpretacji zapisów Koranu w tym kraju, zgodnie z którymi wakf jest jedyną dopuszczalną formą dla ubezpieczeń *takaful*.

37. Al-Fil G., *Islamic Finance... op.cit.*

38. Przykładem mogą być oferowane w Malezji zróżnicowane fundusze oszczędnościowe w ramach *family takaful*: edukacyjne, hipoteczne, medyczne i szpitalne, emerytalne a nawet specjalne fundusze oszczędnościowe, oddzielnie przeznaczone dla kobiet lub mężczyzn. Za: CIMB AVIVA, *EasyLife Takaful Series*, CIMB AVIVA, <http://www.cimbaviva.com/family-takaful.html>.

39. Wyjaśnienie w przypisie 26.

40. Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, *Mapping the Global Muslim Population*, October 2009, s. 7; za: <http://pewforum.org/newassets/images/reports/Muslimpopulation/Muslimpopulation.pdf>.

41. *Ibidem*, s. 7.

42. Nalborczyk A., *Islam w USA*, http://www.muzulmanie.com/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=72.

zupełnie nowy, „równoległy” rynek ubezpieczeń na życie. Rynek ten wprawdzie dopiero się kształtuje, jednak już teraz stanowi dla konwencjonalnych firm ubezpieczeniowych znaczącą płaszczyznę konkurencji, o ile ubezpieczenia oferowane są przez pojawiające się firmy *takaful*. Potrzeby rynku mogą być także wykorzystane przez tradycyjne firmy do zyskania nowych (lub utrzymania starych) klientów, o ile będą w stanie zaoferować ubezpieczenia „przyjazne” wyznawcom islamu. Wiele międzynarodowych firm ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych założyło spółki *takaful* lub przynajmniej tylko otworzyło „okienka islamskie”, przez które oferują produkty zgodne z prawem szaria’tu zarówno na islamskich, jak i rodzimych rynkach. Dzięki swej reputacji i fachowości, a także *know-how*, dodają rynkowi *family takaful* potencjału wzrostowego i przyczyniają się do ich popularyzacji.

Pomimo zgody na zawieranie ubezpieczeń w postaci *takaful*, wielu muzułmanów wciąż jest zdania, że ubezpieczenia na życie nie są dozwolone (uważają, że *takaful* to „omijanie” zasad religijnych), co ogranicza możliwości rozwojowe rynku. W obszarze długoterminowego oszczędzania pewną barierą są także przez stulecia kultywowane tradycje, w których kładziono nacisk na pomoc z wykorzystaniem więzi rodzinnych, co na swój sposób ogranicza przezorność i konieczność dbania o zabezpieczenie starości. W przełamaniu tych tradycji pomocne mogą się okazać zachodnie koncerny ubezpieczeniowe działające na rynkach islamskich. Wykorzystując swój potencjał oraz znając podatność ludzi na reklamę są w stanie „dotrzeć” do świadomości mieszkańców tych krajów oraz podkreślić istotę i sens zawierania ubezpieczeń. Wprawdzie oferta adresowana będzie do potencjalnych nabywców konwencjonalnych ubezpieczeń, jednak podniesie to ogólną świadomość ubezpieczeniową, na czym skorzystają także oferenci *family takaful*.

W krajach muzułmańskich, oprócz zasad religijnych, „przewagę” nad konwencjonalnymi ubezpieczeniami na życie *family takaful* zyskują także, poprzez zastosowanie w tych obszarach, gdzie występują małe i proste ryzyka, tzw. „mikro-ryzyka”. Ryzyka takie dają się łatwo „objąć” i podzielić na członków funduszu *takaful*, a ubezpieczenia na życie w formie *microtakaful* pojawiają się w tych regionach, gdzie systemy zabezpieczenia socjalnego aktywne są w niewystarczającym stopniu lub nie istnieją w ogóle, a dla tradycyjnych ubezpieczycieli zbyt wysokie są koszty dotarcia do odbiorców. Dla ubogich, religijnych muzułmanów ubezpieczenia oferowane w ramach *microtakaful* są jedyną możliwością zabezpieczenia egzystencjalnych ryzyk (ciężkie choroby, inwalidztwo, śmierć bliskich)⁴³.

Ubezpieczenia życiowe w postaci *takaful* są dopiero w początkowej fazie rozwoju, jednak już można mówić o wymiernych korzyściach także dla świata zachodniego. Nowe technologie sprzedaży, kształtowanie specjalnych warunków ubezpieczenia (*microtakaful*), badania nad rozwiązaniami dopasowywanymi do rynków lokalnych, poszukiwanie produktów dopasowanych do całych zbiorowości, techniki obniżania kosztów itd. są elementami stanowiącymi dobro wytworzone. Rozwiązania wypracowane przez wiele zachodnich firm, aktywnych na „tamtych” rynkach, mogą być przeniesione i wykorzystane na rynkach tradycyjnych, korzystnie wpływając na rozwój ubezpieczeń

43. Adamek J., *Mikrofinanse islamskie – założenia, produkty, praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 113.

świata zachodniego, których innowacyjność ograniczona jest zamkniętym kręgiem wieloletnich tradycji⁴⁴.

Zaistnienie znaczącego rynku finansowego w świecie muzulmańskim, z jego specyficznymi instrumentami i oryginalnymi technikami finansowania, zostało także wykrzystane przez zachodnie fundusze inwestycyjne (również firmy prowadzące ubezpieczenia z funduszem kapitałowym). Zaczęły powstawać „tematyczne” fundusze (islamskie), jak i nastąpiło dywersyfikowanie portfeli inwestycyjnych o instrumenty, które nie są skorelowane z tradycyjnym rynkiem kapitałowym, ale są uniezależnione od cykli koniunkturalnych. Wynika to z faktu, że islamski model finansów jest bardzo rynkowy (nie „tworzy aktywów, które są oderwane od rzeczywistości”) i uświadamia wszystkim zaangażowanym stronom, że podejmując ryzyko powinny to czynić świadomie⁴⁵. Ogranicza to ryzyko systemowe i zmniejsza prawdopodobieństwo ewentualnych nieprawidłowości na rynkach finansowych. Tym samym międzynarodowa branża *family takaful*, oferująca produkty ubezpieczeniowe o charakterze oszczędnościowym, na polu bezpieczeństwa obrotu, staje się znaczącą alternatywą i konkurencją dla konwencjonalnych kapitałowych form ubezpieczeń na życie.

W ujęciu całego sektora finansowego dla tradycyjnych ubezpieczycieli firmy *takaful* stają się konkurencją nie tylko w obszarze pozyskiwania klientów, ale także na rynku pozyskiwania kapitału. Stopa zwrotu jest porównywalna z innymi inwestycjami, a w przypadku *family takaful*, ich oferty osiągają coraz wyższy poziom cenowy (dzięki korzyści skali, bowiem branża dynamicznie się rozwija) i perspektywy zysków z działalności spółek *family takaful* stają się atrakcyjne nie tylko dla muzulmanów, ale i dla innych inwestorów⁴⁶. Dla branży ubezpieczeniowej świata zachodniego, gdzie „rodzime” rynki są nasycone, świat ubezpieczeń islamskich staje się atrakcyjnym, nowym obszarem aktywności, umożliwiającym rentowne zainwestowanie posiadanych kapitałów.

Pewne „prawidła” i mechanizmy rozwojowe – znane ze świata zachodniego – mają miejsce także w świecie islamskich finansów. Wzrastająca kompleksowość i innowacyjność islamskich produktów (instrumentów) finansowych (zgodnych z szari’atem) umożliwia stosowanie produktów strukturyzowanych i uzasadnia ich stosowanie także w ubezpieczeniach. W konwencjonalnych ubezpieczeniach takie procesy już miały miejsce - ubezpieczenia z udziałem w zysku, ubezpieczenia z funduszem kapitałowym. Ten sam mechanizm powtarza się w przypadku islamskich ubezpieczeń na życie, gdzie produkty finansowe „przenoszą się” na ubezpieczenia i stają ich integralną częścią. Rzecz ma się podobnie w odniesieniu do współpracy bankowo-ubezpieczeniowej. Islamska bankowość dynamicznie rozwija się mniej więcej od 30-40 lat, natomiast islamskie ubezpieczenia w postaci *takaful* dopiero zaczynają się intensywnie rozwijać. Można jednak przypuszczać, że w poszukiwaniu nowych obszarów aktywności na szerszą skalę zacznie się współpraca bankowo-ubezpieczeniowa – *banc-takaful*, szcze-

44. Kurek R., *Mikroubezpieczenia na świecie – działania komercyjne i niekomercyjne inicjatywy wspierające*, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 61 – *Nauki o finansach 1*, red. nauk G. Borys, Wydawnictwo Naukowe UE we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 175.

45. Karwowski J., *Finanse islamskie...*, *op.cit.*, s. 42-44.

46. Swiss Re, *Versicherung in...* *op.cit.*, s. 41.

gólnie w przypadku sprzedaży ubezpieczeń *family takaful*. Banki będą chciały wykorzystać możliwość poprawienia *spektrum* oferowanych usług – szczególnie produktów oszczędnościowych połączonych z prostymi ubezpieczeniami ochronnymi, a firmy *family takaful* będą chciały wykorzystać możliwości dystrybucji oferowanych produktów.

Przedstawione powyżej związki, relacje i różnice w działalności obydwu form ubezpieczeniowych, nie mają charakteru ostatecznego. Postępujący rozwój sektora finansów islamskich, światowy kryzys gospodarczy, przemiany w zakresie podejścia do stosowania zasad wiary, poszukiwanie przez świat zachodni nowych, rentownych obszarów aktywności oraz praktykowane przez obydwie formy stałe poszukiwanie rozwiązań umożliwiających uzyskiwanie lepszych efektów ekonomicznych powodują, że na płaszczyźnie współistnienia tradycyjnych ubezpieczeń na życie i *family takaful* zapewne pojawią się jeszcze nowe zjawiska, wynikające ze wzajemnego współistnienia, a te aktualnie występujące ulegać będą zmianom i przeobrażeniom.

Zakończenie

Rynek spółek *family takaful* długo nie będzie jeszcze tak dobrze rozwinięty, jak rynek tradycyjnych ubezpieczeń na życie. Oferta produktowa nie jest jeszcze tak bogata, jak w przypadku konwencjonalnych ubezpieczeń (szczególnie charakterystyczne jest zróżnicowanie regionalne, gdzie w przypadku niektórych krajów brak jest możliwości objęcia ochroną skutków zdarzeń wynikających z wielu ryzyk). Problemem bywa brak stosownych przepisów prawnych i ogólnie ustalonych zasad umożliwiających właściwe funkcjonowanie rynku *family takaful* (różnice w interpretacji Koranu, zróżnicowany poziom rozwoju gospodarczego). Mimo pojawiania się nowych spółek *retakaful* wciąż jeszcze pojemność rynku reasekuracyjnego jest ograniczona i niewystarczająca⁴⁷, a coraz liczniej powstające firmy *family takaful* mają ograniczone możliwości długoterminowego inwestowania środków funduszu ubezpieczeniowego. Istotną kwestią jest również brak świadomości ubezpieczeniowej, który należy rozpatrywać na dwóch płaszczyznach. Z jednej strony jest to ignorancja i obojętność wobec egzystencjalnych ryzyk oraz niezrozumienie istoty ubezpieczeń i ich roli w życiu codziennym i gospodarczym. Z drugiej strony występuje „brak świadomości” w ujęciu wyznawanej wiary na temat dopuszczenia ubezpieczeń *family takaful* i traktowania ich, jako zgodnych z zasadami Koranu⁴⁸. Z potencjałem rozwojowym rynku *family takaful* wiążą się także inne ograniczenia – barierą dla intensywnego rozwoju okazuje się być brak fachowej kadry, której wiedza specjalistyczna to ubezpieczenia i prawo muzułmańskie. Problemem są także różnice w interpretacji zapisów Koranu, które uniemożliwiają oferowanie

47. Pomimo pojawiania się spółek *retakaful* (głównie w Malezji, Arabii Saudyjskiej, ZEA i Bahrajnie) to pojemność tego rynku jest wciąż niewystarczająca i z tego powodu islamscy teolodzy w drodze wyjątku zezwalają na konwencjonalną reasekurację – może się to odbyć jednak tylko pod warunkiem takiego skonstruowania umowy, gdzie podział zysków odpowiada zasadom szaria' tu. Za: Mahlkecht M., *Islamic Finance... op.cit.*, s. 282.

48. Wprawdzie część teologów muzułmańskich dopuszcza ubezpieczenia w formie *takaful*, to i tak istnieją wokół tego kontrowersje, bowiem niektórzy religijni muzułmani uważają, że jest to niezgodne z zasadami religii, stąd należy podkreślić, że w wielu przypadkach nieskorzystanie z ubezpieczeń jest wyborem świadomym.

zestandaryzowanych produktów w różnych regionach⁴⁹. Mimo tych ograniczeń branża *family takaful* stała się już teraz znaczącą alternatywą dla konwencjonalnych ubezpieczeń na życie, a dzięki perspektywom wzrostu i rozwoju, może stać się dla nich także znaczącą konkurencją. Wykorzystując posiadany potencjał spółki *family takaful* zdobywają klientów wśród wyznawców islamu, ale dzięki swej konstrukcji oraz posiadanym cechom i zaletom są w stanie pozyskiwać klientów na całym świecie, niezależnie od ich wiary.

W relacji do konwencjonalnych ubezpieczeń funkcjonowanie rynku *family takaful* ma charakter szczególny, bowiem wymogi rynku oraz przedmiotowe powiązanie charakteru oferowanych usług determinują współistnienie obu form, które stają się dla siebie naturalną konkurencją. Współistnienie nie oznacza jednak tylko konkurencji. Podmiotowe zależności, jak i potrzeba kompleksowego świadczenia usług przez tradycyjne firmy ubezpieczeniowe, ukierunkowała je na ofertę zgodną z zasadami Koranu, a spółki *takaful* – będąc alternatywą dla konwencjonalnych ubezpieczeń – wzorują się na pewnych przez lata wykształconych mechanizmach, by po uwzględnieniu zasad religijnych przetransponować je na realizację potrzeby bezpieczeństwa wyznawców islamu. Obydwie formy ubezpieczeniowe współistnieją, konkurują, wzajemnie się uzupełniają i są zaangażowane w procesy, których wartość dodana przynosi korzyści w realizacji założonych celów obu stron.

Wykaz źródeł:

Adamek J., *Mikrofinanse islamskie – założenia, produkty, praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2010
 Al-Fil G., *Islamic Finance: Auf dem Prüfstand*, http://www.pme.ch/de/artikelanzeige/artikelanzeige_print.asp?pkBerichtNr=133608.

Allianz, *Erstmals auch islamische Mikroversicherungen*, Life PR, <http://www.lifepr.de/presse-meldungen/allianz-se/boxid-30370.html>.

Atiquzzafar K., *Takaful: Concepts and Models*, Takaful Management – Workshop, Nov 3, 2009, za: www.alhudacibe.com/images/presentations/.../Islamic%20InsuranceDLC.ppt.

Ayuh M., *Grundlagen des islamischen Versicherungswesens*, *Islamic Finance*, za: <http://islamische-finanzdienstleistungen.blogspot.com/2007/08/grundlagen-des-islamischen.html>.

CIMB AVIVA, *EasyLife Takaful Series*, CIMB AVIVA, <http://www.cimbaviva.com/family-takaful.html>.

Ernst&Young, *The World Takaful Report 2008 – Highlighting a New Growth Opportunity in Islamic Finance*, za: [http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_08/\\$file/Ernst_&_Young_WTR08.pdf](http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_08/$file/Ernst_&_Young_WTR08.pdf).

Ernst&Young, *The World Takaful Report 2009 – Highlighting a New growth opportunity in Islamic finance*, za: [www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_09/\\$file/Ernst_&_Young-WTR09.pdf](http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Middle_East/World_Takaful_Report_09/$file/Ernst_&_Young-WTR09.pdf).

Ernst&Young, *The World Takaful Report 2010 – Managing performance in a recovery*, za: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/World_Takaful_Report_2010/\\$FILE/EY-WTR-2010-Report.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/World_Takaful_Report_2010/$FILE/EY-WTR-2010-Report.pdf).

49. Swiss Re, *Versicherung in...*, *op.cit.*, s. 47-48.

- FWU Gruppe, *Markteintritt mit Takaful-Produkten in Pakistan*, openPR, za: www.openpr.de/news/175944/FWU-Gruppe-Markteintritt-mit-Takaful-Produkten-in-Pakistan.html.
- Górak-Sosnowska K., Kubicki P., *Zabezpieczenie społeczne w islamie*, „Polityka Społeczna” 2/2005.
- Hucik Gaicka S., *Co wiemy o islamskich funduszach inwestycyjnych?*, http://www.inwestycje.pl/fundusze_inwestycyjne/co_wiemy_o_islamskich_funduszach_inwestycyjnych_;16380;0.html.
- IIC, *Islam & Versicherung*, Islamic Insurance Consulting, za: <http://iic-hr.com/islam.html>.
- IIRA, Vision and Mission, za: <http://www.iirating.com/visionmission.asp>.
- Karwowski J., *Finanse islamskie a kryzys*, w: „Finanse 2009 – Teoria i praktyka. Bankowość”. Zeszyty Naukowe nr 548, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2009.
- Kazi A., *Present scenario and future potentials of takaful*, za: <http://www.ibtra.com/pdf/Present%20Scenario%20and%20Future%20Potentials%20of%20Takaful.pdf>.
- Kurek R., *Mikroubezpieczenia na świecie – działania komercyjne i niekomercyjne inicjatywy wspierające*, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 61 – *Nauki o finansach 1*, red. nauk G. Borys, Wydawnictwo Naukowe UE we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Kurek R., *Ubezpieczenia a reguły islamu*, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 70 - *Finanse i rachunkowość – teoria i praktyka*, red. nauk J. Adamek, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Mahlknecht M., *Islamic Finance*, WILEY-VCH Verlag GmbH&Co, Weinheim 2008.
- Mourad S., Pacic J., *Fiqh II: Handels-, Arbeits- und Eigentumsrecht, Erbrecht, Strafrecht, Gerichtsverfahren*, Deutscher Informationsdienst über den Islam (DIId) e.V., Karlsruhe 2008.
- Nalborczyk A., *Islam w USA*, http://www.muzulmanie.com/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=72.
- Obaidullah M., *Islamic Financial Services*, Islamic Economics Research Centre, Jeddah 2005.
- Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, *Mapping the Global Muslim Population*, October 2009, s. 7; za: <http://pewforum.org/newassets/images/reports/Muslim-population/Muslimpopulation.pdf>.
- Swiss Re, *Versicherung in Emerging Markets: Überblick und Aussichten für islamische Versicherungen*, Swiss Re Economic Research&Consulting, Sigma 2008 Nr 5.
- Top 500 Financial Islamic Institutions*, The Banker 2007/11, za: <http://ribh.files.wordpress.com/2008/01/top-500-islamic-financial-institutions-the-banker-november-2007.pdf>.
- UNIQA, *Islamische Produkte und Krankenversicherung als zusätzliche Wachstumstreiber*, UNIQA, http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20080522_OTS0036.
- Wrede P., *Lebensversicherung nach islamischen Grundsätzen*, Hannover Life Re, DAV Frühjahrstagung - Berlin 6.4.2007; http://www.aktuar.de/download/MV07_LEBEN_p_Wrede.pdf.

Muslim life insurance – Summary

The changes taking place in the Muslim world have enabled creation of specific financial services, typical of the Muslim world. Life insurance, which in the Muslim world has taken the form of „family takaful”, is also a part of them.

The lack of one interpretation of the religious doctrine and the fact that Muslims follow religious principles to a different extent have resulted in a situation in which the life insurance market of Muslim countries is very diverse. In terms of organisational aspects, various models of family takaful are practised (from those which are not profit-oriented to those which are similar to conventional insurance). In terms of value, family takaful account for a significant part of GDP in some countries, whereas in other countries they do not exist at all. In terms of types, what dominates in some countries is simple life insurance, whereas in others it is complex protection and savings products.

Insurance offered by family takaful „coexists” with conventional insurance, as a result of which both forms compete with each other, but this coexistence also brings them numerous benefits. The new Muslim life insurance uses the experience, know-how, capital and well-known mechanisms and rules which regulate development of insurance. The western world gains innovativeness and possibilities of entering new markets. The construction of „Muslim-friendly” insurance, thanks to its features and advantages, enables acquiring clients all over the world, irrespective of their creed.

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

Recenzenci: dr Katarzyna Górak-Sosnowska, dr Adam Śliwiński.

MARTA BORDA

Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia

W warunkach systematycznego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia coraz większego znaczenia nabierają nowe rozwiązania w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Medyczne konta oszczędnościowe stanowią stosunkowo nową formę finansowania ochrony zdrowia, polegającą na gromadzeniu indywidualnych oszczędności na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. Ze względu na brak wspólnoty ryzyka, pokrycie nadzwyczaj wysokich wydatków zdrowotnych powinno być zapewnione oddzielnie w ramach systemu publicznego (ubezpieczeniowego lub zaopatrzeniowego) lub poprzez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Z teoretycznego punktu widzenia koncepcja medycznych kont oszczędnościowych sprzyja ograniczeniu hazardu moralnego występującego w systemach ubezpieczeń zdrowotnych, jak również daje możliwość sprostania przyszłym wyzwaniom związanym z tendencjami demograficznymi. W artykule przedstawiono koncepcję medycznych kont oszczędnościowych, a następnie zaprezentowano dotychczasowe doświadczenia wybranych krajów (USA i Singapur) w zastosowaniu tej metody finansowania świadczeń zdrowotnych. Ponadto zwrócono uwagę na możliwości funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w systemach zdrowotnych krajów europejskich.

Wprowadzenie

Jednym z głównych problemów towarzyszących funkcjonowaniu współczesnych systemów ochrony zdrowia jest nadmierny wzrost kosztów sektora zdrowotnego związany w znacznym stopniu z nieodpłatnością za usługi medyczne w momencie ich konsumpcji. W zależności od polityki danego kraju wprowadza się rozwiązania mające na celu większą dyscyplinę kosztową po stronie świadczeniodawców lub – stosunkowo częściej – ograniczenie nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne po stronie uczestników systemu poprzez zwiększenie udziału prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Medyczne konta oszczędnościowe stanowią relatywnie rzadko stosowaną formę finansowania ochrony zdrowia, polegającą na gromadzeniu indywidualnych oszczędności na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. Z teoretycznego punktu widzenia koncepcja ta służy przede wszystkim ograniczeniu hazardu moralnego, charakterystycznego dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również umożliwia gromadzenie środków finansowych na przyszłe potrzeby zdrowotne społeczeństwa, co w obliczu obserwowanych zmian demograficznych ma ogromne znaczenie.

Chociaż problematyka dotycząca medycznych kont oszczędnościowych jest dość szeroko opisana w literaturze międzynarodowej¹, w praktyce funkcjonują one zaledwie w kilku krajach na świecie, gdzie mają charakter obowiązkowy (Singapur, Chiny) lub stanowią dobrowolne uzupełnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (USA i RPA). W obliczu przeprowadzanych reform sektora zdrowotnego wiele krajów wykazuje zainteresowanie możliwościami zastosowania medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia². Z drugiej strony nie brak oczywiście negatywnych opinii na temat ewentualnych niekorzystnych skutków, jakie mogą wynikać z wprowadzenia tej formy finansowania świadczeń zdrowotnych³.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie koncepcji medycznych kont oszczędnościowych, a następnie prezentacja dotychczasowych doświadczeń wybranych krajów (USA i Singapur) w zastosowaniu tej metody finansowania świadczeń zdrowotnych. W artykule zwrócono również uwagę na możliwości funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w systemach zdrowotnych krajów europejskich.

1. Istota medycznych kont oszczędnościowych

Medyczne konto oszczędnościowe (*medical savings account – MSA*) można określić jako indywidualne konto oszczędnościowe, w ramach którego z regularnie dokonywanych wpłat oraz dochodów z inwestycji wpłaconych środków finansowych tworzony jest fundusz z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w momencie ich konsumpcji. Innymi słowy, jest to rozwiązanie umożliwiające pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oparte na finansowaniu kapitałowym. W zależności od roli, jaką MSAs mają pełnić w systemie finansowania ochrony zdrowia określone są szczegółowe zasady funkcjonowania tego typu kont, w tym przede wszystkim: wysokość i sposób dokonywania wpłat na konto, możliwości wypłat na cele medyczne i „niemedyczne”, a także sposób naliczania odsetek. Należy też zaznaczyć, że wartość oszczędności gromadzonych w ramach medycznych kont oszczędnościowych zależy z jednej strony od czynników

1. Por. np.: Hsiao W. C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995, nr 7(4), s. 260–266; Ham C., *Learning from the Tigers: stakeholder health care*, „Lancet” 1996, nr 347, s. 951–953; Scheffler R., Yu W., *Medical savings accounts – a worthy experiment*, „European Journal of Public Health” 1998, nr 8, s. 274–278.
2. Zob. np. Henke K.-D., Borchardt K., *Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered*, CESifo DICE Report, „Journal for Institutional Comparisons”, 2003, nr 1 (3), s. 3–8; za: Schreyögg J., *Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts*, „The Geneva Papers on Risk and Insurance”, nr 4 (29), 2004, s. 689.
3. Szerzej w: Hanvoravongchai P., *Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience*, Discussion Paper nr 3, WHO, Geneva 2002, s. 6.

makroekonomicznych, takich jak: stopa zatrudnienia, wskaźnik inflacji czy tempo wzrostu płac, a z drugiej strony – ze względu na składnik inwestycyjny – od sytuacji na rynkach finansowych. Wrażliwość MSAs na sytuację na rynkach finansowych i ogólną koniunkturę gospodarczą wiąże się z ryzykiem spadku wartości zainwestowanego kapitału, co z kolei może – zwłaszcza w razie kryzysu gospodarczego – znacznie ograniczyć możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych ze zgromadzonych na koncie oszczędności. Zastosowanie MSA jako instrumentu finansowania ochrony zdrowia nie rozwiązuje również problemu zabezpieczenia zdrowotnego biedniejszych grup społeczeństwa.

Medyczne konta oszczędnościowe mogą być wykorzystywane jako uzupełnienie istniejących systemów finansowania ochrony zdrowia. Do głównych przyczyn zastosowania tego rozwiązania należy zaliczyć⁴:

- problemy związane z funkcjonowaniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (w tym: hazard moralny, negatywna selekcja, wysokie koszty administracyjne),
- potrzebę mobilizacji oszczędności na pokrycie wysokich kosztów ochrony zdrowia w przyszłości,
- pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia,
- potrzebę większej kontroli kosztów udzielanych świadczeń medycznych.

Koncepcja medycznych kont oszczędnościowych pojawiła się w latach 70. ubiegłego stulecia w USA w odpowiedzi na problemy związane z funkcjonowaniem rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim: hazard moralny po stronie pacjentów i świadczeniodawców, a także negatywna selekcja, problemy płatnika oraz wysokie koszty administracyjne⁵. Hazard moralny jest zjawiskiem nieodłącznie towarzyszącym funkcjonowaniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Świadomość osób ubezpieczonych co do dostępności bezpłatnej w momencie korzystania opieki zdrowotnej może skutkować zmniejszoną dbałością o stan zdrowia, a także częstszym niż jest to konieczne korzystaniem z usług medycznych, co generuje dodatkowe koszty dla ubezpieczyciela (w rezultacie powoduje też wzrost składek ubezpieczeniowych). Zjawisko hazardu moralnego może występować również po stronie świadczeniodawców zachęcających pacjentów do skorzystania z dodatkowych, nie zawsze uzasadnionych stanem zdrowia, usług zdrowotnych finansowanych z ubezpieczenia. W efekcie działania takie mają negatywny wpływ na alokację ograniczonych zasobów w sektorze ochrony zdrowia i powodują nadmierny wzrost kosztów. Oczywiście najprostszym sposobem na ograniczenie hazardu moralnego jest wprowadzenie partycypacji pacjentów w kosztach udzielanych świadczeń medycznych. Funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych bazuje właśnie na logice współpłacenia⁶. Posiadacze MSAs nie są już tak skłonni do korzystania ze świadczeń zdrowotnych i wydawania na nie własnych oszczędności, jak ma to miejsce w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych. W koncepcji

4. *Ibidem*, s. 6 i n.

5. HamC., *op. cit.*; za: Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w:] „Funding health care: options for Europe”, red. Mossialos E. i in., Open University Press, Buckingham 2002, s. 121.

6. Pauly M. V., Goodman J. C., *Tax credits for health insurance and medical savings accounts*, „Health Affairs” 2004, nr 14 (1), s. 126–139; za: Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts; can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 1.

medycznych kont oszczędnościowych, w porównaniu do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również do publicznie (ubezpieczeniowo lub zaopatrzeniowo) finansowanych systemów zdrowotnych, następuje „przejście” od zbiorowej do indywidualnej odpowiedzialności w obszarze zarządzania i finansowania ochrony zdrowia. Zasada solidarności ustępuje tu miejsca zasadzie indywidualnej przezorności i odpowiedzialności finansowej. W rozwiązaniu tym nie występuje redystrybucja środków finansowych od osób bogatych, o dobrym stanie zdrowia, do osób biednych czy chorych. Mała popularność rozwiązań typu MSA na kontynencie europejskim, gdzie zabezpieczenie zdrowotne funkcjonuje głównie w oparciu o zasadę odpowiedzialności zbiorowej, wynika w znacznym stopniu z liberalnej koncepcji MSAs podkreślającej odpowiedzialność jednostki oraz jej rolę w kształtowaniu popytu na różne formy finansowania świadczeń zdrowotnych.

Należy podkreślić, że w przypadku medycznych kont oszczędnościowych środki finansowe gromadzone są na indywidualnych kontach poszczególnych uczestników, zatem nie występuje tu charakterystyczna dla metody ubezpieczeniowej repartycja finansowego ciężaru realizacji ryzyka na wspólnotę ubezpieczonych. MSAs nie chronią więc przed ryzykiem niespodziewanie wysokich wydatków medycznych (pokrycie wydatków jest ograniczone w zależności od stanu konta). Pokrycie nadzwyczaj wysokich wydatków zdrowotnych może być zapewnione w ramach istniejącego systemu publicznego lub poprzez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce MSAs są zwykle powiązane z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi zapewniającymi pokrycie poważniejszych wydatków zdrowotnych, często charakteryzującymi się wysokim udziałem własnym (*high-deductible catastrophic health insurance*).

Kolejną, istotną cechą medycznych kont oszczędnościowych jest to, że umożliwiają one dystrybucję środków finansowych w czasie trwania życia danej osoby z okresu aktywności zawodowej, w którym na ogół wydatki zdrowotne są stosunkowo niższe, a możliwości gromadzenia oszczędności – większe na okres starości, w którym zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na ogół wzrasta, a możliwości osiągnięcia dochodu czy gromadzenia oszczędności są zwykle ograniczone. Mając na uwadze aktualne trendy demograficzne i związane z nimi starzenie się społeczeństw oraz koncentrację wydatków zdrowotnych, zwłaszcza długookresowych, w starszych grupach wiekowych ludności, MSAs mogą stanowić dobre rozwiązanie służące finansowaniu świadczeń zdrowotnych dla osób starszych, tym bardziej, że poprzez zastosowanie finansowania kapitałowego, nie są wrażliwe na zmiany struktury demograficznej ludności.

Funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych powoduje wzrost świadomości społeczeństwa odnośnie rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, ponieważ to pacjent bezpośrednio decyduje o pokryciu kosztu określonego świadczenia zdrowotnego z własnych oszczędności. W związku z powyższym, MSAs mogą stymulować konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami medycznymi, wpływając na wzrost dyscypliny w obszarze kosztów, jak również na wzrost jakości udzielanych świadczeń.

W następnej części artykułu przedstawione zostaną zasady funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze, gdzie stanowią one obowiązkowy składnik systemu finansowania ochrony zdrowia, a także w USA, gdzie funkcjonują jako uzupełnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

2. Program *Medisave* w Singapurze

Analizując funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze należy niewątpliwie zwrócić uwagę na specyficzne społeczno-ekonomiczne uwarunkowania tego niewielkiego kraju, w tym: bardzo dynamiczny wzrost gospodarczy w ciągu ostatnich kilku dekad, a także nadzwyczaj wysoką stopę oszczędności (ponad 40 proc. dochodu jest przeznaczane na oszczędności)⁷, co sprawia że doświadczenia singapurskie powinny być bardzo ostrożnie oceniane w kontekście możliwości wprowadzenia MSAs w innych krajach.

Medyczne konta oszczędnościowe zostały po raz pierwszy wprowadzone w Singapurze w 1984 roku jako część gruntownej reformy systemu ochrony zdrowia w tym kraju. Reforma podyktowana koniecznością ograniczenia publicznych wydatków zdrowotnych obejmowała m.in. wprowadzenie wysokich dopłat ze strony pacjentów, zwłaszcza dotyczących leczenia szpitalnego oraz ograniczenie finansowania publicznego do zabezpieczenia osób o niskich dochodach. W rezultacie, poprzez wzrost udziału finansowania prywatnego, przewidywano ograniczenie popytu na nieuzasadnione świadczenia zdrowotne, a także zwiększenie konkurencji między dostawcami usług medycznych. W tym samym czasie zreformowano sektor publicznych szpitali przekształcając je w przedsiębiorstwa, co wiązało się z wyodrębnieniem 4 kategorii oddziałów szpitalnych i odpowiadających im poziomów współpłacenia (wynoszących od 20 do 100 proc. kosztów)⁸.

Medisave – czyli program obowiązkowych, indywidualnych, medycznych kont oszczędnościowych został wyodrębniony organizacyjnie jako część *Central Provident Fund (CPF)* – funkcjonującego od 1955 roku systemu obowiązkowych oszczędności m.in. na cele emerytalne. Uczestnictwo w *Medisave* jest obowiązkowe dla aktywnych zawodowo rezydentów Singapuru, co daje około 80 proc. ludności, niemniej jednak znaczna grupa zagranicznych imigrantów (około 1 mln osób) i część osób pracujących na własny rachunek wciąż pozostaje poza programem. Wpłaty na *Medisave*, podobnie jak i cały CPF są dokonywane regularnie i finansowane częściowo przez pracodawcę i pracownika, przy czym wysokość wpłaty przekazywanej na medyczne konto oszczędnościowe oraz proporcje jej finansowania zmieniają się w zależności od wieku pracownika (Tabela 1). Obowiązują limity dotyczące maksymalnej rocznej wpłaty na MSA (nie więcej niż 37000 SGD) oraz minimalnego stanu środków na koncie, jakie powinien zgromadzić każdy uczestnik programu do osiągnięcia 55 roku życia (od 1 lipca 2009 roku jest to kwota 32000 SGD)⁹. Wpłaty, wypłaty oraz odsetki powiększające stan konta zwolnione są z opodatkowania. Środki gromadzone na MSAs mogą być przeznaczone wyłącznie na pokrycie różnorodnych kosztów związanych z leczeniem w szpitalu posiadającym akceptację ministerstwa zdrowia (w tym m.in.: kosztów pobytu, opieki lekarskiej, operacji chirurgicznych, badań, lekarstw, usług rehabilitacyjnych)¹⁰, jak również niektórych wydatków leczenia ambulatoryjnego.

7. Maynard A., Dixon A., *op. cit.*, s. 122.

8. Asher M., Ramesh M., Maresso A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 9.

9. <http://www.cpf.gov.sg>.

10. Istnieją maksymalne limity odnośnie kwoty wydatkowanej dziennie i na pojedynczą usługę medyczną.

Tabela 1. Struktura wpłat do Central Provident Fund¹¹

Wiek pracownika [lata]	Wpłata do CPF jako część wynagrodzenia [w %]			Podział wpłaty na poszczególne konta [w %]		
	pracodawca	pracownik	razem	konto zwykłe	konto specjalne (emerytura)	konto Medisave (ochrona zdrowia)
Do 35	14,5	20,0	34,5	66,67	14,49	18,84
35-45	14,5	20,0	34,5	60,88	17,39	21,73
45-50	14,5	20,0	34,5	55,09	20,28	24,63
50-55	10,5	18,0	28,5	45,62	24,56	29,82
55-60	7,5	12,5	20,0	57,5	0,00	42,5
60-65	5,0	7,5	12,5	28,0	0,00	72,0
Ponad 65	5,0	5,0	10,0	10,0	0,00	90,0

Źródło: Central Provident Fund, <http://www.cpf.gov.sg>.

Możliwe jest przy tym pokrycie wydatków zdrowotnych dotyczących bezpośrednio posiadacza konta, jak i członków jego rodziny (współmałżonek, dzieci, rodzice, dziadkowie). W razie śmierci uczestnika *Medisave* kapitał zgromadzony na jego koncie wchodzi w skład dziedziczonego majątku¹².

Ze względu na brak rozłożenia ryzyka i tym samym ograniczoną możliwość pokrywania wydatków zdrowotnych, *Medisave* został uzupełniony o dwa dobrowolne programy o charakterze ubezpieczeniowym. Posiadacze MSAs mają możliwość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego dodatkową ochronę na wypadek poważnych chorób i wydatków szpitalnych (*Medishield*). Ubezpieczenie to jest stosunkowo tanie, ale charakteryzuje się jednocześnie ograniczonym zakresem ochrony z wyłączeniem chociażby uprzednio występujących chorób, leczenia wad wrodzonych, świadczeń związanych z porodem, chirurgii kosmetycznej czy leczenia chorób psychicznych. Składka jest zróżnicowana ze względu na wiek oraz płeć i jest potrącana z medycznego konta oszczędnościowego danego uczestnika. W 2005 roku około 54 proc. posiadaczy MSAs było objętych tym dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto uczestnicy *Medisave* mogą również przystąpić do programu *Eldershield*, który jest formą dobrowolnego ubezpieczenia zapewniającego pokrycie kosztów długoterminowej opieki pielęgnacyjnej na wypadek niepełności starczej. W 2006 roku aż 86 proc. posiadaczy MSAs należało do programu *Eldershield*. Dodatkowo, opieka zdrowotna dla osób najbiedniejszych jest finansowana przez państwo w ramach programu *Medifund*¹³.

Po ponad 20 latach od zapoczątkowania reformy systemu zdrowotnego w Singapurze istotnie zmieniła się struktura źródeł finansowania ochrony zdrowia. Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach zdrowotnych obniżył się z 75 proc.

11. Dane w Tabeli 1 dotyczą: pracowników sektora prywatnego, nieposiadających uprawnień do emerytury pracowników rządowych, pracowników organów statutowych oraz szkół współfinansowanych, a także stałych rezydentów Singapuru począwszy od 3 roku.

12. Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, 5th edition, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey 2007, s. 426.

13. Szerzej w: Asher M., Ramesh M., Maresso A., *op. cit.*, s. 11.

w 1980 roku do około 36 proc. w 2003 roku. Pomimo wprowadzenia obowiązkowych MSAs i uzupełniających je prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, łącznie z obu tych źródeł finansowanych jest mniej niż 10 proc. wydatków zdrowotnych, a ponad 60 proc. wydatków na ochronę zdrowia (przede wszystkim w ramach leczenia ambulatoryjnego) pokrywane jest z bieżących dochodów gospodarstw domowych. Tym samym znaczenie medycznych kont oszczędnościowych jako metody finansowania ochrony zdrowia jest wciąż niewielkie. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na wzrost efektywności działania szpitali, a także większą satysfakcję pacjentów z jakości udzielanych świadczeń medycznych. Do tej pory nie ma jednak wniosków stwierdzających jednoznaczny wpływ MSAs na redukcję kosztów świadczeń zdrowotnych.

3. Zdrowotne konta oszczędnościowe w USA

W USA ochrona zdrowia jest finansowana ze źródeł prywatnych i publicznych, z przewagą tych pierwszych, zwłaszcza w formie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W przeciwieństwie do większości krajów europejskich, gdzie finansowanie ochrony zdrowia bazuje na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym lub środkach z budżetu państwa, w USA rola państwa w finansowaniu ochrony zdrowia jest znacznie ograniczona. W ramach finansowania publicznego funkcjonują jedynie programy federalne i stanowe zapewniające opiekę zdrowotną osobom starszym (65 lat i więcej) i niepełnosprawnym (*Medicare*), a także skierowane do osób o stosunkowo niskich dochodach (*Medicaid*). Większość osób aktywnych zawodowo korzysta z programów grupowych ubezpieczeń zdrowotnych organizowanych przez pracodawców (w 2007 roku było to 61 proc. osób poniżej 65 roku życia), 6 proc. populacji objęte jest ubezpieczeniami indywidualnymi i aż 17 proc. mieszkańców w ogóle nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego¹⁴. Chociaż dyskusja na temat medycznych kont oszczędnościowych została zapoczątkowana w tym kraju już w latach 70-tych XX wieku, pierwsze tego typu rozwiązania wprowadzono w 1996 roku na podstawie *the Health Insurance Portability and Availability Act*.

Główną przesłanką do wprowadzenia MSAs było przeciwdziałanie problemom hazardu moralnego i negatywnej selekcji, towarzyszącym prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, poprzez „przesunięcie” na pacjenta decyzji o wyborze określonej usługi medycznej i pokryciu jej rzeczywistego kosztu ze środków zgromadzonych na indywidualnym koncie. Zwolennicy MSAs przewidywali, że rozwiązanie to zmniejszy popyt na nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia świadczenia zdrowotne, w konsekwencji wpłynie na bardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów i redukcję nadmiernych kosztów w sektorze ochrony zdrowia, a także zwiększy zainteresowanie społeczeństwa (zwłaszcza osób nieubezpieczonych) prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Wprowadzony w 1996 roku program miał charakter pilotażowy i dotyczył wyłącznie osób prowadzących własną działalność gospodarczą oraz małych przedsiębiorstw

14. Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 5. Zgodnie z założeniami reformy systemu ochrony zdrowia w USA od 2014 r. większość rezydentów tego kraju ma podlegać obowiązkowi posiadania ubezpieczenia zdrowotnego spełniającego minimalne kryteria ustawowe.

zatrudniających do 50 pracowników. Przystąpienie do programu uprawniało do nabywania relatywnie taniego ubezpieczenia na wypadek niespodziewanie wysokich kosztów leczenia ze stosunkowo wysokim udziałem własnym. Dodatkowe oszczędności gromadzone na indywidualnym, nieopodatkowanym koncie mogły być przeznaczone na pokrycie bieżących lub przyszłych wydatków zdrowotnych (włączając w to koszty długoterminowej opieki pielęgnacyjnej)¹⁵. W praktyce pilotażowy program MSAs nie cieszył się dużym zainteresowaniem uprawnionych do uczestnictwa w nim osób i nie spełnił pokładanych w nim oczekiwań.

W 2003 roku na podstawie *the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* wprowadzono znaczące ulgi podatkowe dla osób, które będą posiadać tzw. zdrowotne konta oszczędnościowe (*Health Savings Accounts – HSAs*) powiązane z określonymi ubezpieczeniami zdrowotnymi o wysokim udziale własnym (*high-deductible health insurance plans*). Podstawą do założenia zdrowotnego konta oszczędnościowego i skorzystania z ulg podatkowych jest wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego¹⁶ charakteryzującego się określonym udziałem własnym (w 2010 roku udział ten nie może być niższy niż 1200 USD rocznie w odniesieniu do ubezpieczenia indywidualnego i 2400 USD w przypadku polisy rodzinnej) oraz limitem kosztów pokrywanych przez ubezpieczonego poniżej ustawowego progu (w 2010 roku limit ustawowy wynosi odpowiednio 5950 USD dla osoby i 11900 USD – w przypadku rodzin). W ramach wprowadzonych rozwiązań pracownik, który posiada ubezpieczenie spełniające ustawowe warunki lub jego pracodawca, może dokonywać wpłat na zdrowotne konto oszczędnościowe związane z tym ubezpieczeniem w wysokości nie przekraczającej ustawowego limitu (w 2010 roku limit roczny wynosi 3050 USD w przypadku programów indywidualnych oraz 6150 USD w odniesieniu do programów rodzinnych)¹⁷. Niezależnie od podmiotu dokonującego wpłat konto jest własnością pracownika, a środki zgromadzone na nim podlegają transferowi w razie zmiany pracy. Istotną zaletą HSAs są wspomniane zwolnienia podatkowe dotyczące: wpłat dokonywanych na konto, dochodu osiągniętego z inwestycji środków zgromadzonych na koncie i wydatków z konta na określone usługi medyczne¹⁸. Wypłaty środków z konta z przeznaczeniem innym niż pokrycie określonych wydatków zdrowotnych są możliwe, ale podlegają opodatkowaniu.

Ubezpieczenia zdrowotne połączone ze zdrowotnymi kontami oszczędnościowymi mogą być prowadzone zarówno w formie grupowej, jak i indywidualnej, przy czym osoby ubezpieczone indywidualnie reprezentują około 25 proc. ogółu posiadaczy HSAs. W praktyce firmy ubezpieczeniowe oferują produkty ubezpieczeń zdrowotnych z wysokim udziałem własnym wraz z towarzyszącymi im HSAs, które mogą być prowadzone przez same zakłady ubezpieczeń lub inne instytucje finansowe współpracujące z ubezpieczycielami. Ubezpieczenie zdrowotne zapewnia dostęp do stosunkowo tanich

15. Folland S., Goodman A. C., Stano M., *op. cit.*, s. 425.

16. Ewentualnie uczestnictwo w programie zdrowotnym, np. HMO spełniającym ustawowe warunki; *All About HSAs*, U.S. Treasury Department, Washington, July 22, 2007, <http://www.ustreas.gov>.

17. 2010 HSA Indexed Amounts, <http://www.ustreas.gov>.

18. Glied S., *op. cit.*, s. 5.

usług świadczonych przez placówki medyczne współpracujące z danym zakładem ubezpieczeń. Istnieje też możliwość realizacji świadczeń w placówce nie współpracującej z ubezpieczycielem, niemniej jednak jest to droższe. Osoby ubezpieczone mają dostęp do informacji odnośnie kosztów i jakości świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców współpracujących z ubezpieczycielem.

Zwolennicy zdrowotnych kont oszczędnościowych przewidywali, że do końca 2006 roku blisko 75 proc. pracodawców zdecyduje się na zakup tego typu programu zdrowotnego. W rzeczywistości nieco mniej niż 15 proc. pracodawców skorzystało z tej możliwości organizacji opieki zdrowotnej dla pracowników. W styczniu 2008 roku około 6,1 mln Amerykanów posiadało HSAs połączone z odpowiednimi programami ubezpieczeń zdrowotnych, co stanowiło około 3,3 proc. ludności poniżej 65 roku życia korzystającej z ubezpieczeń prywatnych¹⁹.

Podsumowując, główną przyczyną wprowadzenia MSAs, a następnie HSAs w USA było przeciwdziałanie nieefektywnej konsumpcji świadczeń zdrowotnych i nadmieremu wzrostowi ich kosztów. Dodatkowo przewidywano, że funkcjonowanie programów zdrowotnych powiązanych z kontami oszczędnościowymi wpłynie na obniżenie kosztu ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenia katastroficzne z wysokim udziałem własnym są tańsze niż tradycyjne) i zwiększy popyt na ubezpieczenia zdrowotne. Z drugiej strony funkcjonowanie HSAs równoległe z tradycyjnymi produktami ubezpieczeń zdrowotnych może prowadzić do sytuacji, w której osoby młode, o dobrym stanie zdrowia będą bardziej skłonne do rezygnacji z tradycyjnych polis i w zamian do nabycia tańszego ubezpieczenia powiązanego z HSAs. W rezultacie może to spowodować wzrost składek w sektorze tradycyjnych produktów zdrowotnych i zwiększyć odsetek osób nieubezpieczonych²⁰. Ze względu na stosunkowo krótki okres funkcjonowania zdrowotnych kont oszczędnościowych w USA jak na razie brakuje kompleksowych badań stwierdzających jednoznaczny wpływ HSAs na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności na poziom kosztów. Niektóre badania pokazują, że posiadacze planów zdrowotnych powiązanych z HSAs są często mniej zadowoleni z zakresu ochrony ubezpieczeniowej, w porównaniu do posiadaczy tradycyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, a także bardziej skłonni do rezygnacji lub odłożenia w czasie decyzji o skorzystaniu z opieki zdrowotnej²¹.

4. Możliwości wprowadzenia medycznych kont oszczędnościowych w krajach europejskich

Na podstawie dotychczasowego funkcjonowania medycznych/ zdrowotnych kont oszczędnościowych na świecie trudno jest stwierdzić czy wprowadzenie tej formy finansowania byłoby korzystne dla systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich. Należy tu przede wszystkim wziąć pod uwagę specyficzne uwarunkowania i obecny kształt systemu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju (w tym głównie zakres finan-

19. *Ibidem*, s. 5 i 6.

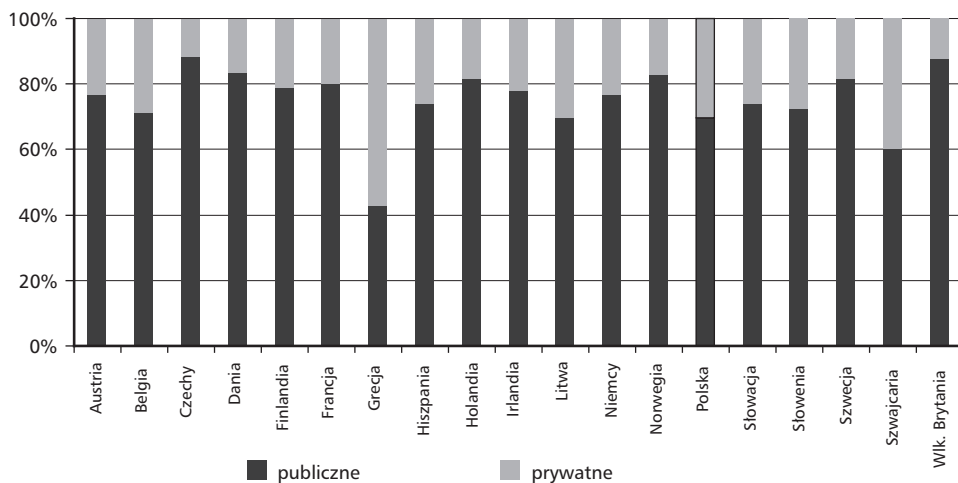
20. Maynard A., Dixon A., *op. cit.*, s. 122–123.

21. Glied S., *op. cit.*, s. 6.

sowania publicznego i prywatnego). Na Wykresie 1 przedstawiono strukturę wydatków na ochronę zdrowia według głównych źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2006 r.

W większości krajów europejskich tradycyjnie głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne (budżet państwa i (lub) obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne). W grupie analizowanych krajów środki te pokrywają około 70–88 proc. wydatków na zdrowie. Dominująca rola wydatków publicznych jest szczególnie widoczna w przypadku Czech (87,9 proc. całkowitych wydatków zdrowotnych w 2006 r.), Wielkiej Brytanii (odpowiednio 87,4 proc.), a także krajów skandynawskich. W grupie analizowanych krajów jedynie Grecja w 2006 r. odnotowała większy udział finansowania prywatnego (57,5 proc.) niż publicznego, na który składają się przede wszystkim bieżące wydatki gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne.

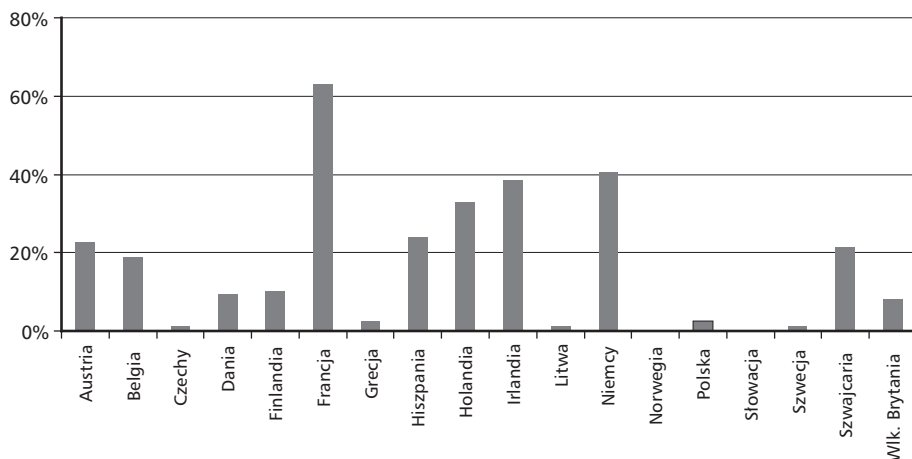
Wykres 1. Struktura wydatków zdrowotnych według źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2006 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database (HFA-DB).

Generalnie wśród prywatnych wydatków zdrowotnych ponoszonych przez mieszkańców kontynentu europejskiego dominują wydatki o charakterze gotówkowym, które mogą być przeznaczane na bezpośrednie pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych, oficjalne dopłaty do świadczeń dostępnych w ramach pakietu publicznego (tzw. współpłacenie) czy płatności nieformalne o charakterze „dowodów wdzięczności”, natomiast udział wydatków o charakterze przedpłat (w tym: wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne czy abonamenty medyczne) najczęściej kształtuje się na poziomie poniżej 30 proc. prywatnych wydatków zdrowotnych (Wykres 2). Wyjątkami są tu kraje o dobrze rozwiniętych rynkach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Francja, Niemcy, Irlandia, Holandia).

Wykres. 2. Udział wydatków o charakterze przedpłat w prywatnych wydatkach zdrowotnych wybranych krajów europejskich w 2006 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database (HFA-DB).

Mając na uwadze powyższą strukturę źródeł finansowania systemów zdrowotnych w krajach europejskich, wprowadzenie MSAs jako dodatkowej, dobrowolnej formy finansowania świadczeń zdrowotnych mogłoby zwiększyć udział finansowania prywatnego, jak również wpłynąć na „przesunięcie” części dotychczasowych bieżących wydatków zdrowotnych w kierunku wydatków o charakterze przedpłat. Tym samym medyczne konta oszczędnościowe o charakterze dobrowolnym, finansowane ze środków prywatnych mogłyby służyć pokryciu obowiązkowych dopłat do świadczeń ujętych w pakiecie publicznym, sfinansowaniu świadczeń w całości odpłatnych dla pacjentów, czy dodatkowych usług podwyższających standard leczenia (np. lepsze warunki zakwaterowania w szpitalu). Aby tego typu rozwiązania mogły cieszyć się zainteresowaniem społeczeństwa w danym kraju, poza odpowiednimi regulacjami prawnymi, należy uwzględnić m.in.: skłonność do oszczędzania bezpośrednio związaną z poziomem zamożności mieszkańców, ulgi podatkowe dla osób, które zdecydują się na utworzenie MSA, jak również dostępność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych obejmujących ochroną ryzyko wysokich wydatków zdrowotnych. W przypadku wykorzystania koncepcji MSAs finansowanych ze środków publicznych na uwagę zasługuje przede wszystkim możliwość ich zastosowania jako instrumentu finansowania długoterminowej opieki pielęgnacyjnej dla osób starszych.

Do najważniejszych aspektów wymagających ustalenia na etapie projektowania rozwiązania typu MSA należy zaliczyć:

- charakter uczestnictwa – dobrowolny czy obowiązkowy,
- instytucje zarządzające MSAs oraz regulacje prawne zapewniające ich bezpieczeństwo finansowe, a także przejrzystość zarządzania,
- wielkość i charakter wpłaty na MSA (dobrowolna czy obowiązkowa), maksymalne i minimalne limity wpłat, a także sposób finansowania (ewentualny udział pracodawcy),

- możliwości wypłaty środków z MSA – czy tylko na pokrycie kosztów określonych świadczeń zdrowotnych (w tym również dotyczących członków rodziny posiadacza konta), czy dopuszczalne są również wypłaty na cele „niemedyczne”,
- zakres przedmiotowy i charakter ubezpieczeń zdrowotnych powiązanych z MSAs (dobrowolne czy obowiązkowe, wysokość udziału własnego, wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, itp.).

Zakończenie

W literaturze przedmiotu na ogół podkreśla się zalety medycznych kont oszczędnościowych, pozwalające na przezwycięzenie problemów towarzyszących funkcjonowaniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, niemniej jednak ograniczony zakres wykorzystania MSAs w praktyce utrudnia wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących ich wpływu na rynek ubezpieczeń zdrowotnych, czy w szerszym ujęciu, na system ochrony zdrowia. Z całą pewnością, ze względu na brak rozłożenia ciężaru finansowania pomiędzy poszczególnych uczestników, MSAs powinny być rozpatrywane jako składnik kompleksowego systemu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju połączony z odpowiednim ubezpieczeniem zdrowotnym zapewniającym ochronę na wypadek niespodziewanie wysokich kosztów leczenia. W praktyce powyższe ubezpieczenie może stanowić warunek konieczny do założenia MSA (USA) lub dobrowolne uzupełnienie istniejącego już konta (Singapur).

Ze względu na politykę zdrowotną krajów europejskich, której efektem jest stosunkowo szeroki zakres nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych dostarczanych w ramach publicznej części systemu, możliwości wprowadzenia medycznych kont oszczędnościowych na szerszą skalę są w najbliższym czasie ograniczone. Rozważając możliwości wprowadzenia MSAs stosunkowo częściej zwraca się uwagę na negatywne skutki tego rozwiązania, w szczególności zwiększenie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, niż na możliwość pozyskania dodatkowych środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia.

Doświadczenia Singapuru i USA w funkcjonowaniu MSAs pokazują, że omawiana forma finansowania ochrony zdrowia nie wpływa znacząco na redukcję kosztów w sektorze ochrony zdrowia, niemniej jednak może zintensyfikować konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami usług medycznych. Należy jednak dodać, że ze względu na pozostawienie pacjentowi decyzji o skorzystaniu z określonego świadczenia zdrowotnego wspomniana konkurencja dotyczy raczej dodatkowych elementów (np. standardu zakwaterowania w szpitalu), a nie jakości i cen wykonywanych procedur medycznych, ponieważ pacjenci generalnie nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby umiejętnie oceniać i porównywać jakość oferowanych usług zdrowotnych, zwłaszcza zaawansowanych technologicznie.

Wykaz źródeł:

- All About HSAs*, U.S. Treasury Department, Washington, July 22, 2007, <http://www.ustreas.gov> (31.03.2010).
- Asher M., Ramesh M., Maresso A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 9–11.
- Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, 5th edition, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey 2007.
- Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 5–6.
- Ham C., *Learning from the Tigers: stakeholder health care*, „Lancet” 1996, nr 347, s. 951–953.
- Hanvoravongchai P., *Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience*, Discussion Paper nr 3, WHO, Geneva 2002.
- Henke K.-D., Borchardt K., *Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered*, CESifo DICE Report, „Journal for Institutional Comparisons”, 2003, nr 1 (3), s. 3–8.
- Hsiao W. C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995, nr 7(4), s. 260–266.
- Kiszka K., Sowada Ch., *Singapurski model medycznych kont oszczędnościowych. Ocena i możliwości przeniesienia na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2007, nr 1-2, s. 95-105.
- Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w:] „Funding health care: options for Europe, red. E. Mossialos i in.”, Open University Press, Buckingham 2002.
- Pauly M. V., Goodman J. C., *Tax credits for health insurance and medical savings accounts*, „Health Affairs” 2004, nr 14(1), s. 126–139.
- Scheffler R., Yu W., *Medical savings accounts – a worthy experiment*, „European Journal of Public Health” 1998, nr 8, s. 274–278.
- Schreyögg J., *Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts*, „The Geneva Papers on Risk and Insurance”, nr 4 (29), 2004, s. 689–704.
- Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts; can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 1–4. <http://www.cpf.gov.sg> (4.03.2010).
- 2010 HSA Indexed Amounts*, <http://www.ustreas.gov> (31.03.2010).
- WHO European Health for All Database (HFA-DB)*, <http://data.euro.who.int> (4.03.2010).

Using medical savings accounts in financing health care – Summary

In the context of a gradual increase of health care costs, new solutions in financing health care are becoming more and more important. Medical savings accounts are a relatively new form of financing health care, and they enable individuals to save up in order to cover costs of health care services. Due to the lack of risk sharing, the coverage of very high health care costs should be ensured separately as part of the public system (insurance or supplying

ones) or by means of private health insurance. From a theoretical point of view, the idea of medical savings accounts helps reduce moral hazard present in health care insurance systems, as well as gives an opportunity to meet future challenges related to demographic trends.

The article presents the idea of medical savings accounts and later discusses previous experience of selected countries (USA and Singapore) with using this method of financing health care services. Furthermore, the possibility of using medical savings accounts in health care systems of European countries has been mentioned.

Dr MARTA BORDA jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Recenzenci: dr Christoph Sowada, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

DAMIAN PIETRZYK

Charakter prawny umowy z otwartym funduszem emerytalnym

Niniejszy artykuł ma na celu dokonanie analizy charakteru prawnego umowy z OFE, która stanowi podstawowy sposób nawiązania stosunku członkostwa ubezpieczonego w OFE. Przedstawiono argumenty formułowane przez doktrynę, zarówno na rzecz jej publiczno-prawnego charakteru, jak i prywatnoprawnego. Szczegółowa analiza teoretyczno-prawna dotyczy również ewentualnego stosowania zasady swobody umów do komentowanej instytucji. Niniejsze rozważania stanowią punkt wyjścia do ewentualnych dyskusji na temat charakteru prawnego środków zgromadzonych w OFE. Znaczenie dociekań na temat umowy z OFE rośnie z powodu pojawiających się sporów sądowych wynikających z członkostwa w OFE oraz wypłatą pierwszych emerytur kapitałowych.

Wprowadzenie

Członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym¹ powstaje na trzy sposoby: (1) przez zawarcie umowy z OFE, (2) losowanie albo (3) otwarcie rachunku. Podstawowym i najważniejszym sposobem jest oczywiście zawarcie umowy. Jednak charakter prawny umowy z OFE nie jest jasny. Jeśli przyjąć kryteria prawa umów, umowa z OFE jest umową obligacyjną, podwójnie zobowiązującą, konsensualną, wzajemną i nienazwaną.

Pozostaje dyskusyjne, czy jest to kolejny rodzaj kontraktu prawa prywatnego, czy też specyficzna forma ustanowienia stosunku prawnego przez instytucję prawa publicznego, a więc jako umowa prawa zabezpieczenia społecznego. Doktryna wydaje się w tej sprawie podzielona, znaleźć można zarówno obrońców cywilnoprawnego charakteru tej umowy², jak i wypowiedzi opowiadające się za teorią umowy prawa zabezpieczenia społecznego³.

1. Zwane dalej: OFE.

2. Antonów K., *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia emerytalnego*, PiZS 1999, nr 11, s. 11-12; J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie emerytalne. Konstrukcja i charakter prawny*, TNOiK, Toruń 2005, s. 229; A. Chrościcki, *Fundusze inwestycyjne i emerytalne*, ABC, Warszawa 1998, s. 265; K. Kołodziej, *Czy można rozwiązać umowę z Otwartym Funduszem Emerytalnym?*, PUSiG z 2000 r., nr 5, s. 32; I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie emerytalne: trzy filary*, Wyd. Prawnicze PWN, Warszawa 2001, s. 260.

3. Pacud R., *Oczekiwanie prawne na emeryturę dożywotnią (II filar)*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006, s. 134; Sanetra W., *W sprawie natury prawnej umowy z otwartym*

1. Umowa prawa ubezpieczeń społecznych?

Zdaje się, że umowa z otwartym funduszem emerytalnym nie jest umową cywilnoprawną, tylko umową prawa ubezpieczenia społecznego, gdyż:

- Umowa z OFE uregulowana jest w prawie ubezpieczenia społecznego, a nie w kodeksie cywilnym⁴. Najważniejsze przepisy znajdują się w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych⁵ (art. 39 i 111) oraz w ustawie o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych⁶ (art. 81 i n.). Prawo ubezpieczeń społecznych stanowi natomiast odrębny dział od prawa cywilnego. Gdyby umowa ta miała mieć charakter cywilnoprawny, regulacje jej dotyczącej przybrałyby postać charakterystyczną dla innych umów prawa prywatnego.
- Brakuje także odpowiednika art. 300 kodeksu pracy⁷, który odsyłałby w niektórych sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, a więc także w sprawie umowy z OFE, do przepisów kodeksu cywilnego, co dawałoby podstawę do stosowania norm cywilnoprawnych do umowy z OFE.
- Zgodnie z art. 90 uofe oraz kodeksem postępowania cywilnego⁸ właściwym forum dla rozstrzygnięcia spraw wynikłych na gruncie stosunków prawnych między członkiem funduszu a OFE lub jego organem są sądy ubezpieczeń społecznych. Natomiast dla sporów dotyczących umów cywilnoprawnych z reguły przewidziany jest sąd cywilny, gdzie obowiązuje procedura cywilna.

Skutki prawne zawarcia umowy z OFE są tożsame z aktem wyznaczenia OFE w drodze losowania albo otwarciem rachunku, więc umowa ta polega tylko na wyborze OFE, a nie na ukształtowaniu treści swoistego stosunku prawnego między ubezpieczonym a OFE. Umowy prawa cywilnego kreują natomiast właściwy dla siebie stosunek prawny, który nie powstałby w inny sposób.

Co więcej, z teorii prawa wynika, że aby zaistniała umowa cywilnoprawna musi mieć do niej zastosowanie choćby w ograniczonym zakresie fundamentalna zasada swobody umów. Podczas gdy umowa z OFE obarczona jest przymusem. Zgodnie z *usus* „ubezpieczony jest zobowiązany do zawarcia umowy z otwartym funduszem emerytalnym”. Ubezpieczony nie dysponuje nawet swobodą decyzji właściwą dla umów adhezyjnych, ponieważ w przypadku nie zawarcia umowy, przewidziany przez nią skutek i tak powstanie przez procedurę losowania. Ten argument wydaje się mieć kluczowe znaczenie, ponieważ gdyby słuszne okazało się twierdzenie, iż we wspomnianej umowie nie funkcjonuje kluczowy element zasady swobody umów, jakim jest możliwość wyboru, czy w ogóle zawrzeć umowę, prowadziłyby to do wniosku, iż nie możemy mówić o cywil-

funduszem emerytalnym, PUSiG 1999, nr 10, s. 2; A. Jabłoński, *Charakter prawny członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym* [w:] „Konstrukcje prawa emerytalnego”, pod red. Bińczyckiej-Majewskiej T., Zakamycze, 2004, s. 219.

4. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.); zwana dalej: *usus*.
6. Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 34, poz. 189); zwana dalej: *uofe*.
7. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 ze zm.).

noprawnym charakterze umowy z OFE.

Uwagi dotyczące obarczenia umowy z OFE przymusem nie można rozpatrywać jednostronnie, tylko z punktu widzenia ubezpieczonego. Element przymusu, który przemawia za publicznoprawnym charakterem umowy z OFE występuje również po stronie funduszu. Zgodnie z art. 81 ust. 2 uofe otwarty fundusz nie może odmówić zawarcia umowy, o ile osoba występująca z wnioskiem o przyjęcie do funduszu spełnia warunki określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych. Swoboda wyboru drugiej strony umowy została więc ograniczona również dla OFE, które są podmiotami prywatnymi.

Kolejną modyfikacją w porównaniu z modelowym stosunkiem zobowiązaniowym jest ochrona trwałości stosunku członkostwa. Zarówno OFE, jak i ubezpieczony, nie mogą rozwiązać łączącego ich jednostronnie powstałego stosunku prawnego. Członek funduszu może co prawda dokonywać zmian OFE, ale raz wchodząc do systemu nie ma możliwości wyjścia. Klasyczne umowy cywilnoprawne nie tworzą z reguły nierozwiązywalnych stosunków prawnych.

Można znaleźć również poboczne dowody na publicznoprawny charakter umowy z OFE, dotyczą one jednak bardziej stosunku prawnego, a nie samej umowy.

Jednym z elementów treści powstałego stosunku prawnego jest finansowanie wpłat do OFE ze składek emerytalnych, które są świadczeniem pieniężnym o charakterze przymusowym, celowym, odpłatnym, bezzwrotnym oraz niezawinionym, co potwierdza ich publicznoprawny charakter. Natomiast umowy z innymi funduszami, na przykład funduszami inwestycyjnymi, opierają się na dobrowolnych wpłatach o charakterze prywatnoprawnym.

Istnieje zakaz rozporządzania środkami zgromadzonymi w OFE, podczas gdy stosunki prawne z innymi prywatnymi funduszami, oparte na umowach cywilnoprawnych, cechują się swobodą rozporządzania zgromadzonymi zasobami.

Co więcej widoczna jest ingerencja państwa w tę sferę. Państwo gwarantuje bowiem wypłaty minimalnego świadczenia z systemu emerytalnego. Ponadto nad OFE, a także nad stosunkami między członkami funduszu oraz OFE, istnieje wzmocniony nadzór administracyjny, który sprawuje Komisja Nadzoru Finansowego.

2. Umowa prywatnoprawna?

Wszelkie wyróżnianie poszczególnych działów prawa ma jedynie charakter teoretyczny, pomocniczy i porządkujący. System prawa stanowi całość i zaciera się sztywna granica pomiędzy partykularnymi jego częściami. Nawet z powszechnie przyjętego podziału na prawo publiczne i prywatne nie wynika, iż normy zawarte w tych działach nie mogą się przenikać. Za przykład może posłużyć wolność działalności gospodarczej regulowana w prawie publicznym, co oczywiście silnie oddziałuje na sferę prawa prywatnego.

Podobnie traktuje się odesłania. Z reguły ich zastosowanie ma charakter pomocniczy, ułatwiający stosowanie prawa. Czy brak odesłania do kodeksu cywilnego w sprawach nieuregulowanych w zwykłej umowie sprzedaży spowoduje, iż zastosujemy pra-

wo atomowe⁹ albo prawo rzymskie okresu klasycznego? Istotny jest brak wyrażonego *expressis verbis* zakazu stosowania przepisów kodeksu cywilnego do umowy z otwartym funduszem emerytalnym.

Wyodrębnienie specjalnych jednostek w strukturze sądów powszechnych jest zabiegiem natury administracyjnej, funkcjonalnej, mającym oczywiście swoje odzwierciedlenie w różnicach merytorycznych poszczególnych spraw sądowych. Dla postępowań odrębnych regulowanych w kodeksie postępowania cywilnego, w tym spraw z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, macierzą pozostają przepisy właściwe dla procesu cywilnego.

Poddanie poszczególnych spraw kognicji danego sądu w ramach konkretnej procedury nie może przesądzać o charakterze stosunku prawnego, który jest przedmiotem sporu. Byłoby ryzykowne twierdzenie, iż decyzja prezesa URE ma charakter cywilnoprawny, ponieważ zgodnie z art. 30 prawo energetyczne¹⁰ postępowanie w sprawie odwołania od tej decyzji toczy się według przepisów kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach gospodarczych, typowego dla spraw cywilnych *sensu stricto*. Właściwość sądu gospodarczego nie prowadzi przecież do wniosku, iż decyzja prezesa URE przestaje być klasyczną decyzją administracyjną i staje się czynnością cywilnoprawną.

Rzecz jasna, większość spraw wynikłych na bazie prawa ubezpieczeń społecznych ma podłoże administracyjnoprawne, więc zaliczają się do spraw cywilnych *sensu largo*, tylko dzięki wyraźnemu wskazaniu ustawowemu. Jednak nie przesądza to, iż niektóre spory za swą podstawę mogą mieć stosunek cywilnoprawny.

Zarzut nieobowiązywania zasady swobody umów¹¹ w przypadku badanej umowy wydaje się nie do końca dowiedziony. Doktryna tradycyjnie wyróżnia cztery wolności, które wchodzą w skład zasady swobody umów: czy zawrzeć umowę, z kim, jakiej treści oraz w jakiej formie¹². Słusznie podnosi się, że kluczowe dla realizacji zasady swobody kontraktowej są dwie pierwsze wolności, podczas gdy wybór treści¹³ i formy¹⁴ mogą doznawać znacznych ograniczeń. W przypadku umowy z OFE swobodne ukształtowanie jej treści oraz formy zostało ograniczone przez normy wynikające z przepisów uoffe oraz rozporządzenia¹⁵ dotyczącego sposobu i trybu zawarcia umowy z OFE wydanego na jej

-
9. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz.U. z 2007 r., Nr 42, poz. 276 ze zm.).
 10. Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 89, poz. 625 ze zm.).
 11. Na temat zasady swobody umów zob. m.in.: Stelmachowski A., *Zarys teorii prawa cywilnego*, Wyd. Prawnicze PWN, Warszawa 1998, s. 83-98; Longchamps de Berier R., *Zobowiązania*, Wyd. Ars boni et aequi, Poznań 1999, s. 149-153; Gawlik B., *Pojęcie umowy nienazwanej*, „Studia Cywilistyczne”, t. XVIII, 1971, s. 5; Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, LexisNexis, Warszawa 2007, s. 160-175.
 12. Inaczej: Radwański Z., *Teoria umów*, PWN, Warszawa 1977, s. 102-103.
 13. M.in. w umowach adhezyjnych (np. umowy zawierane w środkach komunikacji).
 14. M.in. przez przepisy ustaw szczególnych o charakterze *iuris cogentis*, (np. unormowany w k.c. wymóg zawarcia umowy przeniesienia własności nieruchomości w formie aktu notarialnego).
 15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 czerwca 1998 r. w sprawie sposobu i trybu zawarcia umowy, na podstawie której następuje uzyskanie członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym, sposobu i terminu składania oświadczenia o małżeńskich stosunkach majątkowych członka otwartego funduszu emerytalnego oraz zawiadamiania otwartego funduszu emerytalnego o każdorazowej zmianie w stosunku do treści takiego oświadczenia, obejmującej środki zgromadzone na rachunku członka (Dz. U. z 1998 r. Nr 84, poz. 534 ze zm.).

podstawie. Wspomniane rozporządzenie wprowadza m.in. wymóg formy pisemnej pod rygorem nieważności. Swoboda wyboru z kim zawrzeć umowę, oczywiście nie została naruszona, ponieważ ubezpieczony może wybrać dowolny OFE działający na rynku.

Jedyną, i jednocześnie kluczową kwestią, która budzić może kontrowersje, jest ewentualne obowiązywanie możliwości wyboru, czy w ogóle zawrzeć umowę, ponieważ jak wskazano wyżej, wydaje się, iż istnieje przymus zawarcia umowy z OFE.

Sam fakt zobowiązania ubezpieczonego do zawarcia umowy z OFE nie może przesądzać o charakterze tej umowy z dwóch powodów. Po pierwsze wymóg ten jest nieegzekwowalny, co dowodzi wprowadzenie procedury losowania, ponieważ ustawodawca liczył się z tym, iż nie każdy zawrze umowę. Po drugie warto dla porównania przyjrzeć się ubezpieczeniom gospodarczym, w których ustawowo¹⁶ wprowadzono trzy ubezpieczenia obowiązkowe, m.in. ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Pomimo iż ustawa nakłada „obowiązek zawarcia umowy”, nikt nie wątpi, iż ta umowa posiada charakter cywilnoprawnej umowy ubezpieczenia.

W badanej sprawie należy określić cel i środek (w dążeniu do realizacji celu). Celem jest nawiązanie stosunku członkostwa w OFE, natomiast środki do realizacji tego celu uofe wymienia trzy. Tym podstawowym jest zawarcie umowy z OFE.

Prowadzi to do konkluzji, iż istnieje co prawda przymus, przy czym dotyczy on członkostwa w OFE, a nie zawarcia umowy¹⁷. Losowanie nie jest przecież przymusowym zawarciem umowy, wywiera co prawda tożsamy z nią skutek, czyli powstanie członkostwa w OFE, ale *ex lege*, bez zawierania umowy.

Dlatego stwierdzić należy, iż do umowy z OFE mieć będzie zastosowanie zasada swobody umów, a zarzut o braku fundamentalnej dla umów cywilnoprawnych możliwości decyzji, czy w ogóle zawrzeć umowę, wydaje się bezzasadny.

Pozostaje do rozpatrzenia jeszcze problem przymusu po stronie OFE. Przymus zawierania umów¹⁸ jest instytucją wyjątkową, ale spotykaną w systemie prawa od dawna. Z reguły nakłada się go na podmioty spełniające istotne role społeczne, w szczególności przedsiębiorstwa użyteczności publicznej. Podmioty te po spełnieniu oznaczonych warunków przez zgłaszającego się kontrahenta nie mogą odmówić zawarcia umowy. Zobligowanie do zawarcia umowy może zostać wyrażone w ustawie szczególnej lub koncesji, albo w innym zezwoleniu wydanym przez władzę państwową lub samorządową. Przykłady stanowią umowa sprzedaży i umowa o świadczenie usług przesyłania lub dystrybucji odnoszące się do dostarczania paliw i energii regulowane w prawie energetycznym¹⁹, umowa przewozu regulowana w prawie przewozowym²⁰ oraz umowa o świadczenie usług pocztowych regulowana w prawie pocztowym²¹.

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

17. Tak: Wantoch-Rekowski J., *op.cit.*, s. 227; Sanetra W., *op.cit.*, s. 2.

18. Por. Longchamps de Berier R., *Zobowiązania*, Wyd. Ars boni et aequi, Poznań 1999, s. 162.

19. Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 89, poz. 625 ze zm.).

20. Ustawa z dnia 15 listopada 1984 r. Prawo przewozowe (t.j. Dz. U. z 2000 r. Nr 50, poz. 601 ze zm.).

21. Ustawa z dnia 12 czerwca 2003 r. Prawo pocztowe (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 189, poz. 1159 ze zm.).

Cecha ta nie może prowadzić jednak do wniosku, iż przestają one być umowami cywilnoprawnymi. Ponadto w razie uchylenia się od zawarcia takiej umowy można żądać odszkodowania w oparciu o odpowiedzialność cywilną. Uwagi powyższe wydają się zachowywać aktualność także w przypadku umowy z OFE, która posiada nie mniejszą wagę społeczną, niż wskazane wyżej umowy. Prowadzi to do wniosku, iż cecha przymusu zawarcia umowy przez OFE nie odbiera tej umowie cywilnoprawnego charakteru, tylko wskazuje na rolę jaką odgrywa i stąd konieczność specyficznej regulacji.

Podobnie wiele nieścisłości można wskazać w zarzucie braku możliwości wystąpienia z OFE:

- Wystąpienie jest możliwe dla osób urodzonych w latach 1949-1968, więc nie jest to cecha konstytutywna. Równie dobrze można sobie wyobrazić rozwiązanie ustawowe zezwalające na wystąpienie z OFE dla wszystkich²². Można również znaleźć dowody, iż jest to jedynie stan przejściowy, podczas gdy regułą jest brak możliwości wystąpienia z systemu.

Ponadto ubezpieczony, który skutecznie powoła się na istotny błąd regulowany w art. 84 kodeksu cywilnego, może uchylić się od oświadczenia o przystąpieniu do OFE. Prawo cywilne czyni istotną „wyrwę” w normie zawartej w art. 111 ust. 5 *usus*, który stanowi iż przystąpienie do OFE jest nieodwołalnym oświadczeniem woli. Dopuszczalność stosowania przepisów kodeksu cywilnego dotyczących wad oświadczenia woli do umowy z OFE zostało potwierdzone także przez Sąd Najwyższy²³.

Warto podkreślić, iż każdy ubezpieczony ma możliwość wystąpienia, w celu zmiany OFE. Co prawda pozostaje się ciągle w systemie i wystąpienie następuje tylko pod warunkiem przejścia do innego OFE, ale umowa ulega rozwiązaniu.

Interesujący problem pojawia się również w kontekście zawarcia umowy z OFE przez osoby małoletnie. Gdyby zawarcie umowy było tylko rodzajem zgłoszenia do ubezpieczenia, znaczyłoby to, iż zgoda przedstawiciela ustawowego nie jest konieczna²⁴. Potraktowanie natomiast umowy w tradycyjny cywilistyczny sposób, prowadzi do wniosku, iż zgoda taka jest wymagana²⁵. Teoretyczny spór został zweryfikowany przez praktykę. Powszechnie towarzystwa emerytalne zgodnie instruuje oraz przewidują w formularzach umów o członkostwo w OFE wyrażenie zgody przez przedstawiciela ustawowego, jeżeli osoba przystępująca do OFE jest małoletnia lub nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych. Praktyka obrotu prawnego, która dostarcza kolejnego argumentu za cywilnoprawną koncepcją umowy z OFE, nie może pozostać niezauważona.

Niezależnie od przeprowadzonych rozważań, warto na koniec odwołać się do argumentów najbardziej ewidentnych. Zakładając racjonalność ustawodawcy musimy założyć, iż użycie słowa „umowa” nie było przypadkowe. Przecież równie dobrze można by

22. Zmiany prawa w tym kierunku sugerują wypowiedzi ministra pracy i polityki społecznej, Jolanty Fedak. Zob. m.in.: http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90443,7897204,Fedak_przynaleznosc_do_OFE_powinna_byc_dobrowolna.html.

23. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 października 2005 r., I UK 49/05.

24. Por. Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, LexisNexis, Warszawa 2009, s. 233.

25. Por. Chmielowiec B., *Małoletni a członkostwo w OFE*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” z 1 grudnia 2009 r., nr 48, s. 18-19.

było użyć sformułowania „złożyć wnioski do OFE” zamiast „zawrzeć umowę z OFE”. Ponadto każde tego typu problemy należy rozstrzygać w oparciu o całościowe spojrzenie na system ubezpieczeń. Należy więc uwzględnić jego cele oraz ideę reformy i dopiero na tym tle badać funkcję, jaką pełni umowa z OFE. Ponieważ członkostwo w OFE powoduje partycypację ubezpieczonego w rynku kapitałowym, trudno sobie wyobrazić, aby nastąpiło to inaczej niż w wyniku zawarcia umowy prywatnoprawnej. Nie można przecież zmusić obywatela do lokowania pieniędzy na rynku kapitałowym z wykorzystaniem instrumentów administracyjnoprawnych. Na marginesie, pragnę dodać, iż moim zdaniem, także wykorzystanie w tym celu umowy, niejako w celu obejścia tych ograniczeń, jest wielce kontrowersyjne, ponieważ nie powinno się zmuszać obywatela do inwestycji na rynku kapitałowym (także w celach emerytalnych) w jakikolwiek sposób. Powinno to pozostać osobistą decyzją każdego obywatela.

Po uczynionych ustaleniach odpieranie pobocznych argumentów (co do stosunku prawnego, a nie umowy) na rzecz publicznoprawnego charakteru wydaje się bezzasadne.

Zakończenie

Niektóre problemy z charakterem prawnym umowy z OFE wynikają z faktu, iż nie mamy do czynienia z czystą konstrukcją prawną, ale swoistą hybrydą. Główne argumenty za publicznoprawnym charakterem umowy z OFE po dokonaniu analizy i skonfrontowaniu ich z kontrargumentami wydają się obalone. Jednocześnie wiele argumentów za cywilnoprawną koncepcją dają się bronić, co najważniejsze zastosowanie znajduje zasada swobody umów. Dlatego przeprowadzone rozważania prowadzą do jednoznacznego wniosku, iż umowa z OFE ma charakter cywilnoprawny.

Rozważania te wydawać się mogą czysto teoretycznymi, bez implikacji praktycznych. Tak jednak nie jest. Konsekwencją ustalenia charakteru prawnego umowy z OFE jest możliwość ustalenia charakteru prawnego stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczonym a OFE, następnie zaś charakteru prawnego tytułu do środków zgromadzonych w OFE. Trzecia kwestia ma znaczenie fundamentalne, ponieważ przy ewentualnym uznaniu środków zgromadzonych w OFE za własność prywatną pozwoliłoby to na gruncie konstytucyjnej ochrony własności wycofać środki z OFE oraz uznać przymus odprowadzania składek do OFE za niekonstytucyjne rozwiązanie. Problem ten znalazł się na wokandzie Sądu Najwyższego²⁶, jednak jego rozstrzygnięcie wywołało wiele kontrowersji. Dylemat prawny z jakim zmierzył się sąd w tej sprawie zasługuje na odrębne opracowanie i dlatego nie stanowi on materii niniejszego rozważania. Warto tylko wspomnieć, iż w powyższej sprawie ubezpieczony pragnął uniknąć poddania się przymusowi uczestnictwa w tzw. drugim filarze. Sąd Najwyższy nie chcąc podejmować rozstrzygnięcia, które wywołałoby rewolucję w systemie, właściwie ją wywołał. Stwierdzono, iż przymus odprowadzania części składek do prywatnych funduszy emerytalnych jest zgodny z Konstytucją oraz, co ważniejsze, w rozważaniach dotyczących składki, znajdujących się w uzasadnieniu wyroku uznano, iż środki zgromadzone w OFE, tak jak i sama składka, nie stanowią prywatnej własności ubezpieczonego. Stoi to

26. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2008 r., II UK 12/08.

w jawnej sprzeczności z tym co Polacy mogli usłyszeć w momencie wprowadzania reformy.

Problem charakteru prawnego umowy z OFE pokazuje jak wiele prawnych wątpliwości istnieje w polskim prawie ubezpieczeń społecznych. Reforma została wprowadzona ponad 10 lat temu. Rok temu mała grupa kobiet, będąca członkami OFE, zaczęła pobierać okresowe emerytury kapitałowe. Pierwsze wypłaty dożywotnich emerytur kapitałowych zaczną się w 2014 roku. To wskazuje, że największe problemy nastąpią dopiero w przyszłości.

Wykaz źródeł:

- Antonów K., *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia emerytalnego*, PiZS 1999, nr 11.
- Chmielowiec B., *Małoletni a członkostwo w OFE*, Gazeta Ubezpieczeniowa z 1 grudnia 2009 r., nr 48.
- Chrościcki A., *Fundusze inwestycyjne i emerytalne*, ABC, Warszawa 1998.
- Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, LexisNexis, Warszawa 2007.
- Gawlik B., *Pojęcie umowy nienazwanej*, *Studia Cywilistyczne*, t. XVIII, 1971.
- Jabłoński A., *Charakter prawny członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym* [w:] „Konstrukcje prawa emerytalnego”, pod red. Bińczyckiej-Majewskiej T., Zakamycze, 2004.
- Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, LexisNexis, Warszawa 2009.
- Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie emerytalne: trzy filary*, Wyd. Prawnicze PWN, Warszawa 2001.
- Kołodziej K., *Czy można rozwiązać umowę z Otwartym Funduszem Emerytalnym?*, PUSiG z 2000 r., nr 5.
- Longchamps de Berier R., *Zobowiązania*, Wyd. Ars boni et aequi, Poznań 1999
- Pacud R., *Oczekiwanie prawne na emeryturę dożywotnią (II filar)*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.
- Radwański Z., *Teoria umów*, PWN, Warszawa 1977.
- Sanetra W., *W sprawie natury prawnej umowy z otwartym funduszem emerytalnym*, PUSiG 1999, nr 10.
- Stelmachowski A., *Zarys teorii prawa cywilnego*, Wyd. Prawnicze PWN, Warszawa 1998.
- Wantoch-Rekowski J., *Składki na ubezpieczenie emerytalne. Konstrukcja i charakter prawny*, TNOiK, Toruń 2005.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 ze zm.).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.).
- Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 34, poz. 189).
- Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz.U. z 2007 r., Nr 42, poz. 276 ze zm.)

Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 89, poz. 625 ze zm.).

Ustawa z dnia 12 czerwca 2003 r. Prawo pocztowe (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 189, poz. 1159 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 listopada 1984 r. Prawo przewozowe (t.j. Dz. U. z 2000 r. Nr 50, poz. 601 ze zm.).

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.).

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

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 czerwca 1998 r. w sprawie sposobu i trybu zawarcia umowy, na podstawie której następuje uzyskanie członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym, sposobu i terminu składania oświadczenia o małżeńskich stosunkach majątkowych członka otwartego funduszu emerytalnego oraz zawiadamiania otwartego funduszu emerytalnego o każdorazowej zmianie w stosunku do treści takiego oświadczenia, obejmującej środki zgromadzone na rachunku członka (Dz. U. z 1998 r. Nr 84, poz. 534 ze zm.).

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 października 2005 r., I UK 49/05.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2008 r., II UK 12/08.

Propozycje Ministra Pracy i Polityki Społecznej dotyczące OFE:

http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90443,7897204,Fedak__przynaloznosc_do_OFE_powinna_byc_dobrowolna.html.

Legal nature of the agreement with the open pension fund – Summary

The aim of this article is to analyse the legal nature of the agreement with the open pension fund (OFE), which is the basic form of establishing insured party's membership relationship in OFE. The arguments formulated by the doctrine have been presented, both in favour of its public and private law nature. The detailed theoretical and legal analysis also concerns possible application of the principle of freedom of contract to the institution in question. These considerations may be a starting point for discussions about the legal nature of funds collected in OFE. The significance of questions about the agreement with OFE grows because of the court disputes which arise in connection with membership in OFE and payment of first capital pensions.

DAMIAN PIOTR PIETRZYK jest studentem V roku na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

Recenzenci: *mec. Piotr Czublun, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.*

ANNA KUFEL-SIEMIŃSKA

IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”

W dniach 17-19 maja 2010 roku pod honorowym patronatem Rektorów Uniwersytetów Ekonomicznych: prof. zw. dr. hab. Mariana Goryni z Poznania oraz prof. zw. dr. hab. Bogusława Fiedora z Wrocławia, odbyła się kolejna, czwarta edycja międzynarodowej konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”. Podobnie jak w latach poprzednich, organizatorami konferencji zostały zaprzyjaźnione Katedry Ubezpieczeń Uniwersytetów Ekonomicznych w Poznaniu i we Wrocławiu, stąd w składzie Komitetu Naukowego konferencji znaleźli się kierownicy obu katedr: prof. dr hab. Jerzy Handschke – Kierownik Katedry Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu oraz prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec – Kierownik Katedry Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Podobnie jak w roku ubiegłym, konferencja odbyła się w murach zabytkowego zamku w Rydzynie, który był swego czasu siedzibą króla Stanisława Leszczyńskiego i księżąt Sułkowskich. Zamek ten wraz z parkiem i przyległymi terenami stanowił niegdyś najokazalszą rezydencję magnacką w Wielkopolsce.

Celem tegorocznej konferencji były wymiana myśli i doświadczeń z prowadzonych badań nad rozwojem rynku i teorią ubezpieczeń w Polsce na tle tendencji światowych oraz konsolidacja środowiska naukowego z praktykami zajmującymi się ubezpieczeniami.

Zakres tematyczny konferencji stanowiły zagadnienia dotyczące:

- funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego i reasekuracyjnego,
- prawnych aspektów ubezpieczeń,
- ryzyka społecznego w kontekście umowy ubezpieczenia,
- zarządzania ryzykiem przedsiębiorstw oraz gospodarstw domowych,
- zarządzania ryzykiem i finansami zakładów ubezpieczeń,
- zastosowania metod ilościowych w ubezpieczeniach.

Uczestnikami konferencji byli przedstawiciele wiodących ośrodków naukowych oraz instytucji rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Międzynarodowy charakter zjazdu w Rydzynie nadali liczni goście zagraniczni, spośród których warto choćby wspomnieć prof. dr. Dirka Kaisera z Hochschule Bochum.

Uczestnicy konferencji nadesłali ponad 70 referatów podejmujących problematykę skupioną wokół podstawowych zagadnień tematycznych konferencji, które miały charakter zarówno rozważań poznawczych, jak i praktycznych.

Po raz drugi, podobnie jak podczas II Jubileuszowej Konferencji w Czerniejewie zorganizowanej w listopadzie 2008 r. (ze względu na świętowane 60-lecie Katedry Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu), spotkanie odbyło się w formie debaty poprzedzonej wystąpieniem sprawozdawcy, który prezentował tematykę zgłoszonych referatów. Każda z sześciu sesji składała się z referatu sprawozdawczego podsumowującego najważniejsze tezy zawarte w przesłanych na konferencję referatach oraz dyskusji prowadzonej przez doświadczonych moderatorów.

Pierwszy dzień konferencji zainaugurowała sesja poświęcona funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego i reasekuracyjnego. Uczestnicy tej sesji pod przewodnictwem moderatora prof. zw. dr. hab. Jerzego Łańcuckiego skoncentrowali się na omówieniu aktualnych tendencji na rynku wywołanych przede wszystkim wzrostem liczby katastrof naturalnych oraz kryzysem, do których należą przede wszystkim wzrost ryzyka subiektywnego, spadek przypisu składki oraz wzrost szkodowości. Szeroko dyskutowanym zagadnieniem był wpływ, nie tylko negatywny, kryzysu gospodarczego na rynek ubezpieczeń.

W tym dniu odbyła się również prowadzona przez dr. Dariusza Fuchsa sesja dyktowana w całości prawnym aspektem funkcjonowania ubezpieczeń. Podczas tej sesji dyskutanci omawiali najbardziej aktualne zagadnienia dotyczące prawnych regulacji umowy ubezpieczenia, także w kontekście *bancassurance*. Na kanwie problemów związanych z udziałem banków w dystrybucji usług ubezpieczeniowych dyskutanci zwracali uwagę na potrzebę zmian w regulacjach prawnych umowy ubezpieczenia.

Drugi dzień obrad obfitował w trzy sesje tematyczne. Pierwsza z nich zatytułowana „Ryzyko społeczne, a metoda ubezpieczenia” poprowadzona została przez prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza. W ramach tej sesji dyskutanci skupili się na omówieniu najbardziej aktualnych problemów dotyczących zabezpieczenia emerytalnego i opieki zdrowotnej. Zaprezentowano również produkty oszczędnościowe wykorzystywane w procesie obchodzenia się z ryzykami społecznymi.

Kolejną sesję poprowadził prof. dr. hab. Jan Monkiewicz. W trakcie sesji poświęconej ubezpieczeniom w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw jej uczestnicy na gruncie referatów dotyczących wykorzystania zarządzania ryzykiem oraz ubezpieczeń w placówkach opieki zdrowotnej, w specyficznych obszarach działalności (takich, jak np. parolotniarstwo) w jednostkach samorządu terytorialnego, w małych i średnich przedsiębiorstwach oraz w gospodarstwach rolnych, skoncentrowali dyskusję wokół kontrowersyjnego zagadnienia „niemożności” zarządzania ryzykiem. W ramach tej części wiele miejsca poświęcono omówieniu aktualnych problemów związanych z upowszechnieniem ubezpieczeń rolnych.

Z kolei sesja zatytułowana „Zarządzanie ryzykiem i finansami zakładów ubezpieczeń” poświęcona została przedyskutowaniu pięciu zaproponowanych przez referentów

nurtów badawczych, takich jak: implementacja zarządzania ryzykiem i zarządzania jakością w zakładach ubezpieczeń, problematyka oceny ryzyka przez ubezpieczycieli, działalność inwestycyjna zakładów ubezpieczeń, rentowność zakładu ubezpieczeń oraz Dyrektywa Wypłacalność II (Solvency II). W trakcie tej części konferencji, której moderatorem był prof. dr hab. Kazimierz Ortyński podkreślano, iż obecnie obserwuje się światowy trend w kierunku zaawansowanych metod i technik zarządzania ryzykiem i kapitałem stosowanych dla osiągnięcia celów biznesowych, a zarządzanie ryzykiem staje się kluczowym elementem strategii i gospodarki finansowej każdego ubezpieczyciela.

Ostatni dzień konferencji poświęcony był zastosowaniu metod ilościowych w ubezpieczeniach. Podczas prowadzonej przez prof. zw. dr hab. Wandę Ronkę-Chmielowiec sesji dyskutanci podkreślali znaczenie metod ilościowych w ubezpieczeniach. Specyficzny charakter ubezpieczeń sprawia, że szczególnie ważnym narzędziem zarządzania i kierowania działalnością ubezpieczeniową jest stosowanie metod ilościowych, bez których nie ma mowy o poprawnej kalkulacji składek, obliczaniu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, nie wspominając nawet o analizie rozkładu szkód czy rachunku prawdopodobieństwa.

Pokłosiem konferencji będzie przygotowywana publikacja, w której znajdą się nadesłane na konferencję referaty, pogrupowane, zgodnie z tematyką przeprowadzonych sesji, w bloki tematyczne, poprzedzone tekstami referatów sprawozdawczych.

Wysoki poziom merytoryczny, niezwykła atmosfera spotkania, przepiękna architektura oraz wystrój zamku, uroki 12-hektarowego parku przełożyły się na usatysfakcjonowanie uczestników i organizatorów spotkania oraz pozwalają z optymizmem planować kolejne majowe edycje konferencji „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”, na które już teraz zapraszamy.

Dr ANNA KUFEL-SIEMIŃSKA jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.