

UBEZPIECZENIA W ROZWOJU SPOŁECZNO-GOSPODARCZYM POLSKI

MARCIN KAWIŃSKI



Czasopismo wydawane od 1947 r.

ISSN 0137-7264

Wiadomości Ubezpieczeniowe

Wydanie specjalne

- **Redaktor naczelny:** prof. dr hab. Jerzy Handschke
- **Sekretarz naukowy:** dr Marcin Kawiński
- **Rada Programowa:**
 - prof. dr hab. Kazimierz Ortyński – przewodniczący
 - prof. zw. dr hab. Tadeusz Szumlacz – wiceprzewodniczący
 - dr hab. Ewa Bagińska
 - prof. nadzw. dr hab. Sławomir I. Bukowski
 - dr Witold Jaworski
 - prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk
 - prof. zw. dr hab. Eugeniusz Kowalewski
 - dr Władysław Wojciech Mogiński
 - dr Wojciech Nagel
 - Piotr Narloch
 - prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec
 - prof. zw. dr hab. Eugeniusz Stroiński

- **Kontakt z redakcją:**
 - Anna Snitko-Pleszko
 - e-mail: wiad_ubezyp@piu.org.pl
 - tel.: {22} 420 51 34

- **Recenzja:**
 - Marek Kurowski – starszy analityk PIU

Dr Marcin Kawiński

Ubezpieczenia w rozwoju społeczno- -gospodarczym Polski

Warszawa 2013

Spis treści

Wstęp	5
I. Sektor ubezpieczeń a rozwój społeczno-gospodarczy – podstawowe fakty i zależności	7
1. Zasada działania ubezpieczenia	7
2. Skutki społeczno-ekonomiczne ubezpieczeń	13
II. Polski rynek ubezpieczeniowy	17
1. Historia sektora ubezpieczeń w Polsce	17
2. Teraźniejszość sektora ubezpieczeń w Polsce i trendy rozwoju	18
III. Oferta sektora ubezpieczeń dla konsumentów	35
1. Ubezpieczenia w finansach gospodarstw domowych	35
2. Ubezpieczenie mieszkań i domów	37
3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	38
4. Ubezpieczenia komunikacyjne	39
5. Ubezpieczenia turystyczne	42
6. Ubezpieczenia osobowe	43
IV. Oferta sektora ubezpieczeń dla firm	53
1. Ubezpieczenia dla MSP	54
2. Ubezpieczenia mienia	55
2.1. Ubezpieczenia kradzieżowe	55
2.2. Ubezpieczenie na wypadek pożaru i innych żywiołów – FLEXA	55
3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	57
4. Ubezpieczenie kredytu kupieckiego	58
5. Gwarancja ubezpieczeniowa	60
6. Ubezpieczenie <i>business interruption</i>	61
V. Oferta sektora ubezpieczeń dla państwa	67
1. Partnerstwo publiczno-prywatne w polityce społeczno-gospodarczej	67
2. Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w życiu codziennym obywateli	71
2.1. Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego	71
2.2. Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia	73
2.3. Ubezpieczenie majątku	74
2.3.1. Ubezpieczenie nieruchomości	75
2.3.2. Ubezpieczenia rolne	75

2.4. Ubezpieczenie zobowiązań	76
2.4.1. Ubezpieczenia komunikacyjne	76
2.4.2. Wypełnianie zobowiązań wynikających z utraty pracy, zdrowia lub życia żywiciela	77
2.5. Gwarancje bezpieczeństwa w ubezpieczeniach	77
3. Ubezpieczenia w polityce gospodarczej	78
4. Udział ubezpieczeń w finansowaniu ryzyk katastrofalnych	79
4.1. Ubezpieczenie skutków żywiołów	79
4.2. Ubezpieczenie szkód środowiskowych	79
4.3. Ubezpieczenie na wypadek aktów terroru	80
VI. Podsumowanie	81

Wstęp

Ubezpieczenie jest jedną z najczęściej używanych metod finansowania skutków ryzyk zarówno przez osoby fizyczne, jak i przedsiębiorstwa. Mechanizm ubezpieczenia zapewnia świadczenie znacząco przewyższające składkę i bardzo skutecznie stabilizuje sytuację finansową ubezpieczonego.

Jednak mimo tej powszechności, wiedza na temat ubezpieczeń jest stosunkowo niewielka. Niski poziom świadomości ubezpieczeniowej staje się przyczyną rozczarowań w sytuacji, gdy ubezpieczony wcześniej nie zapoznał się z warunkami ubezpieczenia i nie zna podstawowych zasad ubezpieczeniowych. Brak znajomości produktów ubezpieczeniowych oraz metod kompleksowego zarządzania ryzykiem stanowi zagrożenie dla stabilności finansowej przedsiębiorstw.

Polski rynek ubezpieczeniowy rozwija się dynamicznie oferując nowoczesne produkty ubezpieczeniowe. Jednak potencjał ubezpieczycieli działających w Polsce nie jest wykorzystywany w sposób zadowalający. I nie chodzi tutaj jedynie o wysokość składki ubezpieczeniowej, ale również o strukturę produktów. Rynek ubezpieczeniowy jest taki, jacy są jego klienci. Bardziej wymagający klienci są gwarancją utrzymania odpowiedniej jakości usług. Dlatego w interesie wszystkich jest podnoszenie wiedzy na temat ubezpieczeń, zasad ich funkcjonowania oraz konkretnych produktów.

W celu usystematyzowania wiedzy o ubezpieczeniach, przygotowano „Wydanie Specjalne Wiadomości Ubezpieczeniowych” 2/2013. Niniejsza publikacja jest poprawioną i zaktualizowaną wersją „Wydania Specjalnego Wiadomości Ubezpieczeniowych” 1/2010. Na początku opracowania zaprezentowano podstawowe zależności, jakie występują między sektorem ubezpieczeń a rozwojem społeczno-gospodarczym. Wciąż niewiele się wspomina na temat korzyści wynikających ze stosowania mechanizmu ubezpieczenia. Następnie omówiono pokrótce ponad 200-letnią historię sektora ubezpieczeń w Polsce oraz bardziej szczegółowo przedstawiono jego obecną sytuację w odniesieniu do krajów sąsiednich oraz wiodących rynków europejskich. Uważna obserwacja rozwiniętych rynków pozwala wskazać prawdopodobne trendy rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń zarówno w zakresie sprzedaży konkretnych rodzajów produktów, jak i sposobów dystrybucji.

Trzy kolejne rozdziały są poświęcone ofercie ubezpieczeniowej dla konsumentów, przedsiębiorstw i państwa. W prezentacji skupiono się na podstawowych produktach oraz najczęstszych problemach. Zrozumienie istoty poszczególnych produktów oraz ich przeznaczenia ułatwi ich wykorzystanie. Ponadto szczególną uwagę zwrócono na użycie ubezpieczeń do kompleksowego

zarządzania ryzykiem gospodarstwa domowego i przedsiębiorstwa w krótkim i długim okresie, przy wykorzystaniu nowoczesnych rozwiązań.

Odrębnym zagadnieniem jest użycie ubezpieczeń przez państwo. Obecnie stosuje się ubezpieczenia w ramach polityki gospodarczej i społecznej. Rola państwa jest nie do przecenienia w kształtowaniu rynku ubezpieczeniowego. Świadoma polityka ubezpieczeniowa może znacząco przyczynić się do dalszego rozwoju tego sektora. Z drugiej strony, zakłady ubezpieczeń zapewniają ochronę ubezpieczeniową w obszarach i na zasadach preferowanych przez państwo. W związku z ograniczaniem rozmiarów bezpośredniej interwencji państwa w różne dziedziny życia społeczno-gospodarczego, należy spodziewać się dalszego intensywnego rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego z udziałem branży ubezpieczeniowej.

Mamy nadzieję, że niniejsze wznowione opracowanie przybliży istotę funkcjonowania ubezpieczeń, uzmysłowi istotę sektora ubezpieczeń dla gospodarki narodowej, jak również ułatwi korzystanie z produktów ubezpieczeniowych.

I. Sektor ubezpieczeń a rozwój społeczno-gospodarczy – podstawowe fakty i zależności

1. Zasada działania ubezpieczenia

- Ryzyko
- Rozproszenie ryzyka
- Składka ubezpieczeniowa
- Ryzyko zakładu ubezpieczeń
- Wspólnota ryzyka

Podstawą ubezpieczenia jest ryzyko, które towarzyszy nam bez przerwy i jest związane z działaniami, które na co dzień podejmujemy.¹ Można wyróżnić dwa rodzaje ryzyka, spekulatywne i czyste. Pierwsze z nich jest rezultatem działań, które podejmujemy w nadziei, że przysporzą nam korzyści, chociaż mogą również powodować straty (np. zakup akcji na giełdzie). W takich sytuacjach ryzyko jest najczęściej podejmowane przez nas bardziej lub mniej świadomie.

Są też zdarzenia losowe niezależne od nas lub niezamierzone, których skutki mogą wywołać jedynie straty (np. wypadek samochodowy, pożar), wówczas występuje ryzyko czyste. Nasze indywidualne działania nie zawsze są w stanie zredukować takie ryzyko (np. rozważna jazda samochodem, sprawne wyposażenie gaśnicze), a jego skutki częstokroć przewyższają bieżące oszczędności. Dlatego w przypadku ryzyk czystych często korzysta się z ubezpieczenia oferowanego przez ubezpieczycieli.

Produkty ubezpieczeniowe bazują na mechanizmie rozproszenia ryzyka i dotyczą zdarzeń przyszłych.² Przyszłość z punktu widzenia jednostki jest mało przewidywalna. Trudno jest przewidzieć,

1. Nie ma jednej powszechnie uznanej definicji ryzyka, głównie dlatego, że pojęcie to jest używane w różnych naukach. Ryzyko ubezpieczeniowe można określić jako „zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach podmiotu ekonomicznego”, T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005, s. 75. Warto zwrócić uwagę, że ubezpieczenie obejmuje ochroną przed skutkami ryzyk, nie chroni zaś przed samymi ryzykami.
2. Oprócz rozproszenia ryzyka, jako podstawowe funkcje ubezpieczenia wyróżnia się również transfer i transformację ryzyka. Transfer odnosi się do sytuacji, gdy w krótkim czasie dokonuje się przeniesienia ciężaru konsekwencji finansowych niekorzystnego zdarzenia (jednorazowe ubezpieczenie mieszkania od pożaru w roku wystąpienia pożaru). W dłuższym okresie jest mało prawdopodobne, abyśmy co roku doznawali szkód

czy w kolejnym roku zdarzy nam się pożar domu. Jednak to, co trudno przewidzieć dla jednostki, z dość dużą dozą pewności można określić dla zbiorowości, czyli np. liczbę pożarów domów rocznie w Polsce. Taka wiedza pozwala przewidzieć wysokość środków potrzebnych do sfinansowania tych niekorzystnych zdarzeń. Jeżeli powyższą kwotę rozdzielimy na wszystkich (lub dużą część) członków zbiorowości, to obciążenie będzie stosunkowo niewielkie w odniesieniu do potencjalnych strat jednostki. Zapewnimy również, że nikt z tej wspólnoty nie ucierpi finansowo (poza kosztami składki) w związku z pożarem domu. Taką wspólnotę nazywamy wspólnotą ryzyka, a opisaną metodę finansowania negatywnych skutków – ubezpieczeniem.



Ubezpieczenie jest jedną z metod transferu skutków ryzyka. Polega ono na rozłożeniu skutków finansowych realizacji określonego ryzyka na grupę podmiotów zwaną wspólnotą ryzyka. Członkowie wspólnoty ryzyka tworzą fundusz ubezpieczeniowy zarządzany przez zakład ubezpieczeń, który ma na celu finansowanie skutków ryzyka, prowadzących do strat finansowych. Wszyscy członkowie wspólnoty odpłacają składki, ale ponieważ ryzyko wywoła straty tylko u części z nich, dlatego sumy małych pojedynczych składek pozwalają wypłacić wysokie świadczenia. Dzięki ubezpieczeniu, w zamian za relatywnie niewielką składkę, można otrzymać pewność utrzymania statusu materialnego mimo występowania ryzyka.

Z ekonomicznego punktu widzenia można wskazać, że niepewną dużą stratę (np. pożar domu) zamienia się na pewną, niewielką stratę (składkę).

Wyobraźmy sobie, że przeciętnie w ciągu roku zniszczeniu wskutek pożaru ulega 1 na 1000 domów. Przeciętna wartość domu wynosi 250 tys. Roczna składka netto (bez narzutów) powinna wynieść 250 zł. Wylicza się to według wzoru na wartość oczekiwaną, czyli:

$$\text{składka} = p \cdot x$$

gdzie **p** to prawdopodobieństwo, a **x** to wartość potencjalnej straty.

Składka netto jest podstawą do obliczania składki brutto, która obejmuje dodatkowo koszty funkcjonowania zakładu ubezpieczeń.

i otrzymywali z tego tytułu odszkodowania albo świadczenia. W dłuższej perspektywie ubezpieczenie służy *de facto* do rozłożenia kosztów zdarzeń w czasie. Transformacja ryzyka dotyczy zamiany ryzyka czystego (przyjmowanego do ubezpieczenia) w ryzyko kredytowe, związane z wypłacalnością zakładu ubezpieczeń. R. Thoyts, *Insurance theory and practice*, Routledge, New York 2010, s. 19–20.

Należy zauważyć i podkreślić, że składka w ubezpieczeniu jest uzależniona od ryzyka, a ryzyko od prawdopodobieństwa i wartości potencjalnej straty. Ubezpieczony, który jest w stanie obniżyć prawdopodobieństwo lub wysokość strat, może liczyć na niższą składkę. Powyższa zależność sprawia również, że im wyższa suma ubezpieczenia, tym wyższe ryzyko i w konsekwencji wyższa składka. Indywidualizacja składki zapobiega antyselekcji, która może występować w sytuacji uśrednienia składki. Antyselekcja może wystąpić, gdy zakład nie dywersyfikuje składki i w taryfikacji opiera się na wartościach przeciętnych. Polega to na tym, że osoby, których ryzyko jest niższe od przeciętnego rezygnują z ubezpieczenia uznając je za nieopłacalne, natomiast osoby z wyższym poziomem ryzyka pozostają. To powoduje, że szkodowość dla wspólnoty ryzyka staje się wyższa niż dla całej populacji i istnieje potrzeba podwyższenia składki. Po podwyższeniu również może się okazać, że osoby, których ryzyko jest niższe od przeciętnego dla wspólnoty ryzyka rezygnują z ubezpieczenia uznając je za nieopłacalne, natomiast osoby z wyższym poziomem ryzyka pozostają.

Zakład ubezpieczeń nie zawsze dokonuje indywidualizacji składki. Unika tego szczególnie w sytuacji, gdy suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych, lub gdy różnicowanie jest ekonomicznie lub społecznie nieuzasadnione (zbyt kosztowne zebranie potrzebnych informacji, stosunkowo niewielki efekt zróżnicowania składki, delikatna materia dotycząca np. chorób genetycznych).

W dzisiejszym świecie można zaobserwować coraz większe wyczulenie na kwestie dyskryminacji. To zagadnienie jest coraz częściej podnoszone w odniesieniu do dostępu i cen produktów finansowych. Z uwagi na wagę ochrony ubezpieczeniowej nie powinny występować ograniczenia w dostępie do produktów ubezpieczeniowych ze względu na wiek, płeć, rasę, wyznanie itp. Indywidualna ocena ryzyka jest podstawowym narzędziem określania prawdopodobieństwa skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej i różnicowania ubezpieczonych, i jako taka nie może być traktowana za przejaw dyskryminacji.³

Wysokość składki jest w dużej mierze uzależniona od wielkości i charakteru ryzyka, które ma być przedmiotem ubezpieczenia. Jednak częstotliwość zdarzeń i ich rozmiar nie jest jedynym kryterium obliczania wysokości składki. Zakład ubezpieczeń zawierając umowę ubezpieczenia, przejmuje na siebie ryzyko zdarzeń przyszłych i niepewnych, dlatego ważne są również cechy ryzyka, które mają wpływ na dokładność w oszacowaniu potencjalnych świadczeń ubezpieczeniowych. Ryzykiem zakładu ubezpieczeń jest powstanie sytuacji, w której faktyczna szkodowość, tj. stosunek wypłaconych świadczeń do otrzymanych składek, jest wyższa od zakładanej przy określaniu wysokości składek ubezpieczeniowych. Dlatego istotne jest, aby ryzyko było przewidywalne, czyli zakład ubezpieczeń na podstawie przeszłych zdarzeń powinien być w stanie z dużym prawdopodobieństwem określić częstotliwość i rozmiar przyszłych szkód. Pod tym względem ryzyko czyste pozwala na bardziej precyzyjne obliczenie potencjalnych skutków aniżeli ryzyko spekulatywne. Inną cechą ryzyka ubezpieczalnego (czyli takiego, którego realizację można finansować metodą ubezpieczeniową) jest jego losowość, czyli sytuacja, w której strata powstała niezależnie od woli ubezpieczonego, a nawet jeśli z winy ubezpieczonego, to była to wina nieumyślna, np. spowodowanie kolizji drogowej. Ważne jest również, aby liczba wypadków ubezpieczeniowych zdarzała się niewielkiej liczbie ubezpieczonych, a wartość skutków finansowych była ograniczona, ponieważ przeciwnym razie składka byłaby zbyt wysoka.

3. W związku z wydanym dnia 1 marca 2011 r. wyrokiem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS) od 21 grudnia 2012 r. nie jest możliwe różnicowanie składek ani świadczeń ubezpieczeniowych ze względu na płeć ubezpieczonych. Nie oznacza to bynajmniej, że zakład ubezpieczeń nie może uwzględniać czynnika płci przy wycenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Więcej na temat stosowania wyroku ETS patrz: Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/EC do umów ubezpieczenia w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie C-236/09 (Test-Achats), Dz.U.UE.C 2012.11.1.

Obecnie w krajach europejskich, w Stanach Zjednoczonych oraz w wielu innych państwach wprowadza się nowe metody wyznaczania wartości wymogów kapitałowych (np. Solvency II – Wyłączalność II). W normalnych warunkach bieżące składki powinny sfinansować wszystkie świadczenia wypłacone przez zakład ubezpieczeń oraz pokryć koszty funkcjonowania ubezpieczyciela. Może się jednak zdarzyć, że np. ryzyko katastrofalne spowoduje straty na tyle duże, że suma składek okaże się niewystarczająca. Wówczas zabezpieczenie zobowiązań zakładu ubezpieczeń stanowią jego kapitały (własne), które muszą spełnić specjalne wymogi (nie mogą być obciążone prawami osób trzecich, nie mogą pochodzić z kredytu itp.). Wspomniane zmiany sprowadzają się do ściślejszego powiązania wysokości wymogów kapitałowych z charakterem ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową.

Im większe potencjalne wahania skutków zdarzeń ubezpieczeniowych dla sytuacji finansowej ubezpieczyciela, tym wyższe wymogi finansowe, wyższe kapitały własne wymagane przez regulatora (państwo). Ta zmiana jest o tyle istotna, że może wpłynąć na wysokość składki określonych ubezpieczeń. Innym skutkiem może być dokładniejsza ocena ryzyka (*underwriting*), co oznacza większe zróżnicowanie składek.

Końcowym efektem może być usunięcie z oferty zbyt kapitałochłonnych, drogie ubezpieczeń. Obecnie dość często stosuje się subsydiowanie mniej opłacalnych linii biznesowych (produktów) bardziej opłacalnymi. Nowe regulacje wymuszają większą adekwatność składki ubezpieczeniowej. Z jednej strony może to uruchomić liczne działania prewencyjne, zmniejszające ryzyko, z drugiej strony zróżnicować metody zarządzania ryzykiem.

Gdyby jednak tak restrykcyjnie traktowano powyższe kryteria, wówczas niewiele ryzyk udałoby się ubezpieczyć, a można przecież wskazać wiele z nich, które są ubezpieczane mimo niemożności spełnienia wszystkich powyższych warunków. To oznacza, że zakłady ubezpieczeń wychodzą poza te ograniczenia i oferują ochronę ubezpieczeniową nawet wówczas, gdy jedno lub więcej z powyższych kryteriów nie jest spełnione. Jest to możliwe dzięki istnieniu rozbudowanego systemu instytucji i mechanizmów rynku ubezpieczeniowego, pozwalających na lepsze zarządzanie ryzykiem i jego dalsze rozpraszanie. Przykładem jest m.in.: koasekuracja, reasekuracja, nowoczesne instrumenty finansowe oraz gwarancje państwa dla wybranych produktów, które zabezpieczają ubezpieczyciela przed skutkami zdarzeń katastrofalnych lub o nieznanym rozkładzie szkód. Dowodzi to innowacyjności tej branży w reagowaniu na potrzeby rynku, a w przypadku gwarancji Skarbu Państwa, przydatności państwa w realizacji polityki społecznej i gospodarczej.

Reasekuracja to metoda dalszego rozproszenia ryzyka. Zdarzenia katastrofalne w skali całej planety mają charakter losowy. Jeżeli jednak powódź wystąpi w Polsce, to z dużą dozą pewności można założyć, że nie wystąpi np. w Hiszpanii. Reasekuratorzy umawiają się z zakładami ubezpieczeń w danych krajach, że w zamian za wynagrodzenie będą partycypować w wypłacie świadczeń. Podobnie jak w ubezpieczeniach, świadczenie reasekuratora jest warunkowe – zależy od wystąpienia np. klęski żywiołowej w Polsce lub w Hiszpanii. Prawdopodobieństwo, że powódź wystąpi zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii,

jest niewielkie, a reasekurator pobiera składkę w obu krajach. Trudno byłoby dokonać takiego rozproszenia między zakładami ubezpieczeń z jednego kraju, ponieważ przeważnie skutki powodzi dotyczą wszystkich lokalnych ubezpieczycieli w tym samym momencie. Podobnie jak w ubezpieczeniach, w reasekuracji wśród wielu podmiotów objętych reasekuracją tylko nieliczne skorzystają ze wsparcia reasekuratora. Jednak wszystkie zakłady ubezpieczeń korzystają na stabilizacji wydatków i kondycji finansowej.

Umowa ubezpieczenia stanowi integralną część ubezpieczenia i określa podstawowe prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia. Forma i sposób funkcjonowania umowy ubezpieczenia są ustalone w Kodeksie cywilnym (k.c.) oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Prawo ubezpieczeniowe w Polsce, podobnie jak w Unii Europejskiej, uległo w ostatnim czasie dużym przemianom o charakterze prokonsumenckim, np. uzależnienie wysokości składki od okresu realnej ochrony ubezpieczeniowej; wymóg poinformowania o zaleganiu z opłaceniem kolejnej raty składki przed anulowaniem umowy ubezpieczenia [zakład ubezpieczeń może anulować umowę po siedmiu dniach od momentu powiadomienia o zaleganiu z kolejną ratą składki]; zwiększone wymogi informacyjne po stronie zakładu ubezpieczeń; obowiązek przygotowania pisemnej oferty porównawczej przez brokera.

WSPÓLNOTA RYZYKA

Ubezpieczenie funkcjonuje jako wspólnota ryzyka, co pozwala na sprawniejsze i efektywniejsze zarządzanie ryzykiem. Jeżeli założymy, że w firmie A może się zdarzyć duża szkoda, np. o wartości 500 tys. zł, z prawdopodobieństwem 10 proc., to oznacza, że prawdopodobieństwo braku dużej szkody wynosi 90 proc. Gdy firma nie jest ubezpieczona, to przeciętna wartość szkody wynosi 50 tys. zł [ze wzoru na wartość oczekiwaną – prawdopodobieństwo · wartość potencjalnej straty].

Możliwy scenariusz w firmie	Łączne koszty	Koszty dla pojedynczej firmy	Prawdopodobieństwo	Wartość oczekiwana dla firmy A
Brak szkód w firmie A	0 zł	0 zł	90%	0 zł
Szkoda	500 000 zł	250 000 zł	10%	50 000 zł
Suma				50 000 zł

Zarządzający firmą mogą jednak uznać taką sytuację za niepożądaną, gdyż prawdopodobieństwo dużej straty wynosi aż 10 proc. Dlatego zależeć im będzie na zmniejszeniu ryzyka poniesienia dużej straty oraz uczynieniu ryzyka bardziej przewidywalnym. W tym celu firma A zawiąże z firmą B (o takim samym profilu ryzyka) wspólnotę ryzyka, która polegać będzie na solidarnej partycypacji w powstałych szkodach – bez znaczenia, czy miały one miejsce w firmie A czy B. Zakładając, że ryzyka dotyczące firmy A i B są niezależne, można stworzyć zestawienie potencjalnych wyników nowo zawiązanej wspólnoty ryzyka.

Możliwy scenariusz	Łączne koszty (w zł)	Koszty dla pojedynczej firmy (w zł)	Prawdo-podobieństwo	Wartość oczekiwana dla wspólnoty ryzyka (w zł)	Wartość oczekiwana dla pojedynczej firmy (w zł)
Brak szkód w firmie A i B	0	0	$90\% \cdot 90\% = 81\%$	0	0
Szkoda tylko w firmie A	500 000	250 000	$10\% \cdot 90\% = 9\%$	45 000	22 500
Szkoda tylko w firmie B	500 000	250 000	$90\% \cdot 10\% = 9\%$	45 000	22 500
Szkoda w firmie A i B	1 000 000	500 000	$10\% \cdot 10\% = 1\%$	10 000	5000
Suma				100 000	50 000

Utworzenie wspólnoty ryzyka z dwóch firm powoduje zmniejszenie prawdopodobieństwa poniesienia kosztów dużej straty. Efekt zwiększy się po poszerzeniu wspólnoty ryzyka. Załóżmy, że do firmy A i B dołączy firma C (o takim samym profilu ryzyka) i razem zawiążą wspólnotę ryzyka, która polegać będzie na solidarnej partycypacji w powstałych szkodach bez znaczenia, czy miały one miejsce w firmie A, B czy C. Zakładając, że ryzyka dotyczące firmy A, B i C są niezależne, można stworzyć zestawienie potencjalnych wyników nowo zawiązanej wspólnoty ryzyka.

Możliwy scenariusz	Łączne koszty (w zł)	Koszty dla pojedynczej firmy (w zł)	Prawdo-podobieństwo	Wartość oczekiwana dla wspólnoty ryzyka (w zł)	Wartość oczekiwana dla pojedynczej firmy (w zł)
Brak szkód w firmie A, B i C	0	0	$90\% \cdot 90\% \cdot 90\% = 72,9\%$	0	0
Szkoda tylko w firmie A	500 000	166 666,67	$10\% \cdot 90\% \cdot 90\% = 8,1\%$	40 500	13 500
Szkoda tylko w firmie B	500 000	166 666,67	$90\% \cdot 10\% \cdot 90\% = 8,1\%$	40 500	13 500
Szkoda tylko w firmie C	500 000	166 666,67	$90\% \cdot 90\% \cdot 10\% = 8,1\%$	40 500	13 500
Szkoda tylko w firmie A i B	1 000 000	333 333,33	$10\% \cdot 10\% \cdot 90\% = 0,9\%$	9000	3000
Szkoda tylko w firmie A i C	1 000 000	333 333,33	$10\% \cdot 90\% \cdot 10\% = 0,9\%$	9000	3000
Szkoda tylko w firmie B i C	1 000 000	333 333,33	$90\% \cdot 10\% \cdot 10\% = 0,9\%$	9000	3000
Szkoda w firmie A, B i C	1 500 000	500 000,00	$10\% \cdot 10\% \cdot 10\% = 0,1\%$	1500	500
Suma				150 000	50 000

Jak widać na powyższych symulacjach, wraz ze zwiększaniem się liczebności wspólnoty ryzyka nie zmienia się wartość oczekiwana dla pojedynczej firmy, lecz pozostaje ona wciąż na poziomie 50 000 zł. Zmienia się natomiast rozkład prawdopodobieństwa ponoszenia kosztów powstałych szkód, maleje prawdopodobieństwo braku szkody (odpowiednio 90 proc., 81 proc. i 72,9 proc.), ale w jeszcze szybszym tempie maleje prawdopodobieństwo poniesienia kosztów pełnej szkody, tj. 500 000 zł (odpowiednio 10 proc., 1 proc. i 0,1 proc.). Rośnie natomiast prawdopodobieństwo szkody oscylującej w pobliżu 50 000 zł (wartości oczekiwanej dla pojedynczej firmy). Wraz ze wzrostem liczby uczestników wspólnoty ryzyka powyższe tendencje będą się pogłębiały. Przy dostatecznie dużej liczbie uczestników roczny koszt udziału we wspólnocie z bardzo dużym prawdopodobieństwem osiągnie 50 tys. zł, czyli wartość oczekiwaną. Przykład ten pokazuje prawdziwy sens zawiązania wspólnoty ryzyka. Nie jest nim bynajmniej uniknięcie wszelkich kosztów, ale ograniczenie niepewności co do skutków przyszłych zdarzeń do wartości oczekiwanej, a co za tym idzie możliwość bardziej efektywnego wykorzystania kapitałów firmy i zminimalizowania skutków zdarzeń katastrofalnych.

Ubezpieczenie bez potrzeby tworzenia rezerw pozwala na angażowanie się w ryzykowne przedsięwzięcia bez obawy o utratę wszystkiego, bardziej efektywne wykorzystanie kapitału i przysporzenie dodatkowych zysków w związku ze zwiększeniem produkcji i usług.

2. Skutki społeczno-ekonomiczne ubezpieczeń

WAŻNIEJSZE EFEKTY STOSOWANIA UBEZPIECZEŃ:

- Stabilizacja konsumpcji i zapewnienie rzeczywistej partycypacji gospodarstw domowych we współczesnym społeczeństwie i gospodarce rynkowej
- Mobilizacja oszczędności prywatnych i wspomaganie lub wręcz zastępowanie sektora publicznego w zakresie zabezpieczenia społecznego
- Wpływanie na rynek pracy – znaczący pracodawca
- Uczestnictwo instytucji finansowych w rynku finansowym
- Łagodzenie szoków gospodarczych i ważny czynnik wzrostu PKB
- Zwiększanie konkurencyjności gospodarki poprzez uwalnianie rezerw oraz lepsze zarządzanie ryzykiem (w tym rola prewencyjna)
- Wspieranie instytucji pozasądowego rozstrzygania sporów.

Zastosowanie ubezpieczenia pozwala na rozproszenie skutków określonego ryzyka na całą populację i dzięki temu ustabilizowanie poziomu konsumpcji gospodarstw domowych oraz poziomu inwestycji przedsiębiorstw. Dostęp do produktów finansowych, w tym ubezpieczeń, jest uznawany przez Komisję Europejską za ważny element normalnego funkcjonowania współczesnego społeczeństwa.⁴ Ewentualna ekskluzja finansowa objawiająca się brakiem lub utrudnieniem

4. *Financial services provision and prevention of financial exclusion*, European Commission, Brussels, March 2008, s. 6–9.

dostępu do ubezpieczeń, może zakłócić normalne funkcjonowanie gospodarstwa domowego. Wynika to ze zwiększającego się zapotrzebowania na racjonalne zarządzanie różnymi ryzykami, w tym ryzykami społecznymi. Powszechny dostęp do produktów ubezpieczeniowych jest jednym z wyznaczników rozwoju społeczno-gospodarczego. Mitem jest stwierdzenie, że ubezpieczenie jest przydatne dla osób bogatych. Jak pokazują badania, to właśnie osoby o niskich lub średnich dochodach mogą wiele skorzystać na ubezpieczeniu, uzupełniając nim lukę między bieżącymi zobowiązaniami i przychodami.⁵

Ubezpieczenia są ważnym elementem finansów zarówno pojedynczych gospodarstw domowych, jak również całej gospodarki. Produkty życiowe przyczyniają się do zwiększenia oszczędności zwłaszcza tych długookresowych. Wraz z funduszami emerytalnymi stanowią one 47 proc. udziału w długoterminowych oszczędnościach Europejczyków.⁶ Szacuje się, że łączne aktywa zakładów ubezpieczeń i funduszy emerytalnych wynoszą 13,8 biliarda euro, co odpowiada ponad 100 proc. PKB UE.⁷

W Polsce kapitały zgromadzone w ramach produktów ubezpieczeniowych stanowią około 5 proc. ogółu oszczędności osób indywidualnych i charakteryzują się dużą dynamiką.⁸ Cel takich oszczędności może być różnorodny, do najważniejszych z nich należą potrzeby edukacyjne dzieci i zabezpieczenie na starość.

Znaczenie ubezpieczeń będzie rosnąć wraz ze zmniejszaniem zakresu i poziomu świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego i systemu ochrony zdrowia, co można uznać za specyficzny przykład partnerstwa publiczno-prywatnego.⁹ Koncepcja partnerstwa publiczno-prywatnego opiera się na zapewnianiu przez instytucje prywatne usług i świadczeń użytecznych społecznie (posiadających cechy dobra publicznego) w ramach prawnych ściśle określonych przez państwo. Partnerstwo publiczno-prywatne może dotyczyć również innych ryzyk, np. takich jak ryzyko gospodarowania w rolnictwie.¹⁰ Sposób działania zakładu ubezpieczeń ułatwia nawet finansowanie skutków zdarzeń katastrofalnych, a ubezpieczenie pozwala uniknąć strat wynikających z utraconej produkcji. Na przykład brak ubezpieczenia kłęsk żywiołowych powoduje konieczność ponoszenia kosztów makroekonomicznych również w długim okresie.¹¹

W wielu krajach stosowana jest konstrukcja *poolu* ubezpieczeniowego, który przymusowo lub dobrowolnie zrzesza zakłady ubezpieczeń w celu zapewnienia lepszego rozproszenia ryzyka. Takie finansowanie zapewnia ochronę ubezpieczeniową potrzebującym, zmniejsza finansowe obciążenie państwa związane z realizacją ryzyka katastrofalnego, umożliwia łatwiejszy transfer ryzyka

-
5. *Coping with crises: household protection needs*, NMG Financial Services Consulting Ltd, ABI Insurance Market Study No 5, 2008; J. Morduch, *Micro-insurance: the next revolution?*, New York University, New York 2004.
 6. *The EU market for consumer long-term retail savings vehicles. Comparative analysis of products, market structure, costs, distribution systems and consumer saving patterns*, BME Consulting, 15 November 2007, s. 24.
 7. Przegląd zmian stanu środków pieniężnych i ich ekwiwalentów 170 dużych europejskich przedsiębiorstw niefinansowych ocenianych przez agencję Fitch oraz [za:] Zielona Księga. Długoterminowe finansowanie gospodarki europejskiej, Komisja Europejska, Bruksela 2013, s. 10.
 8. Oszczędności gospodarstw domowych (grudzień 2012), Analizy Online, <http://www.analizy.pl/> [11.03.2013].
 9. *The role of insurance in the provision of pension revenue*, CEA Statistics No 28, CEA, September 2007; *The European health insurance market in 2005*, CEA Statistics No 30, CEA, May 2007; *Pensions for an ageing society: choices and solutions*, CEA, November 2005.
 10. *Insurance solutions for an changing society: between public and private*, CEA, June 2005.
 11. G. von Peter, S. von Dahlen, S.C. Saxena, *Unmitigated disasters? New evidence on the macroeconomic cost of natural catastrophes*, BIS Working Papers, No 394, December 2012.

na międzynarodowy rynek reasekuracyjny oraz poprzez prewencję ubezpieczeniową przyczynia się do stosowania bezpieczniejszych metod i technik zmniejszających ekspozycję na ryzyko.¹²

Udział świadczeń w PKB, szczególnie w latach kiedy miały miejsce zdarzenia katastrofalne, w pełni ukazuje stabilizacyjny efekt ubezpieczeń dla poziomu produkcji, ale również oszczędności gospodarstw domowych, przychodów firm oraz państwa.¹³ Sprawne finansowanie szkód powstałych w wyniku katastrof zmniejsza ryzyko niepokojów społecznych i zwiększa poziom zaufania obywateli do państwa i instytucji finansowych, jest przykładem efektywnego i skutecznego partnerstwa publiczno-prywatnego.¹⁴

W tym kontekście negatywnie należy ocenić wypłacanie poszkodowanym w trakcie kataklizmów bezzwrotnych świadczeń finansowanych ze Skarbu Państwa. Po pierwsze pomoc taka, z uwagi na relatywnie małą wartość w odniesieniu do poniesionych strat, nie zapewnia pełnej kompensaty i ma charakter bardziej propagandowy aniżeli praktyczny. Po drugie nagłaśnianie tego typu działań zmniejsza przezroczność społeczeństwa i tworzy iluzję bezwarunkowej, bezpłatnej i nieograniczonej pomocy państwa. Po trzecie demotywuje osoby, które samodzielnie podjęły odpowiednie działania antycypacyjne.

UWAGA

W Polsce największe zagrożenie stanowią powodzie i osunięcia ziemi (98 proc. zdarzeń o charakterze katastrofalnym), na które narażone jest ok. 1 proc. populacji, czyli około 380 tys. osób (prawdopodobieństwo tych zdarzeń wynosi 1 proc. w każdym kolejnym roku, czyli raz na sto lat). Istnieje 5-proc. ryzyko, że roczne straty związane z powodzią lub osunięciem ziemi wyniosą ok. 1 miliarda dolarów.¹⁵ Coraz częściej jednak do zdarzeń katastrofalnych zalicza się susze, szczególnie dotkliwe dla rolnictwa. Z uwagi na proces stepowania obszaru Polski znaczenie tego ryzyka będzie rosnąć.

Ubezpieczenie funkcjonuje jako makroekonomiczny stabilizator gospodarczy¹⁶ łagodząc szoki związane z występowaniem ryzyk, jak również przyczynia się do wzrostu PKB. Udział składki ubezpieczeniowej ogółem w PKB w krajach Unii Europejskiej w roku 2011 wyniósł 7,1 proc.¹⁷ Rynek ubezpieczeniowy w Europie powoli staje się jednym rynkiem, który pozwala na swobodną sprzedaż polis we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Branża ubezpieczeniowa jest też ważnym

12. Ch. Pusch, *Preventable losses: saving lives and property through hazard risk management. A comprehensive risk management framework for Europe and Central Asia*, Disaster Risk Management Working Paper Series no. 9, The World Bank, Washington October 2004, s. 27.

13. P.K. Freeman, L.A. Martin, R. Mechler, K. Warner i P. Hausmann, *Catastrophes and development: integrating natural catastrophes into development planning*, Disaster Risk Management Working Paper Series no. 4, The World Bank, Washington June 2002, s. 36–41.

14. *Reducing the social and economic impact of climate change and natural catastrophes: insurance solutions and public-private partnerships*, CEA Insurers of Europe, Brussels, June 2007.

15. Ch. Pusch, dz. cyt., s. 64–65.

16. G.E. Rejda, *Unemployment insurance as an automatic stabilizer*, „The Journal of Risk and Insurance”, vol. 33, no. 2, June 1966, s. 195–208.

17. *World Insurance in 2011*, Sigma, Swiss Re, No 3/2012, s. 39.

pracodawcą. W 33 krajach europejskich, w których występują zakłady ubezpieczeń zrzeszone w Insurance Europe, zatrudnionych było około 740 tys. osób (2011 r.). W Polsce bezpośrednio w zakładach ubezpieczeń jest zatrudnionych ponad 27 tys. osób.¹⁸ Szacuje się, że w całej branży ubezpieczeniowej pracuje ponad 250 tys. osób¹⁹. Tym samym sektor ubezpieczeniowy ma istotny wpływ na lokalny rynek pracy.

UWAGA

Jak w przypadku każdej działalności, może powstać spór między klientem i zakładem ubezpieczeń.²⁰ W Polsce stosunkowo dobrze rozwinięte jest pozasądowe rozstrzyganie sporów, na które składa się głównie działalność Rzecznika Ubezpieczonych, wykorzystującego metody mediacji i koncyliacji. Warto zwrócić uwagę, że Rzecznik Ubezpieczonych nie posiada uprawnień do nakazania zmiany stanowiska zakładu ubezpieczeń, jak w przypadku *ombudsmana* Wielkiej Brytanii lub Irlandii. Mimo to wskaźnik skuteczności (odsetek zmiany stanowiska ubezpieczyciela w związku z podjęciem interwencji przez Rzecznika Ubezpieczonych) nie odbiega znacząco od poziomu w odniesieniu do wspomnianych krajów. Rzecznik Ubezpieczonych dzięki uczestnictwu w europejskiej sieci FIN-NET pomaga również w sporach z zakładem ubezpieczeń, który ma siedzibę w innym kraju Unii Europejskiej.²¹

W odróżnieniu od Rzecznika Ubezpieczonych sądy polubowne, takie jak Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego czy Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych, wykorzystują arbitraż [jeżeli próba mediacji się nie powiedzie]. Na arbitraż muszą wyrazić zgodę obie strony sporu, a wynik arbitrażu (wyrok sądu arbitrażowego) jest wiążący dla obu stron i jest traktowany na równi z wyrokiem sądu powszechnego.

18. *Ubezpieczenia w liczbach 2012, Rynek ubezpieczeń w Polsce*, PIU, 2013.

19. *Ibidem*.

20. W przypadku podejrzenia systemowego naruszenia interesów konsumentów interwencje może podjąć Komisja Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl) lub Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (www.uokik.gov.pl).

21. Polski Rzecznik Ubezpieczonych nie jest *ombudsmanem*, ponieważ *ombudsman* co do zasady powinien zapewnić niezależność i bezstronność. Zgodnie z art. 5 ust 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. z dnia 16 lipca 2003 r.), Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków otwartych funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych. Więcej na temat funkcjonowania i działań podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych: www.rzu.gov.pl.

II. Polski rynek ubezpieczeniowy

1. Historia sektora ubezpieczeń w Polsce

Historia ubezpieczeń w Polsce:

- Ubezpieczenia przed rozbiorami i w trakcie rozbiorów
- Ubezpieczenia w II Rzeczypospolitej
- Ubezpieczenia w trakcie II wojny światowej
- Ubezpieczenia w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej

Przełom społeczno-gospodarczy, który nastąpił w roku 1989, mógł wywołać wrażenie, że to co było wcześniej, było kiepskie lub w najlepszym przypadku nienowoczesne. Ubezpieczenia z okresów wcześniejszych najczęściej kojarzy się z PRL i monopolem państwa. Mało kto zdaje sobie sprawę, że ubezpieczenia na polskich ziemiach zaczęły funkcjonować o wiele wcześniej. Już w XV w. istniały kasy brackie, które oprócz innych funkcji zapewniały świadczenie w sytuacji wypadku przy pracy. W XVII i XVIII w. rozwinęły się tzw. porządki ogniowe, które oprócz funkcji prewencyjnych spełniały również funkcję kompensacyjną. W zaborze pruskim od roku 1803 funkcjonowały publicznoprawne zakłady ubezpieczeń, które ubezpieczały (przymusowo) w zakresie ryzyka pożaru oraz ryzyk związanych z prowadzeniem gospodarstwa rolnego. Z czasem ubezpieczenia pojawiły się również w pozostałych dwóch zaborach. W drugiej połowie XVIII w. częściowo zrezygnowano z przymusu i stworzono możliwość działania prywatnych podmiotów.

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. wprowadzono przymus i monopolizację ubezpieczenia budynków od ognia (Polska Dyrekcja Ubezpieczeń Wzajemnych przemianowana później na Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych), ale pozostawiono swobodę w zakresie pozostałych ubezpieczeń, z czego korzystały liczne prywatne zakłady ubezpieczeń. Mimo przejściowych problemów związanych z hiperinflacją na początku lat dwudziestych oraz kryzysu w latach trzydziestych XX w., rynek ubezpieczeń rozwijał się prężnie. Powszechnie dostępne już były bardziej wyrafinowane produkty ubezpieczeniowe, w tym ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej czy ubezpieczenie na życie.

W 1920 r. w Poznaniu powstało Towarzystwo Reasekuracyjne WARTA SA założone przez kilka instytucji: Krajowe Ubezpieczenie Ogniowe, Krajowe Ubezpieczenie na Życie, Poznański Bank Ziemian oraz Związek Producentów Rolnych. Natomiast w roku 1927 działalność rozpoczęła Grupa Prudential. Bardzo dobrze rozwijały się wówczas lokalne inicjatywy ubezpieczeniowe w postaci towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które zakładali sami zainteresowani, czyli ubezpieczający. Świadczy to również o regionalnym charakterze ówczesnych ubezpieczeń oraz ich zakotwiczeniu w społecznościach lokalnych.

Ubezpieczenia w ograniczonym zakresie działały również w czasie drugiej wojny światowej. Pracownicy Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych (PZUW) brali udział w organizacji oddziałów straży pożarnej oraz angażowali się w działalność konspiracyjną, czym przyczynili się m.in. do uratowania wielu istnień ludzkich. Natomiast już w dwa tygodnie po ustaniu działań wojennych PZUW wznowił pracę i wziął czynny udział w odbudowie zniszczonych budynków.

W okresie powojennym, mimo monopolizacji i nacjonalizacji, ubezpieczenia nadal były obecne. Szczególnie rozwinęły się ubezpieczenia obowiązkowe w rolnictwie i transporcie. W znacznie mniejszym zakresie funkcjonowały ubezpieczenia osobowe. Pewne próby przerwania tego monopolu podjęto w roku 1984 i 1989, jednak dopiero ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59 z 1990 r., poz. 344) wprowadziła rozwiązania, które wpłynęły na natychmiastowy wzrost liczby podmiotów i otworzyła nowy rozdział w rozwoju rynku ubezpieczeniowego.

Reasumując, należy zauważyć, że tradycje ubezpieczeniowe w Polsce są długie i chlubne. Branża ubezpieczeniowa już od ponad dwóch wieków wspiera rozwój i zabezpiecza mienie oraz życie Polaków. Mimo różnych trudności, głównie w okresie powojennym, dobre tradycje ubezpieczeniowe są wciąż obecne na polskim rynku, a współczesne zakłady ubezpieczeń chętnie do nich nawiązują.

2. Teraźniejszość sektora ubezpieczeń w Polsce i trendy rozwoju

Od roku 1990 sektor ubezpieczeń działa w oparciu o wciąż unowocześniane regulacje prawne zgodne z bieżącymi wytycznymi Unii Europejskiej. W niektórych obszarach polskie regulacje wyprzedzają europejskie standardy, dotyczy to np. stosunków cywilno-prawnych związanych umową ubezpieczenia oraz informacji przekazywanej ubezpieczonym. Obecnie polski rynek funkcjonuje na podstawie czterech ustaw ubezpieczeniowych i Kodeksu cywilnego. Polscy ubezpieczyciele aktywnie uczestniczą w procesie tworzenia prawa na szczeblu krajowym i unijnym.

Zakłady ubezpieczeń funkcjonujące na regulowanym rynku są instytucjami zaufania publicznego i pełnią istotną rolę w gospodarce rynkowej przez współorganizowanie rynku ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciele tworzą i finansują Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, który zabezpiecza wypłatę świadczeń w określonych sytuacjach i pełni rolę administratora systemu ubezpieczeń obowiązkowych.

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ GWARANCYJNY

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny powstał w roku 1990 jako instytucja chroniąca osoby poszkodowane przez sprawców nieposiadających obowiązkowego ubezpieczenia lub gdy sprawca szkody nie mógł być zidentyfikowany. Podstawowym zadaniem funduszu jest zaspokajanie roszczeń z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych i rolników posiadających gospodarstwa rolne za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W tym samym okresie powołano Fundusz Ochrony Ubezpieczonych, który miał zaspokajać roszczenia ubezpieczonych osób fizycznych w przypadku niewypłacalności zakładu ubezpieczeń. W roku 1995 funkcję tę przejął UFG. Z obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i ubezpieczeń budynków rolniczych, fundusz wypłaca 100 proc. należnych odszkodowań i świadczeń.

Przy czym z tytułu innych umów obowiązkowych oraz ubezpieczeń na życie w wysokości 50 proc. wiarytelności, nie więcej jednak niż kwotę stanowiącą równowartość 30 000 euro. Gwarantowanie wypłaty świadczeń z ubezpieczeń na życie nie jest częste, nawet na bardziej rozwiniętych rynkach europejskich.

Stałymi członkami funduszu są zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność ubezpieczeniową na terytorium RP w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych i obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników. Okresowo członkami funduszu stają się zakłady ubezpieczeń Działu I w sytuacji niewypłacalności jednego z nich. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny może udzielać zwrotnej pomocy finansowej zakładowi ubezpieczeń przejmującemu portfel ubezpieczeń obowiązkowych, jeżeli posiadane środki własne nie gwarantują w pełni wypłacalności tego zakładu ubezpieczeń. Dodatkowo fundusz pełni funkcję ośrodka informacji w zakresie umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz informacji dotyczących uczestników zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, oraz dane o przeprowadzonych dodatkowych badaniach technicznych po naprawie uszkodzonego pojazdu. UFG gromadzi również dane dotyczące reprezentantów do spraw roszczeń wszystkich zakładów ubezpieczeń oraz dane organu odszkodowawczego ustanowionego we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

UFG jest organem uprawnionym do kontroli spełnienia obowiązku ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników. Na podmioty niedopełniające ustawowego obowiązku ubezpieczenia Fundusz nakłada i egzekwuje opłaty karne. Działalność funduszu jest finansowana głównie z wpłat zakładów ubezpieczeń członków (w wysokości określonej przez ministra finansów), opłat karnych oraz wpływów z tytułu roszczeń regresowych. Działalność funduszu reguluje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

NAJWAŻNIEJSZE PRZEPISY PRAWA Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ

Działalność zakładów ubezpieczeń jest ściśle regulowana przepisami prawa. Są to regulacje krajowe, obecnie w dużej mierze wynikające z implementacji w Polsce prawa europejskiego. Pojawia się także coraz więcej rozporządzeń Komisji Europejskiej i wytycznych EIOPA, które są stosowane bezpośrednio, są wiążące, ale nie wymagają implementacji do polskiego prawa. Za regulacje rynku ubezpieczeniowego odpowiada minister finansów. Legalność funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego, zgodnie z przepisami prawa, kontroluje Komisja Nadzoru Finansowego, niezależny organ nadzorczy.

- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, Dz. U. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Dz. U. Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.
- Kodeks cywilny – Tytuł XXVII – Umowa ubezpieczenia, Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

Solvency II (Wyłączalność II) – to projekt regulacyjny, który zaowocował nową dyrektywą regulującą rynek ubezpieczeniowy – „Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłączalność II) [wersja przekształcona] (Tekst mający znaczenie dla EOG)”- Dz. U. L Nr 335, 17.12.2009, s. 1.

Założenia projektu Solvency II są następujące:

- Kompleksowa ocena sytuacji zakładu ubezpieczeń pod względem wyłączalności („overall solvency”) przez organy nadzoru wymaga wprowadzenia obok czynników ilościowych system uwzględniający również jakościowe aspekty działalności zakładów, np. zarządzanie, kontrolę wewnętrzną.
- Nowy system ma promować właściwe zarządzanie ryzykami przez zakłady ubezpieczeń.
- Ilościowe wymogi kapitałowe powinny mieć konstrukcję dwupoziomową: kapitał docelowy i kapitał minimalny. Konstrukcja taka jest ważna, aby organy nadzoru miały niezbędny czas na podjęcie stosownych działań naprawczych.
- Nowy system zapewni bardziej efektywny nadzór nad ubezpieczeniowymi grupami kapitałowymi i konglomeratami finansowymi.
- Solvency II ma zapewnić harmonizację europejskich standardów nadzorczych, rachunkowych i sprawozdawczych.

„Konstrukcja nowego systemu wyłączalności zaproponowana w ramach projektu Wyłączalność II opiera się na strukturze trzech wzajemnie powiązanych ze sobą filarów, którym przyporządkowane zostały odrębne kategorie ryzyka, związanego z prowadzoną przez zakład ubezpieczeń działalnością.

1. Filar I obejmuje kwantyfikowalne rodzaje ryzyka działania zakładu ubezpieczeń. Celem prac prowadzonych w ramach Filaru I jest opracowanie wymagań kapitałowych uwzględniających wszystkie mierzalne rodzaje ryzyka działalności zakładu ubezpieczeń, a także określenie zasad i zakresu stosowania tak zwanych modeli wewnętrznych oceny ryzyka zakładu ubezpieczeń.

2. Filar II obejmuje te rodzaje ryzyka zakładu ubezpieczeń, które nie zostaną uwzględnione na poziomie Filaru I oraz ponadto standardowe procedury nadzoru. Prace prowadzone w ramach Filaru II mają na celu opracowanie narzędzi efektywnego monitorowania i kontroli ryzyka, na które narażony jest zakład ubezpieczeń, zarówno wewnętrznych narzędzi spółki, jak też narzędzi nadzorczych. Zgodnie z założeniami Filaru II, w ocenie wyłączalności powinny zostać uwzględnione indywidualne cechy, w tym również o charakterze jakościowym, konkretnego zakładu. Do zagadnień pozostających w obszarze zainteresowania Filaru II zalicza się m.in. jakość zarządzania przedsiębiorstwem, kontroli wewnętrznej i audytu. Ponadto w Filarze II zawierają się reguły sprawowania i harmonizacji standardów nadzoru oraz zasady współpracy między nadzorcami.

3. Filar III obejmuje narzędzia samoregulacji rynku poprzez tworzenie warunków jego transparentności, określenie obowiązków informacyjnych oraz wypracowanie odpowiednich rozwiązań (standardów) w zakresie rachunkowości”. (źródło: KNF)

Jeszcze przed wprowadzeniem w życie dyrektywy Solvency II, z uwagi na istotne zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, zdecydowano się na jej nowelizację – projekt dyrektywy Omnibus II. Inicjatywa ta ma na celu wdrożenie Europejskiego Systemu Nadzoru Finansowego. Projekt dyrektywy Omnibus II zawiera 3 główne obszary zmian do dyrektywy Solvency II:

- 1) Wskazanie kwestii, w których EIOPA uprawniona będzie do mediacji pomiędzy krajowymi organami nadzoru.
 - 2) Ustanowienie przepisów przejściowych w celu ułatwienia zakładom ubezpieczeń przejścia do funkcjonowania w systemie Solvency II.
 - 3) Ustanowienie delegacji dla Komisji Europejskiej do przyjmowania aktów poziomu 2 i 3 (wiążących prawnie) w zakresie systemu Solvency II.
- Prace nad uchwaleniem dyrektywy Omnibus II wciąż trwają.

Działalność ubezpieczeniową w Polsce można prowadzić w różnych formach prawnych:

- poprzez siedzibę ustanowioną w Polsce,
- poprzez główny oddział, gdy siedziba zakładów ubezpieczeń jest w jednym z państw członkowskich UE lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (EEA),²³
- poprzez główny oddział, gdy siedziba zakładów ubezpieczeń jest poza jednym z państw członkowskich UE lub poza jednym z państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (EEA),
- na podstawie swobody świadczenia usług, gdy działalność została notyfikowana polskiemu nadzorowi ubezpieczeniowemu (dotyczy tylko sytuacji, gdy siedziba zakładów ubezpieczeń jest w jednym z państw członkowskich UE).

Różnica sprowadza się głównie do organu nadzorującego działalność zakładu ubezpieczeń. W przypadku sprzedaży ubezpieczeń na podstawie swobody świadczenia usług (bez ustanowienia siedziby lub oddziału głównego) nadzór sprawuje instytucja właściwa dla siedziby zakładu ubezpieczeń. W pozostałych przypadkach, gdy zakład ubezpieczeń działa w formie siedziby lub oddziału głównego, nadzór sprawuje Komisja Nadzoru Finansowego. Zakres działań nadzorczych KNF jest szerszy w przypadku funkcjonowania w formie siedziby.

W Tabeli 1 przedstawiono liczbę zakładów oferujących ubezpieczenia w Polsce w zależności od formy funkcjonowania, przy czym ubezpieczenie osobowe to ubezpieczenie, którego przedmiotem jest zdrowie lub życie ubezpieczonego. Ubezpieczenie majątkowe to ubezpieczenie, którego przedmiotem są zasoby lub zobowiązania ubezpieczonego, np. ubezpieczenie domów, ubezpieczenia OC, ubezpieczenie na wypadek utraty pracy.

Dział I – to ubezpieczenia na życie związane z ryzykiem zgonu lub dożycia określonego wieku oraz chorobowe i wypadkowe występujące w połączeniu z wcześniejszymi produktami.

Dział II – to pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe (takie jak chorobowe i wypadkowe występujące autonomicznie lub w połączeniu z produktami majątkowymi).

²³ Główny oddział – oddział zakładu ubezpieczeń, w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z późn. zm.), mającego siedzibę w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej albo zakładu reasekuracji mającego siedzibę w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej.

Tabela 1. Liczba zakładów ubezpieczeń oferujących ubezpieczenia w Polsce (grudzień 2012)

	Zakład z siedzibą w Polsce		Oddziały główne z siedzibą w innym kraju	Zakłady, które notyfikowały swoją działalność w Polsce
	w formie spółki akcyjnej	w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych		
Dział I	26	2	4	583
Dział II	24	6	18	

Źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl.

Kapitał własny ubezpieczycieli w roku 2012 osiągnął 35,7 mld zł (ok. 3 proc. PKB), zaś składka przypisana brutto wyniosła ponad 36 mld zł (2,3 proc. PKB) w Dziale I oraz ponad 26 mld zł (1,6 proc.) w Dziale II. Lokaty, którymi zarządzały zakłady ubezpieczeń, stanowiły ponad 146 mld zł, tj. 9,2 proc. PKB.

W Dziale I funkcjonowało ponad 21,2 mln polis (2012 rok), a wypłacono ponad 3,6 mln świadczeń, natomiast w Dziale II sprzedano ponad 47 mln ubezpieczeń i wypłacono ponad 4,3 mln odszkodowań i świadczeń. Odszkodowania i świadczenia wypłacone przez zakłady ubezpieczeń stanowiły łącznie około 2,5 proc. PKB (1,6 proc. PKB Dział I i 0,9 proc. PKB Dział II). Różnica między składką przypisaną brutto i wypłaconymi odszkodowaniami i świadczeniami wynika z kosztów tworzenia wspólnoty ryzyka, w tym z kosztów akwizycji, kosztów administracyjnych, kosztów reasekuracji, narzutów bezpieczeństwa na zwiększoną szkodowość, udziału reasekuratora, zysku zakładu ubezpieczeń oraz części oszczędnościowej w przypadku ubezpieczeń życiowych z funkcją kapitałową. Przyczynia się do tego również fakt, że ubezpieczenia życiowe mają dłuższy cykl funkcjonowania wypłaty świadczenia i następują zwykle kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt lat po zawarciu umowy.

Podstawowe wskaźniki pokazujące bezpieczeństwo rynku ubezpieczeniowego zostały przedstawione w Tabeli 2. Główne wskaźniki bezpieczeństwa, czyli wskaźnik monitorowania działalności oraz wskaźnik pokrycia rezerw, są na zadowalającym poziomie. Dobrą sytuację polskiego rynku ubezpieczeniowego potwierdza utrzymanie na satysfakcjonującym poziomie wskaźnika pokrycia rezerw. Rolą nadzoru ubezpieczeniowego jest dbanie o utrzymanie ich na bezpiecznym poziomie, umożliwiającym jednocześnie oferowanie ubezpieczeń o akceptowalnej wysokości składek.

Tabela 2. Wskaźniki ustawowe i współczynnik wypłacalności w Polsce w latach 2010 i 2011

Wskaźniki ustawowe	Ogółem	Ogółem
	31.12.2010	31.12.2011
Wskaźnik monitorowania działalności	351,71%	351,71%
Wskaźnik pokrycia rezerw	113,61%	113,24%
Współczynnik wypłacalności	51,29%	49,47%
Dział I		
Wskaźnik monitorowania działalności	316,59%	318,31%
Wskaźnik pokrycia rezerw	109,06%	107,91%
Współczynnik wypłacalności	39,88%	37,66%
Dział II		
Wskaźnik monitorowania działalności	390,48%	384,88%
Wskaźnik pokrycia rezerw	124,52%	124,11%
Współczynnik wypłacalności	68,97%	66,61%

Źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl.

DEFINICJE:

Wskaźnik monitorowania działalności – $(\text{Środki własne} / \max(\text{margines wypłacalności, kapitał gwarancyjny})) \cdot 100\%$

Wskaźnik pokrycia rezerw – $(\text{Aktywa na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych} / \text{rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe}) \cdot 100\%$

Współczynnik wypłacalności – $(\text{Środki własne} / \text{składka przypisana na udziale własnym}) \cdot 100\%$

Środki własne – Dostępne aktywa zakładu ubezpieczeń nieobciążone prawami osób trzecich, które nie są przeznaczone na pokrycie przewidywanych zobowiązań.

Margines wypłacalności – Wielkość nieobciążonych żadnymi zobowiązaniami aktywów, jaką powinien dysponować ubezpieczyciel w celu zabezpieczenia ciągłości wypłacania świadczeń ubezpieczeniowych.

Kapitał gwarancyjny – Kapitał niezbędny do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Jego wysokość jest uzależniona od wielkości i dynamiki zbieranych składek oraz minimalnego kapitału gwarancyjnego, ustalonego w rozporządzeniu ministra finansów.

Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe – Rezerwy związane z potencjalnymi przyszłymi zobowiązaniami zakładu ubezpieczeń wynikającymi z zawartych umów ubezpieczenia.

Aktywa na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych – Aktywa spełniające ustawowe limity inwestycyjne.*

Składka przypisana brutto – Cała składka należna w danym okresie za objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Składka przypisana na udziale własnym – Cała składka należna w danym okresie rozrachunkowym pomniejszona o udział w składce reasekuratora.

* Więcej patrz art. 148 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 03.124.1151 z późn. zm.)

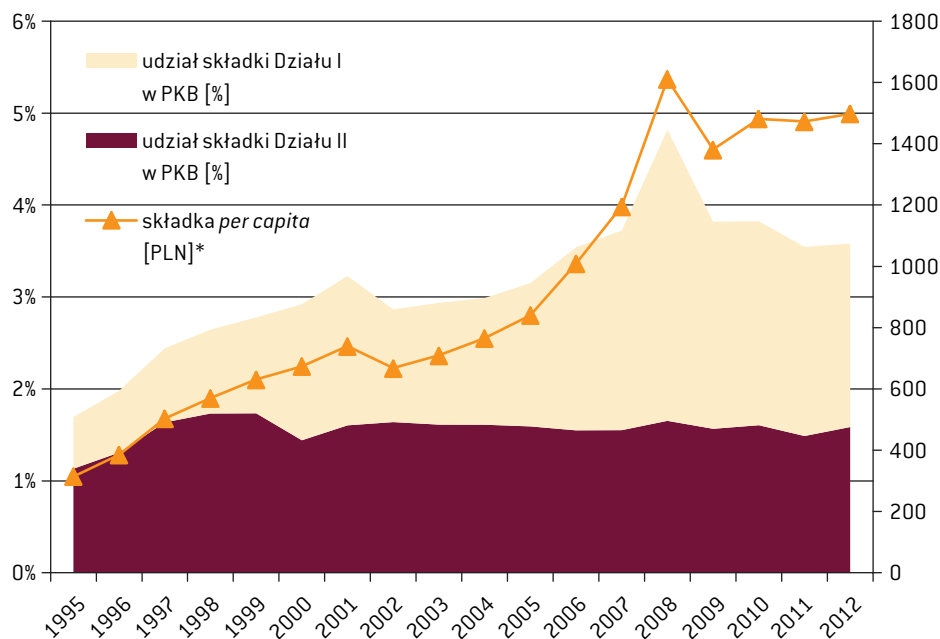
Określając trend rozwoju ubezpieczeń w Polsce należy odnotować, że obowiązuje tutaj generalna zasada, że wzrost składki jest skorelowany ze wzrostem gospodarczym (Wykres 1). Załamanie jakie przeżywał polski rynek ubezpieczeń w roku 2002 wskazuje, że zdarzają się również przejściowe trudności, które można jednak stosunkowo szybko przezwyciężyć i nadrobić.²⁴

Poważniejsze konsekwencje wywołał kryzys finansowy, który rozpoczął się w 2007 r. W Polsce załamanie przyrostu składki wystąpiło jedynie dla składki w dziale I, głównie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym (np. ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Pierwsza faza załamania związana była z wycofaniem się klientów z produktów, w których

24 Załamanie zanotowane w roku 2002 było spowodowane masową rezygnacją przez ubezpieczonych z zawartych ubezpieczeń życiowych. Wśród wskazywanych różnic najczęściej wymieniano niedostosowanie produktu do potrzeb klienta i brak zrozumienia konstrukcji produktu przez ubezpieczonego. Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych, Zjawisko rezygnacji z ubezpieczeń życiowych, Zeszyt 1/2004, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Z obserwacji rynku można zaobserwować, że nastąpiła poprawa jakości sprzedaży, nadal jednak należy podejmować działania zmierzające do podniesienia profesjonalizmu pośrednictwa ubezpieczeniowego i poziomu świadomości ubezpieczeniowej konsumentów.

ponosili oni ryzyko inwestycyjne. Druga faza tego zjawiska wynikała m.in. z działań nadzoru (KNF), który zwrócił uwagę na zbyt dużą koncentrację aktywów zakładów ubezpieczeń w pojedynczych instytucjach kredytowych.

Wykres 1. Udział składki ubezpieczeniowej w PKB [%] oraz składka *per capita* [PLN] w Polsce w latach 1995–2012



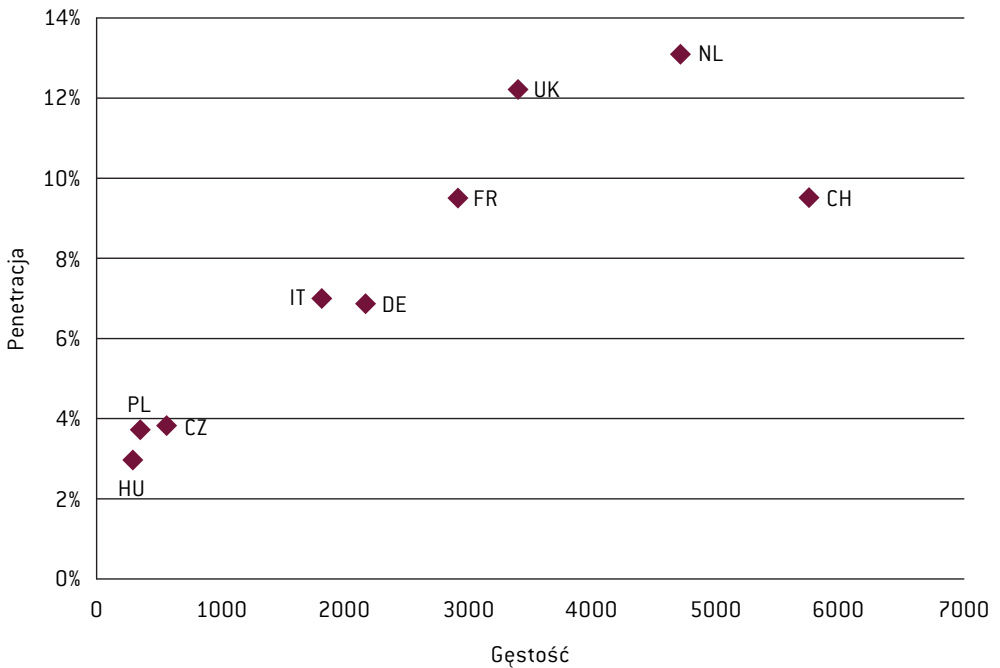
* Wielkości w PLN podawane są w wartościach realnych z 2012 r. po przeliczeniu o wskaźniki inflacji publikowane przez GUS.

Źródło: KNF i GUS.

Zważywszy na prawie nieustanne utrzymywanie się trendu rosnącego, ocena względna polskiego rynku, w odniesieniu do poziomu rozwoju kraju, jest dosyć dobra. Bezwzględna ocena naszego rynku i krajów o podobnym stopniu rozwoju (Czechy i Węgry), w odniesieniu do największych rynków europejskich (3 proc. i więcej udziału w rynku europejskim), nie jest jednak jednoznaczna. Duża dynamika rozwoju oraz realny przyrost składki przypisanej, jak również innych wskaźników, powoduje systematyczne, niezbyt dynamiczne, biorąc pod uwagę możliwości, zmniejszanie dystansu, jaki dzieli polski rynek, ale również czeski i węgierski, od największych rynków europejskich. Choć należy przyznać, że jest on wciąż duży i pokazuje potencjał rozwoju, jaki tkwi w tej branży.

Różnice wskaźnika penetracji (składka przypisana brutto jako procent PKB) lub wskaźnika gęstości (przeciętnej wysokości składki na osobę) mogą wynikać z przyczyn historycznych, jak również uwarunkowań kulturowych. Analizując powyższe wskaźniki należy dokładnie przeanalizować elementy składkowe. Składka przypisana brutto, która używana jest do konstrukcji wskaźników, zawiera w sobie część przekazywaną reasekuratorowi. Dlatego istotne jest również

Wykres 2. Wskaźnik penetracji [%] i gęstości [€] w wybranych krajach europejskich w roku 2008



Źródło: CEA i Eurostat.

wzięcie pod uwagę wskaźnika retencji, czyli części składki, która zostaje w zakładzie ubezpieczeń. Wskaźnik retencji może się różnić między krajami. Dodatkowo wraz z rozwojem jednolitego rynku ubezpieczeniowego coraz więcej zakładów ubezpieczeń posiadających siedzibę na terenie Unii Europejskiej oferuje ochronę ubezpieczeniową poza krajem siedziby na podstawie zasady swobodnego przepływu produktów i usług.

Niebagatelny wpływ na wskaźnik penetracji i gęstości ma udział ubezpieczeń obowiązkowych lub quasi-obowiązkowych. Niewielki poziom lub zakres ochrony zapewniany przez system zabezpieczenia społecznego wymusza większy udział indywidualnych form finansowania skutków występowania ryzyk społecznych. Dotyczy to w głównej mierze ryzyka choroby i starości.

Innym niezwykle istotnym elementem jest wielkość produktu krajowego brutto. Warto wskazać, że wskaźnik ten uwzględnia jedynie oficjalny obrót w gospodarce. W krajach, gdzie dużo osób pracuje poza oficjalnym obiegiem,²⁵ może on być znacząco zaniżony i nie odzwierciedlać realnego potencjału gospodarczego.

²⁵ Do tej kategorii należą nie tylko zatrudnieni na czarno, ale również osoby zajmujące się nieodpłatnie gospodarstwem domowym.

UBEZPIECZENIA WOBEC KRYZYSU FINANSOWEGO

Kryzys finansowy, jaki rozpoczął się w roku 2008, jest dowodem na to, że konserwatywna polityka inwestycyjna i właściwe zarządzanie ryzykiem są najlepszą strategią. Zakłady ubezpieczeń prowadzące klasyczną działalność ubezpieczeniową nie ucierpiały w trakcie kryzysu. Ich działalność oparta na rachunku aktuarialnym i prawidłowym rozproszeniu ryzyka może stać się przykładem dla innych instytucji finansowych. Zasadniczo, jedyną ubezpieczeniową ofiarą kryzysu jest AIG, amerykański ubezpieczyciel, który w zbyt dużym stopniu zaangażował się w zabezpieczenia transakcji na toksycznych aktywach. Uznano jednak, że jego znaczenie dla gospodarki amerykańskiej jest na tyle duże, że została mu przyznana pomoc rządu.

Porównując europejski rynek bankowy i ubezpieczeniowy, stosunkowo łatwo jest wykazać co najmniej zadowalającą kondycję branży ubezpieczeniowej. Jednak dobra sytuacja zakładów ubezpieczeń nie powinna przesłaniać nowych zadań, przed którymi stoją zakłady ubezpieczeń. Są to m.in. ryzyko katastrofalne, ekologiczne i terroryzmu, których efektywne rozproszenie jest dużym wyzwaniem dla całej branży ubezpieczeniowej. W tym obszarze powstają interesujące inicjatywy publiczno-prywatne.

Przed zakładami ubezpieczeń, a w szczególności nadzorami ubezpieczeniowymi, jawi się problem rozważnej implementacji nowych europejskich regulacji – Solwency II. Rozwiązania te w dużej części bazują na określeniu adekwatności kapitałowej (wysokości kapitału zapewniającego wypłacalność), na podstawie modelowania ryzyka. Modelowanie ryzyka do określenia adekwatności kapitałowej stosowane jest już w sektorze bankowym (Bazylea II). Jednak, jak pokazał kryzys, posiada ono ograniczenia, szczególnie w niestabilnym otoczeniu. Dlatego wskazania modelu nie powinny być jedynym czynnikiem determinującym wysokość wymaganego kapitału.

Trudną sytuację na rynku finansowym pogłębił kryzys finansów publicznych. Zakłady ubezpieczeń z uwagi na konieczność zapewnienia stabilności dużej części portfela inwestycyjnego są znaczącymi nabywcami papierów skarbowych. Zawirowania na tym rynku powodują problemy z oszacowaniem pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych lokatami, szczególnie w kontekście krótkookresowej wypłacalności.

Innym wyzwaniem przed jakim stoi branża ubezpieczeniowa jest uczestnictwo w realizacji polityki społecznej lub wręcz oferowanie produktów, które zastępowałyby wycofujące się państwo. Szczególną rolę mogą tutaj odegrać produkty takie jak mikroubezpieczenia, czyli ubezpieczenia dostosowane do potrzeb i możliwości osób niezamożnych. Ubezpieczenia takie różnią się znacząco od produktów standardowych warunkami, zakresem i wielkością ochrony, wysokością składek i kanałami dystrybucji. Mikrofinanse są obecne głównie w krajach rozwijających się, aczkolwiek dostrzeżono ich przydatność w zmniejszaniu ekskluzji finansowej również w krajach rozwiniętych. Czynne i świadome uczestnictwo w rynku finansowym jest szczególnie istotne w związku z ograniczaniem zakresu polityki społecznej realizowanej przez państwo. Przerzuca się w coraz większym stopniu skutki ryzyk społecznych na obywateli.

Zmiany struktury demograficznej sprawiają, że liczba ludności w większości krajów europejskich zmniejsza się, zwiększając automatycznie wartość wskaźnika gęstości. Analiza struktury demograficznej wskazuje również na zmniejszanie się grupy osób tradycyjnie generujących największy popyt na produkty ubezpieczeniowe (osoby w wieku produkcyjnym). Jednocześnie należy zwrócić uwagę na niewykorzystywany w pełni potencjał osób w wieku poprodukcyjnym.

Biorąc pod uwagę powyższe spostrzeżenia, należy wskazać, że dystans dzielący Polskę, jak również Czechy i Węgry, od niektórych z analizowanych krajów, może być zmniejszony poprzez utrzymanie wysokiej dynamiki wzrostu i szersze wykorzystywanie ubezpieczeń prywatnych do uzupełnienia systemu zabezpieczenia społecznego i aktywnego kreowania polityki gospodarczej. Nie wydaje się, aby nastąpił duży wzrost składki wynikający z korzystania ze swobody świadczenia usług na terenie Unii Europejskiej. Dotychczasowa aktywność w tym zakresie jest praktycznie niezauważalna. Natomiast większy udział legalnego obrotu w gospodarce może się przyczynić do obniżenia tendencji wzrostowych wskaźnika penetracji.²⁶

Unia Europejska wraz z kilkoma innymi krajami tworzy Europejski Obszar Gospodarczy (EOG), który w zakresie ubezpieczeń ma ambicje stworzyć jednolity rynek ubezpieczeniowy. Jednak wiele czynników, głównie kulturowych i regulacyjnych, powoduje, że swoboda świadczenia usług nie jest zbyt popularna, zarówno wśród zakładów ubezpieczeń, jak i wśród ubezpieczających. Istotną barierą jest niewątpliwie brak wspólnej podstawy prawnej dla umów ubezpieczenia. Powoduje to, że mimo niewątpliwych podobieństw w każdym kraju umowa ubezpieczenia jest inaczej skonstruowana, a z biegiem lat interpretacja przepisów prawa, wykładnia i orzeczenia sądów sprawiają, że mimo wspólnego rynku funkcjonujemy według zupełnie oddzielnych systemów prawnych.

Innym aspektem, który może powstrzymać przed korzystaniem z oferty zagranicznych zakładów ubezpieczeń jest brak jednolitych zasad nadzorczych i różne praktyki nadzorcze w krajach członkowskich. Dużo w tym zakresie zmienia Solwency II, natomiast należy też wspomnieć rolę EIOPA (the European Insurance and Occupational Pensions Authority – Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych), który ma na celu harmonizację działań nadzorów w Unii Europejskiej. EIOPA to agencja Unii Europejskiej, która jest również niezależnym organem doradczym Parlamentu Europejskiego, Rady Unii Europejskiej i Komisji Europejskiej.

Europejski System Nadzoru Finansowego, którego częścią jest EIOPA, to zintegrowana sieć krajowych i europejskich organów nadzoru. Członkami EIOPA są nadzory lokalne we wszystkich krajach członkowskich. Rada Organów Nadzoru EIOPA, składająca się z przedstawicieli nadzorów krajowych, pełni rolę rady nadzorczej. Prace nad poszczególnymi tematami prowadzą wyodrębnione grupy robocze, w skład których wchodzi pracownicy nadzorów.

Główne zadania EIOPA to:

- ochrona konsumentów i budowanie zaufania do systemu finansowego (np. poprzez przejrzystość rynków i produktów finansowych);
- zapewnienie wysokiego poziomu skuteczności i spójności regulacji i nadzoru;
- harmonizacja i spójne stosowanie przepisów dotyczących instytucji i rynków finansowych w całej Unii Europejskiej;
- nadzór nad grupami transgranicznymi;
- monitorowanie i identyfikacja trendów, potencjalnych zagrożeń i słabości płynących z poziomu mikroostrożnościowego, ponad granicami i między sektorami.

26 Około 14 proc. (150 mld zł) polskiego PKB powstaje w tzw. szarej strefie: <http://praca.money.pl/wiadomosci/artykul/w;szarej;strefie;pracuje;co;dziesiaty;polak,253,0,260093.html> [18.07.2008].

W ramach swoich uprawnień EIOPA, po wcześniejszych konsultacjach, określa wytyczne techniczne, wiążące zalecenia odnoszące się do szczegółowych kwestii działania rynku ubezpieczeniowego. W swoich uprawnieniach posiada również możliwość wprowadzenia czasowego zakazu produktów finansowych niekorzystnie wpływających na ryzyko systemowe.

Zestawiając udział składki przypisanej brutto w poszczególnych krajach do całości rynku ubezpieczeniowego, bardzo wyraźnie widać różnice w dynamice. Polska, Czechy i Węgry również w czasie kryzysu wyróżniają się największym przyrostem wartości rynku ubezpieczeniowego. Wydaje się, że ten trend utrzyma się w najbliższym okresie.

Tabela 3. Udział wybranych krajów w europejskim rynku ubezpieczeniowym [proc. składki przypisanej brutto w latach 2007–2011]

Kraj		2007	2008	2009	2010	2011
UK	Wielka Brytania	31,0%	23,4%	19,4%	18,7%	19,8%
FR	Francja	16,6%	17,3%	18,8%	18,8%	17,6%
DE	Niemcy	13,8%	15,5%	16,2%	16,2%	16,5%
IT	Włochy	8,4%	8,7%	11,1%	11,4%	10,2%
NL	Holandia	6,3%	7,4%	7,3%	7,1%	7,3%
ES	Hiszpania	4,6%	5,6%	5,8%	5,1%	5,5%
CH	Szwajcaria	2,6%	3,2%	3,3%	3,6%	4,2%
PL	Polska	1,0%	1,6%	1,1%	1,2%	1,3%
CZ	Czechy	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%
HU	Węgry	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%

Źródło: *European Insurance in Figures 2013*, Insurance Europe.

KANAŁY DYSTRYBUCJI UBEZPIECZEŃ

Sprzedaż ubezpieczeń kojarzona jest głównie z tradycyjnymi kanałami dystrybucji, czyli z pośrednikami ubezpieczeniowymi, takimi jak agent (tutaj jako osoba fizyczna) i broker ubezpieczeniowy. Jednak ich udział w sprzedaży ubezpieczeń systematycznie maleje. W roku 2011 w Dziale I wynosi odpowiednio 12,7 proc. i 1,6 proc., natomiast w dziale II 4,3 proc i 16,9 proc.²⁷

Wpływ nowych technologii na strukturę kanałów dystrybucji jest widoczny, a sprzedaż za pośrednictwem telefonu i internetu rozwija się dynamicznie, aczkolwiek udział ten jest wciąż mikroskopijny (sprzedaż w Dziale I jest poniżej 0,1 proc., w Dziale II natomiast wynosi 1,2 proc. w przypadku telefonu i 0,5 proc. dla internetu). Sprzedaż przez telefon i internet wciąż napotyka na bariery infrastrukturalne i prawne. Wymóg materialnej formy umowy ubezpieczenia, brak możliwości sprawdzenia w czasie rzeczywistym faktu zawarcia umowy (np. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych) znacząco utrudniają rozwój form sprzedaży bezpośredniej.

27. Udział liczony jako udział procentowy w ogólnej składce przypisanej brutto. Jeżeli nie oznaczono inaczej, dane Komisji Nadzoru Finansowego.

Innym zagadnieniem jest konstrukcja produktów ubezpieczeniowych nierzadko uniemożliwiająca porównywanie produktów między sobą. Wbrew pozorom standaryzacja nie musi spowodować ograniczenia konkurencji do ceny polisy ubezpieczeniowej, gdyż coraz częściej czynnikiem branym pod uwagę przy wyborze ubezpieczenia jest jakość usługi oraz realność ochrony ubezpieczeniowej.

Standaryzacja i uproszczenie produktów będzie również przydatne dla innych kanałów dystrybucji, takich jak np. *bancassurance*. Sprzedaż produktów poprzez pracowników banku, przy okazji innych usług finansowych, stała się bardzo ważnym sposobem sprzedaży ubezpieczeń i wraz z multiagencjami tworzy najważniejszy kanał ich dystrybucji (43 proc. w Dziale I i 17,7 proc. w Dziale II). Problem stanowi jednak stosunkowo niska jakość sprzedaży. Niewystarczający poziom wiedzy niektórych pracowników banku na temat oferowanych produktów ubezpieczeniowych staje się istotną kwestią, gdyż tak naprawdę obciąża ubezpieczyciela. Nie zawsze również sam produkt spełnia podstawowe oczekiwania ubezpieczających. Należy z satysfakcją odnotować, że zagadnienie to spotkało się już z reakcją zarówno ze strony ubezpieczycieli, jak i banków.⁶

Mimo zmniejszenia udziału pośredników w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, będą oni nadal odgrywać istotną rolę. Bardziej skomplikowane produkty dopasowane do potrzeb klienta z indywidualizacją ochrony i składki będą wciąż istotnym elementem oferty produktowej. Wydaje się, że w końcu na polskim rynku brokerzy zaczną być finansowani przez klienta. W przyszłości potencjalny konflikt interesów związany z wynagradzaniem brokera przez zakład ubezpieczeń nie będzie łatwy do uzasadnienia. Jedynie pełna niezależność pozwoli brokerowi rywalizować z agentami wyłącznymi.

Porównanie z rynkami innych krajów może pomóc w określaniu przyszłego charakteru polskiego rynku, oczywiście z uwzględnieniem różnic wynikających ze specyfiki poszczególnych krajów. Analiza, oprócz wysokości składki, jej udziału w PKB, powinna uwzględniać również strukturę produktów. Strukturę można rozpatrywać w podziale na Dział I (ubezpieczenia życiowe) i Dział II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe). W ramach poszczególnych działów interesujący jest udział poszczególnych produktów.

Ubezpieczenia życiowe, które już obecnie dominują w Polsce (59 proc. przypisu składki brutto w roku 2012), będą nadal przyrastać, choć należy się liczyć z wahaniami wynikającymi z sytuacji na rynku kapitałowym. Produkty ochronne, których udział rósł do tej pory mniej dynamicznie, mogą liczyć na większe zainteresowanie w związku ze wzrostem zobowiązań Polaków wynikającym ze wzmożonego zadłużania się w instytucjach kredytowych, jak również zwiększania się kosztów wychowania i edukacji dzieci.

Z uwagi na reformę systemów emerytalnych zwiększy się zainteresowanie rentami dożywotnimi (*annuitetami*), które zapewniają wypłatę świadczenia dożywotnio niezależnie od długości dalszego trwania życia. Produkt ten jest niezwykle istotny, ponieważ żaden inny instrument finansowy nie gwarantuje wypłaty świadczeń okresowych dożywotnio. Renty dożywotnie wymagają jednak szczegółowych danych na temat śmiertelności poszczególnych kohort z długich okresów, dlatego rozwój rent dożywotnich następuje powoli. Niewątpliwie zaangażowanie prywatnych instytucji do wypłaty świadczeń emerytalnych z kapitałowej części bazowego systemu emerytalnego może

28. Rekomendacje Bancassurance: www.piu.org.pl/rekomendacje.

się przyczynić do polepszenia jakości danych na temat oczekiwanego trwania życia i pomoże w szybszym wzrastaniu prywatnego rynku rent dożywcotnych.

Jako oddzielną grupę ubezpieczeń osobowych należy traktować ubezpieczenia sprzedawane przez banki lub dodawane do produktów przez nie oferowanych (z uwagi na konstrukcję i okres ochrony ubezpieczeniowej). Produkty typu *bancassurance*, mimo stosunkowo krótkiego okresu obecności na polskim rynku, osiągnęły dużą dynamikę sprzedaży. Szczególnie popularne są tutaj ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, dodawane do rachunków bankowych, kart lub innych produktów. Inną grupę stanowią ubezpieczenia na wypadek śmierci będące dodatkowym zabezpieczeniem spłaty kredytu w przypadku śmierci ubezpieczonego. Konstrukcja tego ubezpieczenia przewiduje dostosowanie poziomu ochrony do zobowiązań wynikających z kredytu. W ramach *bancassurance* sprzedawane są również ubezpieczenia na wypadek utraty zatrudnienia dodawane do kredytów hipotecznych, samochodowych i kart kredytowych. Zapewniają one okresową spłatę zobowiązań w przypadku utraty pracy.

Utrzymanie rosnącego trendu ubezpieczeń osobowych sprzedawanych przez banki wymagać będzie jednak zwiększenia ich dostępności (np. zniesienie ograniczeń wiekowych), jak również rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej (co do zakresu i sumy ubezpieczenia), co zapewnić może powszechniejszą ochronę ubezpieczeniową na podstawowym poziomie. Niezwykle istotne staje się zagadnienie jakości sieci sprzedaży, która ma duże znaczenie dla ograniczenia zjawiska nietrafionej sprzedaży (czyli np. sprzedaży produktów oszczędnościowych emerytom).

Ubezpieczenia majątkowe będą nadal odgrywać istotną rolę, może się jednak zmienić ich struktura. Rola ubezpieczeń komunikacyjnych będzie generalnie powoli maleć, choć należy pamiętać, że w najbliższej przyszłości pewien przyrost składki jest tutaj możliwy na skutek zwiększenia roszczeń, szczególnie osobowych, z tytułu odpowiedzialności cywilnej oraz zwiększonego popytu na ubezpieczenia autocasco, *assistance* i ochrony prawnej. Powyższą tendencję można prześledzić w tabeli 4, na którym przedstawiony został udział ubezpieczeń komunikacyjnych w ubezpieczeniach majątkowych na dużych europejskich rynkach ubezpieczeniowych (3 proc. i więcej udziału w rynku europejskim) w Czechach, na Węgrzech i w Polsce. Łatwo zauważyć, że udział ubezpieczeń komunikacyjnych wszędzie poza Włochami, Węgrami i w Polsce, wynosi poniżej 50 proc. i systematycznie spada.

Tabela 4. Udział ubezpieczeń komunikacyjnych w ubezpieczeniach Działu II w wybranych krajach europejskich w latach 2002–2011*

Kraje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Austria	34%	35%	35%	35%	34%	33%	32%	31%	31%	30%
Szwajcaria	24%	24%	24%	25%	25%	26%	23%	22%	22%	22%
Czechy	53%	52%	53%	52%	50%	51%	50%	50%	47%	45%
Niemcy	29%	28%	28%	27%	25%	25%	24%	23%	23%	23%
Hiszpania	45%	47%	43%	41%	41%	40%	38%	36%	37%	35%
Francja	35%	34%	33%	32%	31%	30%	29%	29%	29%	29%
Węgry	56%	55%	58%	58%	57%	55%	53%	50%	50%	45%
Włochy	60%	61%	60%	59%	58%	57%	56%	55%	56%	57%
Holandia	21%	21%	19%	19%	10%	10%	9%	9%	8%	8%
Polska	65%	63%	62%	63%	61%	59%	61%	57%	56%	58%
Wielka Brytania	29%	27%	27%	27%	26%	27%	26%	25%	26%	31%

Źródło: wyliczenia własne na podstawie *European Insurance in Figures 2013*, Insurance Europe.

Rola i funkcje samochodu w społeczeństwie ulegają zmianie. Skróceniu ulega dystans, jaki pokonuje się samochodami, i ta tendencja jest bardzo widoczna w krajach uprzemysłowionych. Wraz z przedłużającym się kryzysem finansowym należy się spodziewać dalszego ograniczania użycia samochodów. W krajach rozwiniętych maleje odsetek młodych osób posiadających prawo jazdy, a przeciętny wiek otrzymania prawa jazdy rośnie, czyli młodzi ludzie coraz później decydują się na zdobycie uprawnień. Ponadto znana jest zależność, że im później zdobędzie się uprawnienia, tym mniej podróżuje się samochodem. Oznacza to również, że coraz większy odsetek młodych ludzi nie posiada prawa jazdy, a badania amerykańskie pokazują, że współczynnik ten jest skorelowany z użytkowaniem internetu. Generacja Y (osoby w wieku 18–35 lat) charakteryzuje się bardzo intensywnym korzystaniem z internetu i dużym udziałem w portalach społecznościowych. Okazuje się, że obecnie utrzymywanie więzi społecznych (spotykanie znajomych) nie wymaga podróżowania własnym samochodem, dlatego też znaczenie samochodu w krajach rozwiniętych gospodarczo bardzo maleje. Powoli maleje znaczenie samochodu jako wyznacznika statusu społecznego, a najbardziej widoczne jest to właśnie u osób młodych, które też o wiele chętniej niż osoby starsze uczestniczą w sieciach społecznych wspólnie użytkujących jeden samochód.

Ponadto ocenia się, że w perspektywie 8–10 lat wejdą już do produkcji samochody, które nie będą potrzebować kierowcy, najbardziej zawodnego elementu ruchu drogowego. Natomiast różnica w stawkach ubezpieczeniowych, głównie za sprawą wysokości świadczeń za szkody na osobie, spowoduje, że tradycyjne samochody będziemy traktować jak obecnie konie. Podobnie jak konie, samochody staną się relatywnie drogie w utrzymaniu. Zresztą samochody bez kierowcy będzie się raczej wynajmować a nie kupować, szczególnie w miastach.

Wydaje się, że w przeciwieństwie do ubezpieczeń komunikacyjnych bardzo duży potencjał rozwoju rynku ubezpieczeniowego leży w ubezpieczeniach chorobowych, zwanych również zdrowotnymi. Nie przesądzając sposobu i kierunku reformy polskiego systemu ochrony zdrowia, można założyć, że udział prywatnych zakładów ubezpieczeń w finansowaniu świadczeń medycznych będzie rósł. Wiele wskazuje, że ubezpieczenia chorobowe będą oferowane w ramach Działu II, co w istotny sposób może zmienić strukturę działu pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych. Analizując taki sam zestaw krajów, jak w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, można zauważyć, że składka przypisana brutto przewyższa tę w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Wynika to oczywiście z roli, jaką spełniają prywatne ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia tych krajów, często zastępując system publiczny (Holandia, Szwajcaria i Niemcy), lub w dużym stopniu go wspomagając (Francja, Wielka Brytania), ale nawet w krajach o ograniczonym zaangażowaniu zakładów ubezpieczeń (Hiszpania i Włochy) udział ten jest większy niż w Czechach, na Węgrzech lub w Polsce.²⁹

29 *The European Health Insurance Market in 2005*, CEA Statistics No 30, May 2007. W Hiszpanii wprowadzono ubezpieczenia chorobowe jako element systemu finansowania ochrony zdrowia.

Tabela 5. Udział ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych w ubezpieczeniach Działu II w wybranych krajach europejskich w latach 2002–2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Austria	18%	18%	17%	17%	17%	17%	17%	18%	18%	18%
Szwajcaria	29%	29%	30%	30%	30%	30%	36%	35%	36%	36%
Czechy	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	3%	4%
Niemcy	30%	31%	32%	33%	34%	35%	36%	37%	38%	38%
Hiszpania	15%	16%	16%	16%	16%	17%	18%	19%	22%	22%
Francja	10%	11%	12%	12%	13%	13%	14%	15%	15%	15%
Węgry	3%	2%	2%	3%	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Włochy	4%	4%	4%	5%	5%	5%	6%	6%	6%	6%
Holandia	31%	31%	33%	33%	66%	66%	67%	69%	70%	71%
Polska	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%
Wielka Brytania	7%	7%	7%	7%	8%	9%	8%	8%	9%	8%

Źródło: wyliczenia własne na podstawie *European Insurance in Figures 2013*, Insurance Europe.

Udział pozostałych ubezpieczeń majątkowych będzie się zwiększał w mniejszym zakresie. Tutaj przestrzeń rozwoju jest ograniczona, a sytuację mogłoby zmienić wprowadzenie przymusu ubezpieczeniowego dla dużych grup ludności. Jak wskazują doświadczenia innych krajów przemysłowych, produkty biznesowe (przeznaczone dla przedsiębiorstw) mogą ulec znaczącej przemianie. Zdecydowanie zwiększyć się może udział ubezpieczeń finansowych oraz zaawansowanych ubezpieczeń o złożonej konstrukcji, takich jak ubezpieczenie przerw w produkcji (*business interruption*) czy ubezpieczenia techniczne.

Oprócz wcześniej przedstawionych wskaźników o rozwoju rynku świadczy udział ubezpieczeń dobrowolnych. Im większy ich udział, tym większa jest przezorność ubezpieczeniowa i bardziej innowacyjny jest rynek. W Polsce wciąż udział ubezpieczeń obowiązkowych jest stosunkowo wysoki.

PRZYMUS UBEZPIECZENIOWY

to zobowiązanie przepisami prawa do zawarcia umowy ubezpieczenia. Przepisy prawa mogą nakazywać zawarcie umowy ubezpieczenia bez szczegółowego określania warunków (oprócz minimalnej sumy ubezpieczenia) albo precyzować szczegółowo tryb zawarcia i warunki umowy ubezpieczenia.

Celem wprowadzenia przymusu ubezpieczeniowego jest zapewnienie powszechnej ochrony ubezpieczeniowej w oczekiwanym przez regulatora zakresie. Jest to szczególnie istotne, gdy dotyczy ubezpieczeń mających charakter masowy, np. ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Korzystanie z przymusu zakłada, że (wg regulatora) powszechność, przy zasadzie dobrowolności, byłaby zbyt niska, lub warunki, na których byłyby zawierane umowy (np. suma ubezpieczenia), nie spełniałyby oczekiwań związanych z ochroną ubezpieczeniową.

W ubezpieczeniach majątkowych przymus najczęściej stosuje się w związku z ryzykiem odpowiedzialności cywilnej (w życiu prywatnym i zawodowym) i zniszczeniem mienia. W ubezpieczeniach osobowych obowiązek stosuje się w związku z ryzykiem

wypadku przy pracy lub choroby. Przymus dotyczyć może zarówno osób fizycznych, jak i prawnych.

Oceniając skutki przymusu ubezpieczeniowego, należy wskazać, że bardzo często prowadzi on do standaryzacji oferowanego produktu, czego skutkiem może być minimalizacja zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz brak dostosowania do faktycznych potrzeb. Dodatkowo powstaje dualizm regulacji prawnych przez wprowadzenie odmiennych przepisów dla ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych.

Bardzo istotnym zagadnieniem jest przymus ubezpieczeniowy w kontekście świadomości ubezpieczeniowej. Wprowadzenie przymusu wynika częściowo z braku świadomości ubezpieczeniowej,⁸ co z kolei osłabia świadomość i indywidualną zaradność. Z punktu widzenia regulatora wydaje się, że wprowadzenie przymusu jest rozwiązaniem tańszym, choć często nie uwzględnia się kosztów społecznych wywoływanych przez takie regulacje.

W Polsce przymus ubezpieczeniowy wynika z przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, która oprócz enumeratywnie wymienionych ubezpieczeń obowiązkowych wprowadza możliwość przymusu ubezpieczenia,⁹ jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską umowa międzynarodowa nakłada taki obowiązek. Według analizy wykonanej na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń na dzień 15 marca 2013 r. w przepisach prawa występowało 160 przykładów przymusu ubezpieczenia.¹⁰

Podsumowując, należy zauważyć, że ubezpieczenia obowiązkowe spełniają istotną rolę, jednak ich wpływ nie jest jedynie pozytywny. Dlatego bezrefleksyjne rozszerzanie przymusu ubezpieczeniowego nie jest drogą do rozwoju rynku ubezpieczeniowego.

-
30. Należy pamiętać, że pomiędzy przymusem i brakiem przymusu istnieje wiele rozwiązań, które pozwalają państwu kreować pewne zachowania bez użycia przymusu, np. ulgi podatkowe, subwencje. Skuteczność takich rozwiązań jest jednak czasami stosunkowo niska. Jak pokazują doświadczenia amerykańskie, nawet 90-proc. subsydia nie są wystarczająco zachęcające dla dobrowolnego nabycia np. ubezpieczenia na wypadek powodzi na terenach zagrożonych. P. Slovic, B. Fischhoff i S. Lichtenstein, *Accident probabilities and seat belt usage: a psychological perspective* [w:] *The perception of risk*, ed. by P. Slovic, Earthscan Publications Ltd, London–Sterling 2000, s. 75.
31. Dotyczy tylko ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenia mienia.
32. Publikacja PIU w przygotowaniu.

III. Oferta sektora ubezpieczeń dla konsumentów

- Ubezpieczenie mieszkań i domów
- Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych
- Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym
- Ubezpieczenie pojazdów autocasco
- Ubezpieczenia turystyczne
- Ubezpieczenia osobowe

1. Ubezpieczenia w finansach gospodarstw domowych

Gospodarstwa domowe, podobnie jak inne podmioty, zarządzają swoim ryzykiem. Najczęściej jest to proces mniej sformalizowany niż w przypadku przedsiębiorstw, jednak coraz częściej podchodzi się do tego zagadnienia w sposób metodyczny, co pozwala na optymalizację ochrony ubezpieczeniowej.

Ochronę ubezpieczeniową gospodarstw domowych należy rozważać w szerszym kontekście zarządzania ryzykiem i finansów osobistych w ogóle. Ubezpieczenia służą do ochrony majątku (np. ubezpieczenie mieszkania, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym) i udzielenia wsparcia finansowego w sytuacji, gdy zobowiązania przewyższają zasoby (śmierć głównego żywiciela we wczesnej fazie spłaty kredytu hipotecznego). Dlatego w zależności od fazy cyklu życia zmienna może być rola ubezpieczeń.

Ubezpieczenia towarzyszą nam przez całe życie. Analizując sytuację przeciętnego ubezpieczającego, należy wskazać, że wraz z nabyciem zdolności do czynności prawnych (18 lat) można mówić o pełnoprawnych relacjach z zakładem ubezpieczeń.³³ Wśród umów ubezpieczenia rozróżnia się umowy, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego (osobowe), oraz takie, w których przedmiotem ubezpieczenia jest mienie lub zobowiązania ubezpieczonego (majątkowe).

Z prostymi ubezpieczeniami osobowymi od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) stykamy się stosunkowo często już od najmłodszych lat, są one dość popularne już w szkołach

33. Częściową zdolność do czynności prawnych nabywa się w wieku 13 lat i wówczas można już zawierać standardowe umowy ubezpieczenia. Częściowa zdolność do czynności prawnych nie pozwala zrywać umów zawartych wcześniej w imieniu niepełnoletniej osoby.

podstawowych, głównie jako ubezpieczenia grupowe.³⁴ Ubezpieczenia NNW występują autonomicznie lub są dodawane do innych produktów ubezpieczeniowych (np. ubezpieczenia autocasco i mieszkania) i finansowych (np. rachunki bankowe). Z ubezpieczeń NNW korzysta się praktycznie do końca życia.

Coraz częściej wyjeżdżamy w celach turystycznych za granicę i w takich sytuacjach, daleko od stałego miejsca zamieszkania ubezpieczenia są wręcz koniecznością. Ubezpieczenia osobowe stanowią stały element ubezpieczeń turystycznych, które oferują również ochronę w zakresie majątku, jaki posiadamy na wyjeździe. Ubezpieczenia turystyczne wykorzystuje się głównie przy wyjazdach zagranicznych. Ochrona dotyczy głównie pokrycia kosztów leczenia oraz następstw nieszczęśliwych wypadków. Ubezpieczenia turystyczne towarzyszą nam dopóty oddajemy się pasji podróżowania.

Ubezpieczenia chorobowe są dostępne również jako oddzielne produkty. Produkty takie pokrywają koszty leczenia, zapewniają ułatwiony dostęp do lekarza specjalisty, specjalistyczny zabieg lub operację, łącznie z leczeniem chorób nowotworowych. Ubezpieczenia prywatne stanowią dopełnienie albo wręcz alternatywę dla publicznego systemu ochrony zdrowia. Oferta zakładów ubezpieczeń obejmuje już noworodki, także ubezpieczenia chorobowe mogą nam towarzyszyć całe życie.

Wraz ze zwiększaniem majątku gospodarstwa domowego, zwiększa się zapotrzebowanie na ubezpieczenia majątkowe. Najczęściej dotyczy to samochodu i mieszkania. W przypadku samochodu są to dwa ubezpieczenia, tj. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów oraz dobrowolne ubezpieczenie strat wynikających z uszkodzenia lub kradzieży samochodu (tzw. autocasco). Skłonność do korzystania z autocasco rośnie wraz z wartością pojazdu. Ubezpieczenia autocasco są wymagane przez bank w przypadku finansowania zakupu samochodu z kredytu.

Korzystanie z ubezpieczenia mieszkania rozpoczyna się już w momencie wynajmowania mieszkania,³⁵ a jest rzeczą naturalną, gdy dysponujemy własnym mieszkaniem lub domem. Jeżeli zakup mieszkania nastąpił z kredytu bankowego, wówczas ubezpieczenie stanowi obowiązkowe zabezpieczenie mienia. Ubezpieczenie mieszkania oprócz ochrony zasobów zapewnia usługi typu assistance, jak również dodatkowo ubezpieczenie odpowiedzialności w życiu prywatnym oraz czasami ubezpieczenie ochrony prawnej.

Ubezpieczenia na życie obecnie najczęściej wynikają ze skokowego zwiększenia zobowiązań dotyczących kredytu hipotecznego albo zabezpieczenia sytuacji nowo narodzonych dzieci. Ich znaczenie rośnie szczególnie w początkowym okresie wychowywania dzieci. Ubezpieczenia na życie mogą mieć charakter ochronny albo ochronno-oszczędnościowy. Ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym zapewniają świadczenie tylko w przypadku zgonu albo inwalidztwa, poważnego zachorowania [jeżeli takie ryzyka są objęte ochroną]. Dlatego ubezpieczenia takie nie tworzą żadnych oszczędności, które mogłyby zostać wypłacone po bezszkodowym

34. Ubezpieczony przystępuje do zawartej już umowy wypełniając deklarację przystąpienia. Ubezpieczenia grupowe obejmują ryzyka charakterystyczne dla określonej grupy, poza tym mają uproszczony *underwriting* [ocenę ryzyka] albo w ogóle rezygnują z indywidualnego *underwritingu*.

35. Osoba wynajmująca jest zobowiązana pozostawić mieszkanie niezniszczone [nie dotyczy normalnego zużycia]. W przypadku np. pożaru odpowiada za przywrócenie mieszkania do stanu pierwotnego.

przebiegu ubezpieczenia. W takim przypadku składki sfinansowały wypłatę świadczeń osobom, które zmarły albo przydarzył im się wypadek objęty ochroną ubezpieczeniową (np. inwalidztwo, poważne zachorowanie).

Ubezpieczenia z elementem oszczędnościowym nabywa się z myślą o zebraniu odpowiedniego kapitału na późniejsze potrzeby (np. emerytalne). Ubezpieczenie różni się od inwestycji w fundusze inwestycyjne korzyściami podatkowymi, może oferować gwarancje stopy zwrotu, system opłat premiuje długoterminowe oszczędzanie. W zależności od produktu:

- stopa zwrotu jest gwarantowana i określona z góry,
- zależy od wyników inwestycyjnych, ale minimalny wynik jest gwarantowany albo
- wynik zależy od wyników inwestycyjnych zarządzającego i nie jest objęty żadnymi gwarancjami.

Im wyższy poziom gwarancji, tym niższy oczekiwany zysk z inwestycji. Dlatego warto dywersyfikować ryzyko, dbając jednocześnie, aby w końcowej fazie oszczędzania skupić się przede wszystkim na bezpieczeństwie (utrzymaniu wartości realnej kapitału). Produkty ubezpieczeniowe z częścią oszczędnościową są bardzo pomocne w gromadzeniu kapitału emerytalnego. Coraz większa jest świadomość, że wysokość przyszłej emerytury zależy od naszej osobistej zapobiegliwości. Nawet niewielkie kwoty odkładane systematycznie przez cały okres aktywności zawodowej będą stanowić istotną część przyszłych świadczeń emerytalnych.

Annuitety to produkty, które służą do zapewnienia dożywotniego świadczenia i przydają się szczególnie w sytuacji, gdy po zakończeniu aktywności zawodowej pragniemy uzyskać pewność comiesięcznego świadczenia bez względu na długość życia.

Propozycja sektora ubezpieczeń dla konsumentów³⁶ jest bardzo szeroka i wciąż się rozwija. Powstają nowe, innowacyjne produkty i zmienia się sposób obsługi ubezpieczających i ubezpieczonych. Poniżej przedstawiono skrótowy opis podstawowych produktów wraz z ważnymi informacjami dla konsumentów.

2. Ubezpieczenie mieszkań i domów

Ubezpieczenie mieszkań i domów obejmuje ubezpieczenie murów i substancji mieszkaniowej, jak również ruchomości, które znajdują się w mieszkaniu/domu, na wypadek pożaru, zalania, kradzieży i innych ryzyk.³⁷ Ubezpieczenie murów to ubezpieczenie konstrukcji budynku, w którym znajduje się pomieszczenie mieszkalne i wypłacane jest w przypadku zniszczenia. Ubezpieczenie substancji mieszkaniowej obejmuje wszelkie przedmioty i instalacje na trwałe przymocowane

36. Na potrzeby tego opracowania konsument jest rozumiany tylko jako osoba fizyczna, nieprowadząca działalności gospodarczej.

37. W praktyce w ubezpieczeniu mieszkań występuje minimalny zakres ubezpieczenia, który obejmuje: zdarzenia losowe takie jak ogień, huragan, powódź, ale również skutki włamania, kradzieży, rabunku lub dewastacji. Należy jednak zwrócić uwagę, że zakres może się różnić w związku z zastosowaniem odmiennych decyzji. Dlatego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zalecana jest każdorazowa analiza ogólnych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczenie to pokrywa jedynie szkody powstałe w bezpośrednim następstwie określonych ryzyk. Jeżeli w wyniku uderzenia pioruna złamie się drzewo, które uszkodzi dach, to zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności. Jeśli jednak zniszczenie dachu nastąpiłoby w wyniku bezpośredniego uderzenia pioruna, wówczas zakład ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie.

do murów (np. glazura, terakota, parkiet, ale również szafy na stałe przytwierdzone do ściany). Ubezpieczenie ruchomości obejmuje meble i inne sprzęty znajdujące się w domu (w tym również przedmioty będące jedynie w posiadaniu, ale niestanowiące własności). Suma ubezpieczenia domu i mieszkania powinna być ustalona według wartości odtworzeniowej, czyli takiej, która pozwoli na odtworzenie zniszczonego mienia.³⁸ W przypadku nieruchomości cena rynkowa może być znacząco niższa od kosztów odtworzenia stanu pierwotnego.

Wysokość sumy ubezpieczenia powinna podlegać aktualizacji przy każdym odnowieniu ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ubezpieczenia, w którym stosuje się tzw. zasadę proporcji, konsekwencją zaniżenia sumy ubezpieczenia (kwoty zadeklarowanej na polisie) w stosunku do wartości ubezpieczeniowej (faktycznej wartości, najczęściej rynkowej) będzie pomniejszenie odszkodowania o wartość wynikającą z niedoubezpieczenia. Jeżeli suma ubezpieczenia stanowi 300 000 zł, a wartość ubezpieczeniowa równa się 400 000 zł, to wskaźnik niedoubezpieczenia wynosi $\frac{3}{4}$. Przy zastosowaniu zasady proporcji każde odszkodowanie zostanie pomniejszone o $\frac{1}{4}$. Czyli jeżeli szkoda wyniosła 100 000 zł, to zakład ubezpieczeń wypłaci 75 000 zł. Stosowanie zasady proporcji nie jest domyślne i wynika z konkretnych zapisów w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Do ubezpieczenia mieszkań dodawane jest często ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, które pokrywa koszty szkód wyrządzonych osobom trzecim, np. zalanie mieszkania. Coraz częściej, oprócz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, dodatkiem jest ubezpieczenie typu *assistance*, zapewniające bezpłatną pomoc w kryzysowych sytuacjach (np. zagubienie klucza, awaria hydrauliczna lub mieszkanie zastępcze na pierwszy okres po pożarze).

WAŻNE:

Prawidłowe określenie sumy ubezpieczenia i podlimitów dla poszczególnych pozycji majątku wymaga stworzenia spisu inwentarzowego oraz ewidencji posiadanego majątku (np. dowody zakupu sprzętu fotograficznego) i umieszczenia ich w bezpiecznym miejscu. Bardzo często odpowiedniej klasy zabezpieczenie antykradzieżowe oraz niezwłoczne poinformowanie ubezpieczyciela o powstaniu szkody są warunkami zawarcia umowy i wypłaty odszkodowania.

3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

Odpowiedzialność cywilna nabiera na znaczeniu zarówno w życiu społecznym, jak i gospodarczym. Z tego powodu ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym staje się coraz powszechniejsze. Ubezpieczenie to zapewnia przeniesienie na zakład ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w przypadku popełnienia przez ubezpieczonego, lub osobę pozostającą pod jego opieką, czynu zabronionego (np. zniszczenie przez dziecko telewizora plazmowego na wystawie w sklepie, staranowanie osoby podczas jazdy rowerem po chodniku).

38. Wartość odtworzeniowa uwzględnia koszty materiałów i usług budowlanych w technologii zgodnej z obowiązującymi przepisami. Wartość odtworzeniowa może się znacząco różnić od wartości transakcji kupna-sprzedaży nieruchomości, szczególnie w przypadku starszych obiektów.

WAŻNE:

Nie kieruj się tylko wysokością składki przy ustalaniu sumy gwarancyjnej. Jedynie odpowiednio duża suma gwarancyjna jest w stanie pokryć potencjalne szkody. Zapoznaj się dokładnie z ewentualnymi wyłączeniami. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości poproś o interpretację na piśmie.

4. Ubezpieczenia komunikacyjne

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych to najczęściej zawierane ubezpieczenie w Polsce. Jak sama nazwa wskazuje, chroni ono posiadacza pojazdu przed odpowiedzialnością za szkody związane z posiadaniem pojazdu mechanicznego, głównie samochodu. To oznacza, że dotyczy również zdarzeń, w których właściciel nie był sprawcą lub nawet nie brał w nich udziału, a ruch pojazdu wyrządził szkodę (np. samochód stoczył się na inny pojazd). Jest to ubezpieczenie obowiązkowe, którego warunki określa ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.³⁹ Zakłady ubezpieczeń nie mogą odmówić zawarcia umowy na określonych w ustawie warunkach (jeżeli prowadzą działalność w 10. grupie ubezpieczeń Działu II). Mogą jednakże swobodnie kształtować wysokość składki uzależniając ją od różnych parametrów (w tym: wieku, płci, a nawet koloru samochodu), które mają wpływ na częstotliwość występowania zdarzeń.

Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zdejmuje z posiadacza obowiązek naprawienia szkód (osobowych i majątkowych) wywołanych ruchem pojazdów do wysokości sumy gwarancyjnej. Według V dyrektywy komunikacyjnej suma gwarancyjna nie może być niższa niż równowartość w złotych:

- 1) w przypadku szkód na osobie – 5 mln euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych,
- 2) w przypadku szkód w mieniu – 1 mln euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych to przykład produktu, w którym odszkodowanie wypłacane jest w wysokości wartości szkody, jednak nie więcej niż wynosi suma gwarancyjna.⁴⁰ Dodatkowo suma gwarancyjna dotyczy jednego zdarzenia, a zakład ubezpieczeń nie ogranicza liczby zdarzeń, które są objęte ochroną. Wypłata odszkodowania i świadczenia nie powoduje obniżenia sumy gwarancyjnej dla kolejnych zdarzeń.⁴¹

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej oprócz szkód w majątku i na osobie pokrywa również utracone korzyści, jeśli strata nastąpiła w konsekwencji zdarzenia objętego ochroną. Dotyczy

39. Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

40. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej nie stosuje się zasady proporcji, ponieważ suma gwarancyjna nie jest powiązana z wartością niebezpiecznego przedmiotu, tutaj samochodu.

41. To nie jest regułą w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej i szczegółowe zasady określają ogólne warunki ubezpieczenia.

to np. sytuacji, gdy w związku z wypadkiem nie mogliśmy uczestniczyć w wykupionej wcześniej wycieczce turystycznej albo istnieje potrzeba skorzystania z pojazdu zastępczego w związku z naprawą własnego samochodu.

WAŻNE:

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdu mechanicznego jest obowiązkowe i wymagane już od pierwszego dnia posiadania samochodu. W przypadku sprzedaży samochodu używanego, ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przechodzi automatycznie na nabywcę, który decyduje o kontynuacji albo zawarciu nowego ubezpieczenia [pisemnie informując poprzedni zakład ubezpieczeń].

Niedopełnienie obowiązku wiąże się z karą, która wynosi równowartość 500 euro i jest egzekwowana przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. UFG prowadzi aktualizowaną na bieżąco bazę polis ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i autocasco, która jest sprzężona z Centralną Ewidencją Pojazdów i Kierowców (CEPIK). Ponadto w bazie tej odnotowuje się ważniejsze zdarzenia ubezpieczeniowe, np. wypadki komunikacyjne z danymi sprawców i ew. charakterem uszkodzeń ciała, pojazdu i innych przedmiotów.

Zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania, jeżeli kierujący:

- 1) wyrządził szkodę umyślnie lub w stanie po spożyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających o podobnym działaniu;
- 2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
- 3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem określonych przypadków;
- 4) zbiegł z miejsca zdarzenia.

Ubezpieczenie pojazdów autocasco obejmuje szkody wywołane takimi zdarzeniami, jak:

- zderzenia się pojazdów,
- zderzenia się pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami,
- uszkodzenia pojazdu przez osoby trzecie,
- kradzież pojazdu,
- nagłe działanie takich czynników jak pożar, wybuch, zatopienie i innych sił przyrody niezależnie od miejsca ich powstania.

Istnieje wiele wariantów ubezpieczenia autocasco, które różnią się generalnie udziałem ubezpieczonego w szkodzie. Dotyczy to zarówno udziału własnego, jak i obliczania zużycia samochodu (amortyzacja) i rodzaju części użytych do naprawy. Bardzo często do ubezpieczenia autocasco dodawane jest ubezpieczenie *assistance* w różnych wariantach, szczególnie przydatnych przy podróżach zagranicznych lub w razie awarii albo wypadku.

Innowacje w ubezpieczeniach

W coraz większym stopniu w ubezpieczeniach korzysta się z wyspecjalizowanych profesji, które zajmują się poszczególnymi etapami ubezpieczenia. Sprzedaż ubezpieczeń odbywa się w wieloraki sposób przez pośredników ubezpieczeniowych oraz coraz częściej z użyciem internetu.

Kontakt z zakładem ubezpieczeń coraz częściej odbywa się przy użyciu poczty elektronicznej. Również proces likwidacji szkody (zgłoszenie szkody, określenie wartości szkody i odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń oraz wypłata odszkodowania lub świadczenia) podlega istotnym zmianom. W wielu wypadkach procesy te przejmują wyspecjalizowane firmy (w przypadku ubezpieczenia samochodu bezgotówkową naprawę, pozostając w stałym kontakcie z zakładem ubezpieczeń, organizuje warsztat samochodowy). Można również w razie niewielkich szkód samemu dokonać oględzin, wypełnić elektroniczny formularz na stronie internetowej, wykonać zdjęcia i przesłać je drogą elektroniczną do zakładu ubezpieczeń, który zweryfikuje szkodę i wypłaci odszkodowanie. W przygotowaniu są aplikacje do zdalnej likwidacji szkód dla smartphonów.

W ubezpieczeniu autocasco bardzo często wypłata odszkodowania powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia o kwotę odszkodowania (tzw. system ubezpieczenia na sumy stałe). Jeżeli w celu naprawy uszkodzeń samochodu powstałych np. w trakcie parkowania ustalono odszkodowanie w kwocie 3000 zł, a suma ubezpieczenia wynosiła 25 000 zł, to po wypłacie odszkodowania suma ta zostanie pomniejszona o 3000 zł i będzie wynosić 22 000 zł. Jeżeli przed zdarzeniem wartość samochodu wynosiła 25 000 zł, a naprawa przywróciła wartość samochodu sprzed zdarzenia, to wystąpi sytuacja niedoubezpieczenia, ponieważ suma ubezpieczenia będzie mniejsza (22 000 zł) od wartości ubezpieczeniowej (25 000 zł). Jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczenia zastrzeżono, że do określenia wysokości odszkodowania stosuje się zasadę proporcji, to kolejne odszkodowanie zostanie pomniejszone o $\frac{3}{25}$ (porównaj przykład ubezpieczenia mieszkań i domów). Dodatkowa składka pozwala przywrócić odpowiednią sumę ubezpieczenia.

Przeciwieństwem niedoubezpieczenia jest sytuacja nadoubezpieczenia, kiedy suma ubezpieczenia jest wyższa od wartości ubezpieczeniowej. Wówczas zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie do wartości szkody, czyli maksymalnie wartości ubezpieczenia, natomiast ubezpieczający może dochodzić zwrotu nadpłaconej składki (składki ponad wartość wymaganą do uzyskania pełnego pokrycia ubezpieczeniowego, gdy suma ubezpieczenia równa się wartości ubezpieczeniowej).

WAŻNE:

Zapoznaj się z zasadami naliczania amortyzacji, sposobu wyceny (części oryginalne a zamienniki) i określania szkody całkowitej, zawartymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Ich nieznanomość jest najczęstszą przyczyną sporu z zakładem ubezpieczeń. Zwróć uwagę na wyłączenia, np. konieczność przedstawienia kompletów kluczyków i dowodu rejestracyjnego w przypadku kradzieży, jak również wymóg posiadania ważnego badania technicznego.

5. Ubezpieczenia turystyczne

W związku ze wzmożonym ruchem turystycznym ubezpieczenia turystyczne są coraz popularniejsze. Zakres ubezpieczeń turystycznych systematycznie się rozszerza, oferując ochronę ubezpieczeniową w sytuacjach, które już z samej swojej natury są uciążliwe. A gdy dotyczą zdarzeń poza granicami kraju, niepomniernie się komplikują i zwiększają potencjalne koszty. Ubezpieczenia turystyczne oferowane w Polsce obejmują zarówno szkody majątkowe, jak i osobowe, m.in.:

- koszty leczenia (dotyczy również krajów Unii Europejskiej, gdzie obowiązuje Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego z uwagi na: zróżnicowany standard świadczeń, udzielanie tylko tzw. świadczeń koniecznych w natychmiastowych sytuacjach, występowanie współpłacenia, istnienie kolejek do świadczeń medycznych lub brak możliwości leczenia w placówkach publicznych). Wbrew pozorom ich znaczenie nie spadło po wejściu Polski do Unii Europejskiej;
- koszty związane z powypadkowym leczeniem obrażeń ciała (np. sprzęt ortopedyczny);
- koszty akcji ratowniczej (w wielu krajach są one odpłatne, np. w związku z użyciem śmigłowca);
- koszty transportu medycznego do kraju w celu dalszego leczenia (np. samolotem, czasem niezbędnym w związku z ciężkim stanem zdrowia, mogą wynieść nawet 40 tys. zł); koszty takiego transportu nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- koszty podróży i pobytu osoby towarzyszącej (gdy osoba ubezpieczona jest hospitalizowana poza granicami kraju);
- zadośćuczynienie bądź odszkodowanie związane z odpowiedzialnością cywilną (gdy osobie trzeciej wyrządzimy szkodę w mieniu lub na osobie, np. podczas uprawiania narciarstwa);
- koszty naprawy lub odkupienia uszkodzonego mienia (ubezpieczenia bagażu podróжного);
- koszty rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe i wcześniejszego powrotu (wywołane ściśle określonymi zdarzeniami o charakterze losowym, takimi jak: nieszczęśliwy wypadek, nagłe zachorowanie, śmierć osoby bliskiej, poważna szkoda w mieniu).

W ubezpieczeniach turystycznych stosuje się czasami udział własny, który z jednej strony ma ograniczyć liczbę zgłaszanych szkód o niskiej wartości, z drugiej zaś strony przyczynić się do większej dbałości ubezpieczonego o mienie. Udział własny w szkodzie może być określony kwotowo albo procentowo. Jeżeli w ubezpieczeniu turystycznym limit pokrycia kosztów leczenia wynosi 25 000 euro, a udział własny wynosi 100 euro, to przy szkodzie 1000 euro odszkodowanie wypłacone przez zakład ubezpieczenia wyniesie 900 euro.

WAŻNE:

Organizatorzy turystyki oferujący imprezy turystyczne za granicą mają obowiązek zawarcia, na rzecz osób uczestniczących w tych imprezach, umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia. Nigdzie jednak nie sprecyzowano zakresu ochrony ubezpieczeniowej, czy chociażby sumy ubezpieczenia. Dlatego każdorazowo należy upewnić się, czy są one adekwatne.

6. Ubezpieczenia osobowe

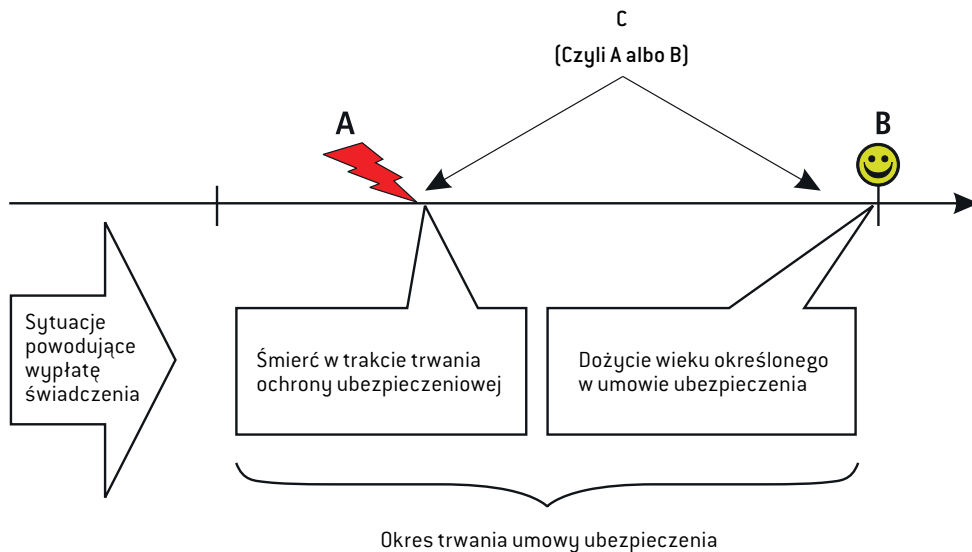
Ubezpieczenia osobowe, które dominują na polskim rynku ubezpieczeń, są głównie kojarzone z ubezpieczeniami Działu I, czyli ubezpieczeniami życiowymi. Wśród nich największą popularnością cieszą się ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Do pozostałych ubezpieczeń, o których warto wspomnieć, należą: posagowe i rentowe, zabezpieczające spłatę kredytu oraz chorobowe i następstw nieszczęśliwych wypadków.

Ubezpieczenia życiowe mogą spełniać funkcję ochronną albo ochronno-oszczędnościową. Funkcja ochronna zapewnia świadczenie w związku ze śmiercią ubezpieczonego, często uzupełniane o całkowitą niezdolność do pracy, natomiast funkcja oszczędnościowa ma na celu zgromadzenie odpowiedniej kwoty w momencie dożycia określonego wieku.

W ubezpieczeniu życiowym, w zależności od konstrukcji produktu, świadczenie będzie wypłacone:

- w przypadku śmierci (ubezpieczenia na życie)⁴² – punkt A na Schemacie 1;
- w przypadku dożycia określonego wieku (tzw. ubezpieczenie na dożycie) – punkt B na Schemacie 1;
- albo zarówno w przypadku śmierci, jak i dożycia określonego wieku (tzw. ubezpieczenie na życie i dożycie) – punkt A albo B na Schemacie 1.

Schemat 1. Ubezpieczenia na wypadek śmierci albo/i dożycie określonego wieku



Źródło: opracowanie własne.

Dość popularne jest ubezpieczenie na życie i dożycie w formie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (ang. *unit-linked*). Jest to ubezpieczenie, w którym występuje część ochronna i oszczędnościowa. Część ochronna pokrywa aktualne ryzyko zgonu, natomiast

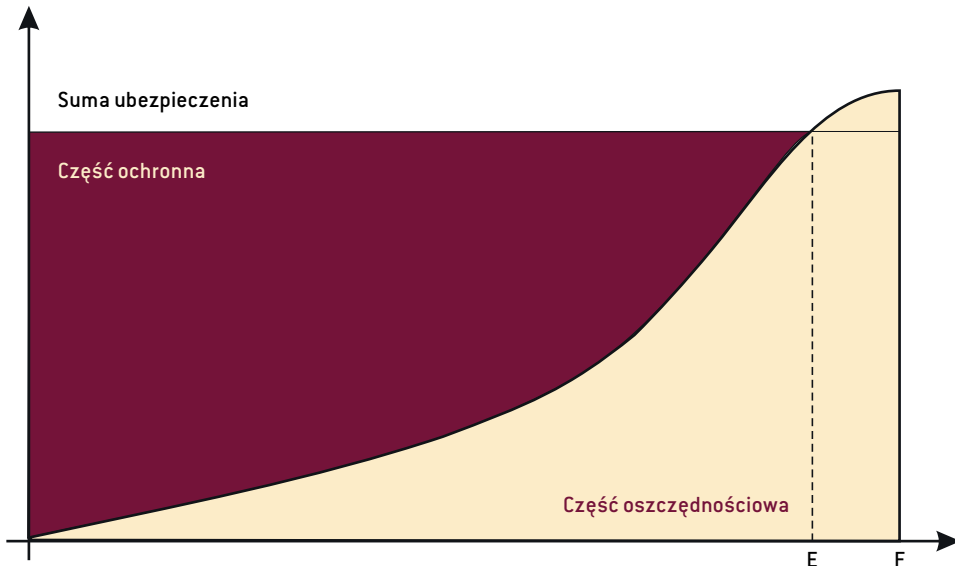
42. Dlatego poprawniej jest, gdy mówi się „ubezpieczenia na wypadek śmierci”, jednak nazwa „ubezpieczenia na życie” zadomowiła się w języku polskim.

część oszczędnościowa [w formie funduszu kapitałowego] gromadzi i pomnaża aktywa. Generalnie w przypadku śmierci zakład ubezpieczeń wypłaca sumę ubezpieczenia albo wartość funduszu, jeżeli przewyższa sumę ubezpieczenia, choć możliwe są tutaj różne warianty. Suma ubezpieczenia może być określona z góry lub jako procent wartości funduszu. W przypadku dożycia określonego w umowie wieku ubezpieczyciel wypłaca wartość zgromadzonego funduszu.

Fundusz kapitałowy jest skonstruowany podobnie jak fundusze inwestycyjne. Za składkę oszczędnościową nabywane są jednostki uczestnictwa w wybranych funduszach kapitałowych, zarządzanych przez zakład ubezpieczeń. Fundusze kapitałowe różnią się między sobą ekspozycją na ryzyko, czyli potencjalną zyskowością. Obowiązuje tutaj podstawowa zasada finansów, że im wyższy potencjalny zysk, tym większe ryzyko. Fundusz kapitałowy jest własnością ubezpieczonego i jest zarządzany na jego ryzyko, to znaczy, że ubezpieczyciel nie odpowiada za jego wyniki. Za zarządzanie funduszami kapitałowymi zakład ubezpieczeń pobiera specjalną opłatę.

Produkty z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w części inwestycyjnej mają konstrukcję podobną do funduszy inwestycyjnych, dlatego obecnie wiele firm ubezpieczeniowych wprowadza kartę produktu podobną do stosowanej przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych, która pozwala przynajmniej częściowo porównać część inwestycyjną. Karta produktu zaznacza jednocześnie różnice wynikające z odmiennej podstawy prawnej produktów ubezpieczeniowych, innych regulacji podatkowych oraz istnienia części ochronnej.

Wykres 3. Ubezpieczenia z częścią oszczędnościową i ochronną o stałej sumie ubezpieczenia



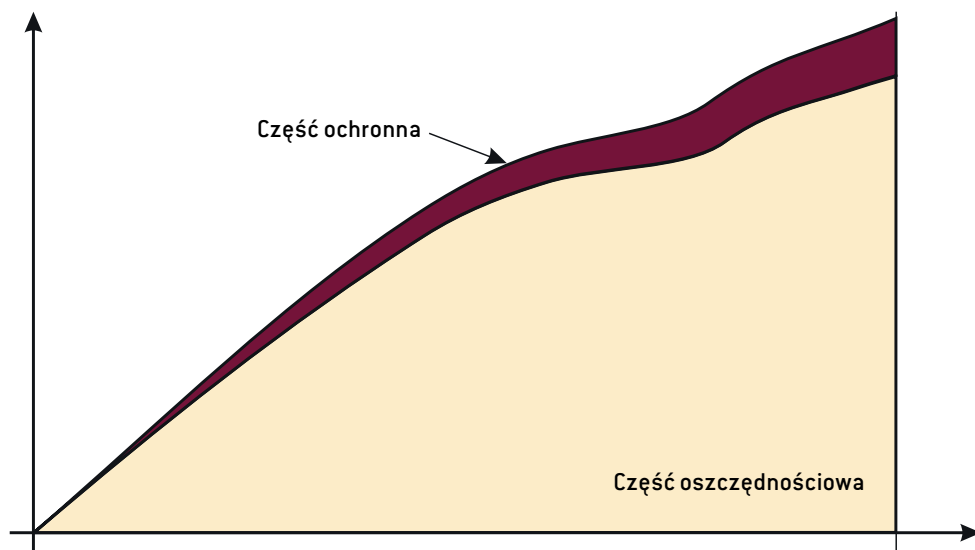
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 3 przedstawia standardową konstrukcję ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Część żółta, oszczędnościowa, odpowiada składkom wpłaconym na wybrane fundusze kapitałowe, które są zarządzane i pomnażane odpłatnie przez zakład ubezpieczeń. Część bordowa, ochronna, służy zapewnieniu świadczenia w wysokości sumy ubezpie-

czenia w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej. W sytuacji zgonu ubezpieczonego wypłacana jest część oszczędnościowa, a gdy jest ona niższa od sumy ubezpieczenia (na lewo od punktu E), wówczas różnicę pokrywa się z części oszczędnościowej, która jest finansowana z oddzielnych składek. Coraz częściej cała składka ubezpieczeniowa jest wpłacana do wybranych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a następnie w zależności od potrzeb – związanych z koniecznością pokrycia składki finansującej część ochronną – kosztów zarządzania funduszami itp. umarzana jest odpowiednia część jednostek zgromadzonych w funduszach kapitałowych. Taka konstrukcja umożliwia przerwanie opłacania składek w sytuacji przejściowych trudności finansowych bez zrywania umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o zmiennej wartości sumy ubezpieczenia, uzależnionej od wielkości części oszczędnościowej, jest typowym produktem inwestycyjnym, w którym w przypadku śmierci wypłacane jest świadczenie, które składa się z części oszczędnościowej i określonej wartości części ochronnej (najczęściej ustalonej jako procent części oszczędnościowej). W przypadku dożycia wypłacane jest świadczenie równe części oszczędnościowej.

Wykres 4. Ubezpieczenie z częścią oszczędnościową i ochronną o zmiennej sumie ubezpieczenia, uzależnionej od wartości części oszczędnościowej



Źródło: opracowanie własne.

WAŻNE:

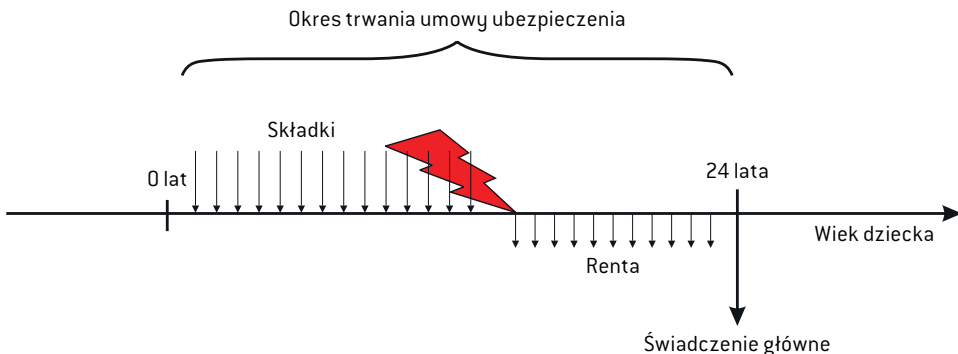
Umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wymaga opłacania składki, która składa się ze składki ochronnej i oszczędnościowej. Dodatkowo w pierwszej części trwania umowy ubezpieczenia ze składki pokrywane są koszty akwizycji (wynagrodzenie dla agenta lub brokera). Z tego powodu w pierwszym okresie kapitał

zgrupowany w funduszach kapitałowych ze składki oszczędnościowej może być niewielki. Ubezpieczeni mylą czasami to ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym lub lokatą bankową. Warto pamiętać, że tutaj oprócz części oszczędnościowej jest również część ochronna, która zapewnia wypłacenie sumy ubezpieczenia nawet dzień po zawarciu umowy ubezpieczenia (w przypadku zgonu osoby ubezpieczonej). Nie jest to zatem produkt czysto oszczędnościowy i zakłada istnienie potrzeby ochrony skutków finansowych śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Z uwagi na potencjalne wahania (również spadki) wartości funduszu, ubezpieczenie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest produktem długoterminowym i tylko tak powinno być traktowane. Wypowiedzenie umowy w początkowym okresie trwania ubezpieczenia naraża ubezpieczającego na straty.

Obecnie można się już spotkać z produktami, w których zakład ubezpieczeń gwarantuje, że wartość funduszu nie będzie spadać poniżej sumy nominalnych składek oszczędnościowych (przeznaczonych na finansowanie części oszczędnościowej) mimo bessy na giełdzie, ale jest to opcja, którą klient ma do wyboru. Zakres gwarancji może być różny i w przypadku wątpliwości warto poprosić o szczegółowe wyjaśnienia.

Ubezpieczenie posagowe (zaopatrzenia dzieci) to produkt, który w zamian za regularnie opłacane składki ma zapewnić dziecku określoną kwotę (sumę ubezpieczenia) w momencie dożycia przez nie wskazanego w umowie wieku, np. 24 lat. Osobą ubezpieczoną jest główny żywiciel i w przypadku jego śmierci zakład ubezpieczeń przejmuje opłacanie składek, dlatego suma ubezpieczenia jest wypłacana uposażonemu dziecku po okresie ubezpieczenia bez względu na możliwość opłacania składek przez osobę ubezpieczoną. Dodatkowo jeszcze można wykupić opcję renty dla dziecka w razie śmierci ubezpieczonego (w wysokości 2 proc. lub więcej sumy ubezpieczenia miesięcznie), która jest płacona do końca okresu ubezpieczenia i nie pomniejsza świadczenia głównego. Renta taka jest przedłużana dożywotnio, jeśli w okresie ubezpieczenia dziecko stało się inwalidą (80 proc. lub więcej inwalidztwa). Schemat funkcjonowania tego produktu przedstawiono poniżej.

Schemat 2. Funkcjonowanie ubezpieczenia posagowego (zaopatrzenia dzieci)



Źródło: opracowanie własne.

WAŻNE:

W przypadku ubezpieczenia posagowego niezwykle istotne jest okresowe indeksowanie (zwiększanie sumy ubezpieczenia), w takim zakresie, aby inflacja nie zmniejszyła realnej wartości końcowego świadczenia. W przypadku śmierci dziecka w okresie ubezpieczenia, osobie ubezpieczającej należy się, w zależności od umowy ubezpieczeniowej, przykładowo, zwrot składek lub wartości wykupu polisy.

Ubezpieczenia rentowe to produkty, które w zamian na składkę zapewniają wypłatę comiesięcznych świadczeń, najczęściej dożywotnich.⁴³ Ubezpieczenia rentowe są niezbędne do wypłaty emerytur, gdyż zapewniają wypłatę niezależnie od długości życia na emeryturze. Świadczenia takie są indeksowane wskaźnikiem wzrostu płac lub inflacji, tak aby zachować realną wartość nabywczą emerytury nawet po upływie kilkudziesięciu lat. Można się także spotkać z konstrukcją, w której zamiast indeksacji oferuje się udział w zyskach ze środków lokowanych przez zakład ubezpieczeń.

WAŻNE:

Jeżeli w ubezpieczeniach rentowych za składkę otrzymuje się świadczenie dożywotnie (np. emeryturę), to co do zasady nie podlega ona zwrotowi, nawet jeżeli osoba ubezpieczona pobrała tylko jedną emeryturę. Wynika to z podstawowej zasady ubezpieczeń – rozproszenia ryzyka. Ryzykiem, które podlega ochronie, jest życie dłuższe aniżeli przeciętnie, co bez ubezpieczenia skutkowałoby brakiem środków po przeżyciu przeciętnego dalszego trwania życia. W ubezpieczeniach rentowych osoby żyjące krócej finansują świadczenia osób żyjących dłużej, dlatego składka nie podlega zwrotowi. Można jednak wykupić rentę dożywotnią z okresem gwarantowanym (np. 10-letnim), co oznacza, że w przypadku zgonu emeryta w trakcie trwania okresu gwarancyjnego, do końca jego trwania (ale nie dłużej) świadczenie (lub jego część) będzie wypłacane wskazanemu wcześniej beneficjentowi.

Obecnie **ubezpieczenia osobowe chętnie wykorzystuje się do zabezpieczania kredytów, szczególnie hipotecznych**. Wynika to z faktu, że śmierć głównego żywiciela, lub niezdolność do pracy, oznacza utratę zdolności spłacania kolejnych rat kredytu, co jest szczególnie dramatyczne w sytuacji, gdy kredyt został zaciągnięty na dom/mieszkanie, w którym zamieszkuje rodzina zmarłego lub niezdolnego do pracy. Do zabezpieczania kredytów wykorzystuje się ubezpieczenia na wypadek śmierci albo trwałej niezdolności do pracy, czyli tylko z częścią ochronną, która maleje wraz ze spłatą zadłużenia. Jest to więc ubezpieczenie z malejącą sumą ubezpieczenia.

43. Niestety w Polsce w ramach ubezpieczeń społecznych funkcjonuje również nazwa „ubezpieczenie rentowe” dla określenia ubezpieczeń na wypadek niezdolności do pracy, dlatego może dochodzić do nieporozumień. Ubezpieczenia rentowe w znaczeniu opisywanym w tym opracowaniu oznaczają po prostu wypłatę renty ekonomicznej, czyli okresowej płatności w czasie, nazywanej również *annuitetem*.

WAŻNE:

Ubezpieczenia zabezpieczające kredyty są dość często sprzedawane przez instytucje kredytowe, które nie zawsze mają doświadczenie w sprzedawaniu ubezpieczeń. Powoduje to, że klienci nie są szczegółowo informowani o wyłączeniach. Pojawiają się również przypadki sprzedaży ubezpieczenia osobom niespełniającym warunków określonych w umowie ubezpieczenia, np. kryteriów wiekowych. Dlatego przed zawarciem takiego ubezpieczenia, należy szczegółowo zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, co pozwoli uniknąć sytuacji braku ochrony ubezpieczeniowej. Często trwała niezdolność do pracy powinna być potwierdzona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Ubezpieczenia chorobowe coraz częściej stanowią alternatywę dla systemu publicznego w zakresie świadczeń ambulatoryjnych, choć nie tylko. Coraz częściej zakres świadczeń jest rozszerzany o nieskomplikowane zabiegi. Ubezpieczenia takie zapewniają szybszy i bardziej komfortowy dostęp do świadczeń medycznych, odciążając jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Niestety wciąż jeszcze system publiczny nie jest precyzyjnie zdefiniowany, co bardzo utrudnia dalsze upowszechnianie ubezpieczeń chorobowych. Oprócz dostępu do usług ambulatoryjnych, ubezpieczenia chorobowe mogą zapewniać wypłatę określonego z góry świadczenia w sytuacji poważnego zachorowania (np. zawału serca), mogą sfinansować usługi trudno dostępne w systemie publicznym, w tym usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne. Pojawiają się już pierwsze ubezpieczenia szpitalne, pokrywające koszty leczenia w prywatnych szpitalach.

WAŻNE:

W ubezpieczeniach chorobowych często składka jest uzależniona od wieku. Im wyższy wiek, tym wyższa składka. Dla konsumentów ważna jest również opcja automatycznego przedłużania umowy, która zapewnia kontynuowanie ubezpieczenia nawet w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia.

Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) to produkt zapewniający świadczenie w sytuacji wystąpienia nagłego zdarzenia, którego przyczyną jest zewnętrzna. Jest to ubezpieczenie osobowe, czyli dotyczy śmierci lub szkód na osobie. Świadczenie jest wypłacane w przypadku zgonu, lub uszczerbku na zdrowiu, wskutek nieszczęśliwego wypadku. W ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków często finansowany jest również sprzęt rehabilitacyjny. Produkt ten dzięki prostej budowie cieszy się dużą popularnością i często jest dodawany do innych produktów finansowych. Z tego powodu może się okazać, że w tym samym momencie posiadamy kilka ubezpieczeń NNW. W zakresie szkód osobowych świadczenia nie wykluczają się wzajemnie i można je łączyć. Czyli można otrzymać świadczenie z kilku polis w przypadku jednego zdarzenia (np. złamanie nogi), pod warunkiem że zdarzenie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.⁴⁴

44. Czegoś takiego nie da się zrobić w ubezpieczeniach majątkowych, gdzie suma odszkodowania nie może przekroczyć poniesionej straty.

WAŻNE:

W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków zdarzeniem ubezpieczeniowym jest jedynie takie, które ma charakter nagły i zewnętrzną przyczynę (taką przyczyną nie jest np. zawał serca – przyczyna wewnętrzna). Stosunkowo często można się spotkać z ubezpieczeniami NNW o niskich sumach ubezpieczenia, która nie dla wszystkich zapewni ochronę na odpowiednim poziomie. Warto zwrócić na to uwagę i przy wyborze ubezpieczenia nie kierować się jedynie wysokością składki. Jeżeli relacja wysokości świadczenia i uszczerbku na zdrowiu jest określona w ogólnych warunkach, warto sprawdzić, jakie przypadki obejmuje (np. złamanie, ale nie skręcenie).

Ubezpieczenia na życie w zarządzaniu finansami osobistymi

Ubezpieczenia są bardzo istotnym elementem zarządzania finansami osobistymi, gdyż służą zapewnieniu świadczeń pieniężnych, w sytuacji gdy skutki finansowe zdarzeń losowych, takich jak np. śmierć głównego żywiciela, są nie do udźwignięcia dla pojedynczego gospodarstwa domowego w krótkim okresie. Stanowią też ważny element zabezpieczenia sytuacji finansowej, gdy występuje luka w zasobach.

W teorii zarządzania finansami gospodarstw domowych wyróżnić można klasycznie koszty i przychody. Na koszty składają się koszty utrzymania, koszty edukacji itp. oraz przyszłe zobowiązania. Na przychody składają się głównie zarobki, ale również inne przychody niezwiązane z pracą (np. związane z inwestowaniem na rynku kapitałowym). Wartość dodatnią z różnicy między kosztami i przychodami określić można mianem luki w przychodach. Luka w przychodach może być zmniejszona lub ograniczona dzięki świadczeniom z systemu zabezpieczenia społecznego.

Ewentualną lukę w przychodach da się zniwelować przy użyciu płynnych aktywów. Aktywa płynne to środki, które mogą być uruchomione w sytuacji, gdy nastąpi negatywne zdarzenie, takie jak np. śmierć głównego żywiciela. Są to np. oszczędności, świadczenia z ubezpieczeń itp. Niepłynne aktywa to takie, które nie są dostępne w danej sytuacji lub z innych powodów nie mogą zostać użyte do sfinansowania pojawiających się potrzeb, np. zamieszkiwane nieruchomości lub samochody potrzebne do transportu. Jeżeli mimo użycia płynnych aktywów nadal występuje deficyt, to można mówić o luce w zasobach. Lukę tę można zniwelować poprzez zwiększenie płynności aktywów, np. wykupując ubezpieczenie z funkcją ochronną. Poniższy przykład przedstawia konsekwencje śmierci męża w rodzinie z dwojgiem dzieci. Pierwsze dziecko rodzi się, gdy mąż ma 28 lat, a drugie planowane jest, gdy będzie miał 33 lata. Założono, że koszty utrzymania wyniosą 45 000 zł rocznie w przypadku samej żony oraz po 15 000 zł rocznie na każde dziecko. Koszty edukacji wyniosą 6000 zł rocznie dla dziecka w wieku 7–17 lat oraz 16 000 zł rocznie dla dziecka w wieku 18–24 lata. Zarobki żony wyniosą 48 000 zł rocznie. Podstawa wymiaru do obliczenia renty rodzinnej wynosi 7784,65 zł (w wieku 28 lat posiada 4-letni okres składkowy). Główny żywiciel posiada ubezpieczenie na życie z sumą ubezpieczenia 300 000 zł, które kończy się, gdy osiągnie 50 rok życia. Gospodarstwo domowe ma oszczędności na nagłe wydatki w wysokości 20 000 zł.

W tabeli 6 przedstawiono koszty, przychody, świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego oraz płynne aktywa w sposób pozwalający określić lukę w zasobach, jaka powstałaby w przypadku śmierci żywiciela w poszczególnych latach. Ta luka w zasobach powinna być uzupełniona ubezpieczeniem na wypadek śmierci albo niezdolności do pracy.

Tabela 6. Przykładowa analiza ubezpieczenia na życie w zarządzaniu finansami osobistymi

Wiek męża w momencie zgonu	Roczne wydatki (wartość skumulowana)	Wydatki na utrzymanie	Wydatki na edukację	Zobowiązania (raty kredytu hipotecznego)	Przychody (wartość skumulowana)	Renta rodzinna (wartość skumulowana)	Luka w przychodach	Płynne aktywa	Ubezpieczenie	Oszczędności	Luka w zasobach (suma ubezpieczenia)
28	3 056 000	60 000		20 000	1 488 000	531 986	1 036 014	320 000	300 000	20 000	716 014
29	2 976 000	60 000		20 000	1 440 000	520 778	1 015 222	320 000	300 000	20 000	695 222
30	2 896 000	60 000		20 000	1 392 000	508 616	995 384	320 000	300 000	20 000	675 384
31	2 816 000	60 000		20 000	1 344 000	495 502	975 498	320 000	300 000	20 000	656 498
32	2 736 000	60 000		20 000	1 296 000	481 435	958 565	320 000	300 000	20 000	638 565
33	2 656 000	60 000		20 000	1 248 000	466 593	941 407	320 000	300 000	20 000	471 407
34	2 576 000	75 000	6000	20 000	1 200 000	602 063	773 937	320 000	300 000	20 000	453 937
35	2 496 000	75 000	6000	20 000	1 152 000	586 524	736 476	320 000	300 000	20 000	416 476
36	2 374 000	75 000	6000	20 000	1 104 000	569 976	709 024	320 000	300 000	20 000	380 024
37	2 273 000	75 000	6000	20 000	1 056 000	552 419	664 581	320 000	300 000	20 000	344 581
38	2 172 000	75 000	6000	20 000	1 008 000	533 853	630 147	320 000	300 000	20 000	310 147
39	2 071 000	75 000	12 000	20 000	960 000	514 279	596 721	320 000	300 000	20 000	276 721
40	1 964 000	75 000	12 000	20 000	912 000	493 695	558 305	320 000	300 000	20 000	238 305
41	1 857 000	75 000	12 000	20 000	864 000	472 103	520 897	320 000	300 000	20 000	200 897
42	1 750 000	75 000	12 000	20 000	816 000	449 502	484 498	320 000	300 000	20 000	164 498
43	1 643 000	75 000	12 000	20 000	768 000	425 892	449 108	320 000	300 000	20 000	129 108
44	1 536 000	75 000	12 000	20 000	720 000	401 273	414 727	320 000	300 000	20 000	94 727
45	1 429 000	75 000	22 000	20 000	672 000	375 645	381 355	320 000	300 000	20 000	61 355
46	1 312 000	75 000	22 000	20 000	624 000	349 008	338 992	320 000	300 000	20 000	18 992
47	1 195 000	75 000	22 000	20 000	576 000	321 363	297 637	320 000	300 000	20 000	-22 363
48	1 078 000	75 000	22 000	20 000	528 000	292 708	257 292	320 000	300 000	20 000	-62 708
49	961 000	75 000	22 000	20 000	480 000	263 045	217 955	320 000	300 000	20 000	-102 045
50	844 000	75 000	32 000	20 000	432 000	232 372	179 628	320 000	300 000	20 000	-140 372
51	717 000	75 000	32 000	20 000	384 000	200 691	132 309	20 000	300 000	20 000	112 309
52	590 000	60 000	16 000	20 000	336 000	176 338	77 662	20 000	20 000	20 000	57 662
53	494 000	60 000	16 000	20 000	288 000	145 200	60 800	20 000	20 000	20 000	40 800
54	398 000	60 000	16 000	20 000	240 000	111 996	46 004	20 000	20 000	20 000	26 004
55	302 000	60 000	16 000	20 000	192 000	76 729	33 271	20 000	20 000	20 000	13 271
56	206 000	60 000	16 000	20 000	144 000	39 397	22 603	20 000	20 000	20 000	2603
57	110 000	45 000		20 000	96 000		14 000	20 000	20 000	20 000	-6000
58	45 000	45 000			48 000		3000	20 000		20 000	-23 000

Źródło: opracowanie własne.

Należy zwrócić uwagę, że nie jest to wartość stała w czasie. Dynamiczne podejście do luki w zasobach pomaga zoptymalizować użycie ochrony ubezpieczeniowej, szczególnie w zakresie określenia sumy ubezpieczenia. Początkowo wymagana dodatkowa suma ubezpieczenia zmniejsza się do zera. Natomiast później problem pojawia się ponownie po wygaśnięciu pierwszej umowy ubezpieczenia.

W przykładzie nie uwzględniono potrzeby gromadzenia oszczędności emerytalnych, co jeszcze bardziej zwiększyłoby potrzebę skorzystania z produktów ubezpieczeniowych. Analizę można dodatkowo rozszerzyć o potrzebę sfinansowania opieki długoterminowej, związanej z niezdolnością do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.

IV. Oferta sektora ubezpieczeń dla firm

- Ubezpieczenie mienia
- Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
- Umowa ubezpieczenia kredytu kupieckiego
- Gwarancja ubezpieczeniowa
- Ubezpieczenie *business interruption*

Ubezpieczenia od wieków towarzyszą przedsiębiorstwom, zabezpieczając ich majątek i transakcje. Dość trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie gospodarki bez ubezpieczeń, a ich znaczenie dla stabilizacji i innowacyjności jest nie do przecenienia. Ochrona jest szczególnie ważna w przypadku zdarzeń mogących poważnie naruszyć równowagę przedsiębiorstwa. Wśród elementów zagrożonych firmy można wymienić:

- Mienie (szkody związane z budynkami, maszynami, materiałami do produkcji, półfabrykatami, składowaną produkcją);
- Przychody (bardzo wrażliwe ze względu na zmiany obrotów);
- Odpowiedzialność cywilna (każdy produkt ze względu na swoje wady może wywołać konieczność wypłaty odszkodowań);
- Zbyt niskie kapitały lub małe doświadczenie i konieczność korzystania z gwarancji.

Należy jednak pamiętać, że ubezpieczenie zapewnia ochronę w ramach określonych przez umowę z zakładem ubezpieczeń. Dlatego znajomość praw i obowiązków stanowi podstawowy warunek skuteczności ochrony ubezpieczeniowej. Firmy, w przeciwieństwie do konsumentów, są traktowane inaczej, zakłada się bowiem, że stanowią równorzędną stronę umowy.

Odszkodowania i świadczenia są generalnie zwolnione z podatku dochodowego, gdyż mają przeważnie funkcję kompensacyjną. Od tej zasady są trzy główne wyjątki. Dwa pierwsze dotyczą podatku dochodowego od:

- odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c u.o.p.d.o.f. oraz
- dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Trzeci wyjątek to pomniejszenie sumy odszkodowania o wartość podatku VAT, gdy przedsiębiorca korzystał z odliczenia VAT przy zakupie maszyny albo urządzenia (jest zarejestrowanym podatnikiem podatku VAT). W sytuacji gdy ubezpieczony lub uprawniony do odszkodowania ma prawo do odliczenia podatku VAT zawartego w kosztach naprawy, zakład ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie nieobejmujące tego podatku.

1. Ubezpieczenia dla MSP

Specyfika małych i średnich przedsiębiorstw (MSP) sprawia, że wymagają one odrębnego potraktowania. Duża różnorodność działalności i zmienność jej dynamiki powoduje, że utrudnione jest opracowanie standardowego produktu, ponieważ niełatwo tutaj o standaryzację. Dlatego produkty dla MSP powinny się charakteryzować dużym wachlarzem opcji wraz z możliwością ich dopasowania do określonego klienta. Wymaga to od zakładu ubezpieczeń dużej elastyczności.

MSP z jednej strony cechuje duża indywidualizacja potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, a z drugiej strony dość częsty brak służb i zasobów umożliwiających komunikację z zakładami ubezpieczeń na odpowiednim poziomie profesjonalizmu. Dlatego też dla określenia potrzeb ubezpieczeniowych i dostosowania do nich odpowiedniej oferty produktowej wymagana jest pomoc brokera.

Obecnie w Polsce MSP korzystają głównie z ubezpieczenia samochodów (OC i autocasco), ubezpieczenia na wypadek kradzieży i FLEXA, ubezpieczenia szyb oraz sprzętu elektronicznego. MSP najczęściej korzystają z ubezpieczeń pakietowych, w których potencjalny zakres ochrony, zapewniany przez dostępne opcje, jest dość szeroki. Szczególnie interesujące dla sektora MSP mogą być ubezpieczenia typu *all risks*, w których zasadniczo nie ma znaczenia przyczyna zdarzenia powodująca stratę, gdyż obejmują wszystkie przyczyny poza enumeratywnie podanymi wyłączeniami.⁴⁵ Taki sposób określenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej jest bardzo wygodny, szczególnie dla sektora MSP, który nie ma warunków do szczegółowej analizy szkodowości.⁴⁶ W Polsce pokrycie typu *all risks* występuje głównie w ubezpieczeniach mienia. Na rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych zauważalna jest tendencja do rozszerzania tego typu pokrycia na wszelkie możliwe szkody, nie tylko w mieniu.

45. Przeciwnieństwem ubezpieczeń typu *all risks* są ubezpieczenia, w których ochroną są objęte zdarzenia wywołane ściśle określonym ryzykiem, np. pożarem, kradzieżą itp.

46. Chodzi tutaj zarówno o skalę działania, jak i możliwości techniczno-organizacyjne.

Ubezpieczenia życiowe jako element planu sukcesji firmy

W sytuacji zgonu właściciela albo współwłaściciela spółki występuje problem dziedziczenia majątku firmy. Często wartość rynkowa firmy przewyższa wielokrotnie wartość bilansową, wówczas wspólnik albo osoba przejmująca zarządzanie może mieć bardzo duży problem z szybkim zebraniem odpowiedniej wielkości środków pieniężnych i spłaceniu zobowiązań względem spadkobierców lub organów skarbowych.

W takich sytuacjach może pomóc ubezpieczenie życiowe, w którym ubezpieczającym jest firma, a ubezpieczonym właściciel albo współwłaściciele, osobami zaś uprawnionymi pozostali wspólnicy albo wskazany spadkobierca. Odpowiednia konstrukcja ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (zgon właściciela albo współwłaściciela), spłatę zobowiązań i niezakłóconą kontynuację działalności.

2. Ubezpieczenia mienia

2.1. Ubezpieczenia kradzieżowe

Mimo stosowania coraz bardziej wymyślnych zabezpieczeń antykradzieżowych, systemów dozoru itp. utrata mienia na skutek przestępstwa jest wciąż realnym zdarzeniem. Ubezpieczenia kradzieżowe (na wypadek kradzieży z włamaniem i rabunku) to jedne z bardziej popularnych ubezpieczeń majątkowych. Swoim zakresem ubezpieczenia te obejmują dokonanie lub usiłowanie dokonania zagarnięcia mienia w celu przywłaszczenia. Może ono nastąpić w drodze kradzieży z włamaniem lub rabunku. Kradzież z włamaniem to najczęściej zabór mienia z pomieszczeń po uprzednim usunięciu zabezpieczeń, otworzeniu pomieszczeń przy użyciu narzędzi albo oryginalnych kluczy (z zastrzeżeniem, że złodziej wszedł w posiadanie kluczy wbrew woli właściciela). Rabunek natomiast to zabór mienia przy użyciu albo groźbie użycia przemocy. Dokładny zakres ubezpieczenia jest określony przez definicje kradzieży z włamaniem i rabunku przyjęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Przedmiotem ochrony jest mienie ruchome, które jest własnością ubezpieczonego albo jest w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego (np. sprzęt elektroniczny oddany do naprawy). W skład ubezpieczonego mienia wchodzi m.in. środki obrotowe, maszyny, wyposażenie i urządzenia stanowiące zabezpieczenie lokalu. Obecnie ryzyko kradzieży dotyczy również maszyn i urządzeń, także tych, które znajdują się na zewnątrz, np. na placu budowy. Standardowe wyłączenia obejmują akta, dokumenty i dane księgowe, zbiory kolekcjonerskie itp.

Warunkiem objęcia ubezpieczeniem jest posiadanie odpowiednich urządzeń zabezpieczających. W zależności od klasy zabezpieczeń można liczyć na adekwatne zniżki w składce.

2.2. Ubezpieczenie na wypadek pożaru i innych żywiołów – FLEXA

Skrót FLEXA pochodzi od pierwszych liter ryzyk stanowiących minimalny zakres tego typu ubezpieczenia, tj. *Fire* (ogień, pożar), *Lightning* (uderzenie pioruna), *Explosion* (eksplozja) i *Aircraft crash landing* (upadek statku powietrznego). Strata powstała w zasobach jest objęta ochroną

ubezpieczeniową tylko wówczas, gdy ryzyko takie w bezpośredni sposób przyczyniło się do zniszczenia mienia.

Ryzyko pożaru towarzyszy ludzkości od zawsze i mimo postępów w technologii do dnia dzisiejszego nie zostało ujarzmione. W 1666 r. wielki pożar Londynu doprowadził do stworzenia zinstytucjonalizowanej wspólnoty ryzyka w celu finansowania skutków pożaru. Ubezpieczeniom na wypadek pożaru zawdzięczamy rozwinięcie się wielu form prewencji w tym zakresie, takich jak straż pożarna, ogniotrwałe materiały budowlane i sposób projektowania zabudowy utrudniający rozprzestrzenianie się ognia. W ramach ryzyka pożaru ochroną ubezpieczeniową często objęte są również szkody, gdy uszkodzone mienie jest niezdatne do naprawy lub koszt naprawy przekracza sumę ubezpieczenia (np. pokrycie sadzą lub przesiąknięcie zapachem dymu), czyli tzw. szkody konstruktywne.

Do momentu wynalezienia piorunochronu **ryzyko uderzenia pioruna** było realnym zagrożeniem dla właścicieli budynków. Obecnie ryzyko to nadal stanowi zagrożenie, z uwagi na ewentualne przepięcia lub niekontrolowany przepływ energii, jaki może powstać na skutek uderzenia pioruna. Coraz więcej urządzeń nas otaczających jest bardzo czułych na wyładowania elektryczne, dlatego wbrew pozorom ryzyko uderzenia pioruna jest wciąż aktualne.

Ryzyko eksplozji (wydostania się ze zbiornika gazów pod dużym ciśnieniem na zewnątrz) powstało wraz z wprowadzeniem do przemysłu maszyn parowych. Wadliwa konstrukcja kotłów parowych i ich nieumiejętna obsługa były przyczyną stosunkowo częstych wybuchów. Zakres i siła rażenia były o wiele silniejsze niż jakiegokolwiek innej wykorzystywanej formy produkcji energii (nie licząc prochu). W porównaniu z wcześniejszymi napędami wykorzystującymi nurt rzeki lub energię wiatru, skutki ewentualnej awarii były znaczące. Statystyki i badania przyczyn wybuchów prowadzone przez zakłady ubezpieczeń przyczyniły się do ulepszenia konstrukcji i zwiększenia bezpieczeństwa korzystania z tego typu urządzeń. Stosunkowo często oprócz eksplozji w ramach ubezpieczenia FLEXA ubezpieczane jest również zjawisko implozji, tj. wtargnięcia pod dużym ciśnieniem gazów do zbiornika.

Ryzyko upadku statku powietrznego dzięki wysokim standardom wprowadzonym w lotnictwie jest o wiele rzadsze niż wypadek spowodowany przez pojazd lądowy. Należy jednak wskazać, że potencjalne straty są wysokie. Nowe zagrożenie wynikające z upadku statków powietrznych związane jest z wykorzystywaniem samolotów jako broni w atakach terrorystycznych. Akty terroru są jednak wyłączone ze standardowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Wspomniane ryzyka stanowią minimalny zakres ryzyk⁴⁷, jakie podlegają ochronie w przypadku standardowych ubezpieczeń na wypadek pożaru i innych zdarzeń losowych.

Mimo że FLEXA jest ubezpieczeniem standardowym co do minimalnego zakresu ryzyk, to należy zauważyć, że różnice między produktami są czasami naprawdę duże i wynikają z odmiennych definicji ryzyk objętych ochroną oraz dodatkowego pokrycia ubezpieczeniowego. Dlatego oprócz wysokości składki zaleca się dokładne przeanalizowanie proponowanej ochrony lub skorzystanie z usług brokera ubezpieczeniowego.

47. Dodatkowe ryzyka najczęściej oferowane w ramach ubezpieczeń FLEXA to: zalanie, deszcz nawalny, powódź, śnieg, grad, huragan, lawina, obsuwanie się ziemi, trzęsienie ziemi, zapadanie się ziemi, kradzież z włamaniem, uderzenie pojazdu, spływ wód po zboczach.

Ubezpieczenie na sumy stałe i na pierwsze ryzyko

W ubezpieczeniach na sumy stałe suma ubezpieczenia jest orientacyjną sumą wszystkich zgłoszonych do ubezpieczenia przedmiotów i określa maksymalną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W ubezpieczeniach z sumą na pierwsze ryzyko określa się maksymalną wartość jednorazowej pierwszej szkody, która jest sumą ubezpieczenia na pierwsze ryzyko, czyli maksymalnym limitem odpowiedzialności zakładu za tę pierwszą szkodę. Wybór metody zależy od prawdopodobieństwa, że w wyniku jednej szkody utracimy całą majątek.

3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Przedsiębiorcy coraz częściej dostrzegają potencjalne skutki działań, które bezpośrednio dotyczą osób trzecich. Ze względu na trudną do oszacowania wartość szkód, wiele podmiotów decyduje się na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jako elementu planu zarządzania ryzykiem. Odpowiedzialność cywilna obejmuje szkody poniesione przez osobę trzecią wskutek spowodowania śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju ciała, albo zniszczenia lub uszkodzenia mienia, w tym utracone korzyści. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej udziela ochrony na określone ryzyka w przypadku prawnego obowiązku poniesienia kosztów związanych z wymienionymi szkodami. Odpowiedzialność cywilna może być kontraktowa (powstaje w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania z powodów, za które odpowiada dłużnik) bądź deliktowa (powstaje poza stosunkiem zobowiązaniowym i jest związana ze szkodą wyrządzoną czynem niedozwolonym).

Ubezpieczyciele ograniczają swoją odpowiedzialność do szkód rzeczywistych (*damnum emergens*), wyłączając szkody hipotetyczne. Umowa może dotyczyć okresu (najczęściej rok) lub określonego projektu, zadania itp.

Świadczenie główne zakładu ubezpieczeń zawiera w sobie zapłatę odszkodowania w granicach odpowiedzialności ubezpieczającego, maksymalnie do wielkości sumy gwarancyjnej. Dodatkowo zalicza się też koszty pracy rzeczoznawców zaakceptowanych przez ubezpieczyciela oraz wydatki za poniesione szkody w celu minimalizacji strat lub koszty sprawy sądowej o roszczenia na rzecz osób trzecich (prowadzonej na polecenie lub za aprobatą zakładu ubezpieczeń). Świadczenie obejmuje zwykle ponadto koszty postępowania pojednawczego. Dodatkowe świadczenia z reguły wymagają wcześniejszych uzgodnień z zakładem ubezpieczeń, są też często ograniczone procentem sumy gwarancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje zwykle szkód spowodowanych przez osoby, które nie miały uprawnień do wykonywania określonych czynności, lub będące następstwem naruszenia praw autorskich, jak również kar umownych i odszkodowań spowodowanych odstąpieniem od umowy.

W ubezpieczeniach OC istotne jest określenie tzw. triggera, czyli zakresu czasowego ochrony. Można wyróżnić pięć triggerów:

1. *Act committed* – zdarzenie, które jest pierwotną przyczyną szkody, ma miejsce w okresie ubezpieczenia bez względu na moment powstania lub ujawnienia się szkody bądź zgłoszenia roszczenia,

2. *Occurrence* – zdarzenie powodujące bezpośrednio szkodę w okresie ubezpieczenia,
3. *Loss occurrence* – powstanie szkody występującej w okresie ubezpieczenia,
4. *Loss manifestation* – ujawnienie się (wykrycie) szkody przez poszkodowanego w okresie ubezpieczenia,
5. *Claims made* – zgłoszenie szkody, tj. roszczenia w okresie ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenie kredytu kupieckiego

Kredyt kupiecki jest zwyczajowym odroczeniem zapłaty za dostarczone towary i jego zadaniem jest usprawnienie obrotu gospodarczego. Przy nasilającej się konkurencji, udzielanie kredytu kupieckiego zwiększa znacznie krąg odbiorców. Tak jak w przypadku każdego kredytu istnieje niebezpieczeństwo jego niespłacenia. Dłużnik może zbankrutować lub odmówić zapłaty za dostarczony towar lub usługę. W sytuacji gdy dochodzenie swoich wierzytelności jest w stanie trwać latami i niekoniecznie zostać uwieńczone sukcesem, brak zapłaty za poważny kontrakt może naruszyć stabilność finansową nawet dużej firmy. Aby uniknąć takiej sytuacji, można wykupić ubezpieczenie kredytu kupieckiego. Ochroną ubezpieczeniową objęte są należności, jakie przysługują ubezpieczającemu od dłużnika, jeśli szkoda (niewypłacenie należności) powstała wskutek:

- upadłości dłużnika ogłoszonej prawomocnym postanowieniem sądu,
- odmowy ogłoszenia upadłości, jeśli majątek nie jest wystarczający na zaspokojenie kosztów postępowania,
- otwarcia postępowania układowego z dłużnikiem,
- przystąpienia do postępowania układowego z dłużnikiem,
- prawomocnego ukończenia nieskutecznego postępowania egzekucyjnego (nie nastąpiło pełne zaspokojenie roszczeń),
- upłynięcia okresu zwłoki (30–180 dni, zależy od konkretnej umowy) w zapłacie należności (prolongata powoduje wydłużenie tego okresu o czas jej trwania). Ubezpieczeniem objęte są rzeczy lub usługi sprzedane w ramach działalności prowadzonej we własnym imieniu i na własną rzecz, o ile zostały zaakceptowane przez dłużnika w sposób ogólnie przyjęty. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje należności potwierdzone fakturami wraz z podatkiem od towarów i usług oraz poniesionymi z tytułu sprzedaży kosztami transportu, ubezpieczenia oraz wystawienia weksla. Do głównych wyłączeń należą:
- koszty uboczne (odsetki, kary umowne, straty w różnicach kursowych itp.),
- należności od dłużników, których upadłości nie można ogłosić,
- należności od dłużników, którzy mają decydujący wpływ na ubezpieczającego, lub na odwrót, gdy ubezpieczający ma decydujący wpływ na dłużnika.

Wyłączenie dotyczy również sytuacji, gdy szkoda powstała w wyniku:

- wojny, stanu wyjątkowego, aktów terroru, strajków lub zamieszek społecznych,
- nacjonalizacji, komunalizacji, wywłaszczenia lub konfiskaty majątku dłużnika,
- państwowych utrudnień w transferze towarów lub płatności,
- działania nadzwyczajnych sił przyrody.

Umowa ubezpieczenia jest zawierana zwykle na 1 rok, czasami na 6 miesięcy. W zależności od przyjętego rozwiązania może dotyczyć wszystkich bądź wybranych kontrahentów. Kolejne

rozwiązanie sprzyja antyselekcji, ubezpieczeniu najbardziej zagrożonych niewypłacalnością dłużników. Z tego powodu może skutkować relatywnie wyższą składką lub zawężeniem faktycznej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka obliczana jest indywidualnie dla każdej umowy na podstawie obrotu kredytowego z kontrahentami objętymi ubezpieczeniem (od kilku do kilkunastu promili sumy obrotu kredytowego ubezpieczającego). Naliczanie i opłacanie składki następuje cyklicznie za określone okresy. Często można się spotkać ze składką minimalną, którą należy wyrównać, jeśli składka obliczona na podstawie obrotu jest od niej mniejsza. Standardowo w ubezpieczeniach kredytu kupieckiego występuje udział własny, który nie podlega wykupowi z uwagi na hazard motywacyjny.

Ubezpieczenie kredytu kupieckiego wymaga szeregu danych, istotnych z punktu widzenia wysokości składki. Z tego powodu ubezpieczyciel warunkuje ochronę ubezpieczeniową terminowym przedstawieniem właściwych informacji. Dla tego typu ubezpieczeń określa się tzw. limit kredytowy, który stanowi górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie należności przysługujących ubezpieczającemu od określonego dłużnika. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest wniosek, który zawiera informacje dotyczące współpracy z dłużnikiem, takie jak:

- informacje o zawartych kontraktach,
- obroty teraźniejsze i planowane (w tym obroty w kredycie),
- stan obecny i historia zadłużenia,
- informacje o terminach płatności (ustalonych i rzeczywistych).

Liczba informacji, które należy dostarczyć, różni się w zależności od kwoty oczekiwanego limitu. Należy przy tym pamiętać, iż zakład ubezpieczeń sam również będzie poszukiwał informacji na temat kontrahenta. Ubezpieczycielom prowadzącym własne wywiadownie do określenia limitu kredytowego może wystarczyć numer REGON. Wypłacalność dłużnika jest na bieżąco monitorowana i jej zmiany mogą skutkować zmianami limitu kredytowego lub nawet cofnięciem limitu w trakcie trwania umowy. Cofnięcie limitu nie odnosi się do sprzedaży poprzedzającej dzień otrzymania takiej informacji od ubezpieczyciela. Należności, które przekraczają limit, mogą być stopniowo, równocześnie z regulowaniem przez dłużnika należności, obejmowane ochroną ubezpieczeniową.

Jednym z ważnych parametrów tego ubezpieczenia jest maksymalny okres kredytu. Może on być taki sam dla wszystkich dłużników lub indywidualnie określony dla konkretnych kontrahentów. Przekroczenie tego terminu, lub przekonanie ponad wszelką wątpliwość o tym, że zdarzenie wystąpi, winno być natychmiast (przeważnie do 7 dni) zgłoszone zakładowi ubezpieczeń. Od tego momentu należności z nowo realizowanej sprzedaży z takim kontrahentem nie są już objęte ochroną ubezpieczeniową, chyba że zakład ubezpieczeń pisemnie potwierdzi kontynuację ochrony ubezpieczeniowej.

Każdy znany ubezpieczającemu fakt, który powoduje zwiększenie ryzyka niezapłacenia przez dłużnika należności, powinien być natychmiast (zwykle do 7 dni) przekazany zakładowi ubezpieczeń. Do takich zdarzeń można zaliczyć:

- zgłoszenie wniosku o upadłość,
- złożenie wniosku lub otwarcie postępowania układowego,
- złożenie wniosku lub otwarcie postępowania likwidacyjnego,
- wstrzymanie dostaw do dłużnika z powodu jego złej sytuacji płatniczej,

- niemożność realizacji czeku lub weksla,
- zaciągnięcie przez dłużnika nowych zobowiązań, które mogą ponad miarę obciążyć jego zdolność do spłacania należności.

Do obowiązków ubezpieczającego należy również podejmowanie wszelkich możliwych czynności, które ograniczyłyby ryzyko powstania szkody bądź zmniejszyły jej wysokość. Wszelkie umowy z dłużnikiem mogą być zawarte jedynie za zgodą zakładu ubezpieczeń, który sam może zlecić bądź podjąć w imieniu ubezpieczającego czynności zmierzające do zmniejszenia ryzyka lub straty (np. zawarcie z dłużnikiem porozumienia o zabezpieczeniu należności). Wówczas koszty takiego postępowania są traktowane jako szkoda objęta ochroną ubezpieczeniową. Od momentu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo wglądu i wykonywania kopii dokumentów związanych z wykonywaniem umowy. Prawo to obejmuje też ściśle zdefiniowany okres po wypłacie odszkodowania.

Nie jest dozwolone zrzeczenie się należności bądź jakiegokolwiek ograniczenie praw zabezpieczających świadczenie dłużnika bez uprzedniej zgody zakładu ubezpieczeń. To samo tyczy się przenoszenia wierzycelności, które są zabezpieczeniem dokonania płatności na rzecz ubezpieczającego.

Świadczenie obliczane jest jako należności z dnia zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i inne koszty zaliczane do szkody. Świadczenie jest pomniejszane o należności, które:

- nie są objęte ubezpieczeniem,
- mogą być potrącone jako wierzycelności dłużnika względem ubezpieczającego,
- stanowią równowartość rzeczy i kwot odzyskanych przez zastrzeżenie prawa własności, lub
- są kwotami odzyskanymi w wyniku realizacji innych zabezpieczeń.

Ubezpieczyciel może ograniczyć świadczenie do wielokrotności składki.

W przypadku gdy nie można stwierdzić, w jakiej części odzyskane środki były objęte ochroną ubezpieczeniową, stosuje się zasadę proporcji należności ubezpieczonych do nieubezpieczonych.

Wypłata odszkodowania jest równoznaczna z przejściem roszczeń ubezpieczającego względem dłużnika na zakład ubezpieczeń do wysokości wypłaconego świadczenia. To samo dotyczy wierzycelności osób trzecich odpowiedzialnych za wypłatę należności przez dłużnika oraz innych zabezpieczeń. Ubezpieczający może zlecić ubezpieczycielowi dochodzenie i egzekwowanie należności przewyższających wypłacone odszkodowanie. Wszelkie ustalenia między ubezpieczającym i zakładem ubezpieczeń winny być dokonywane w formie pisemnej. Niektóre informacje, jak chociażby wiadomość o szkodzie, mogą wymagać specjalnego sposobu powiadomienia, np. faks i list polecony ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Niedopełnienie obowiązków nałożonych na ubezpieczającego może skutkować odmową wypłaty przez ubezpieczyciela części lub całości odszkodowania.

5. Gwarancja ubezpieczeniowa

Gwarancja ubezpieczeniowa jest powszechnie stosowanym instrumentem finansowym. Sprawada się do zagwarantowania wypłaty przez gwaranta (zakład ubezpieczeń) na rzecz beneficjenta gwarancji (gwarantariusza) określonego świadczenia pieniężnego w sytuacji zajścia wymienionego w gwarancji zdarzenia losowego. Obowiązek zapłaty przez gwaranta sumy gwarancji jest zwykle

zobowiązaniem nieodwołalnym i bezwarunkowym. W praktyce życia gospodarczego gwarancja ubezpieczeniowa udzielana jest zazwyczaj na zlecenie dłużnika (kontrahenta) w celu wzmocnienia pewności spłaty zadłużenia.

Gwarancja ubezpieczeniowa ma szerokie zastosowanie i umożliwia rozwój działalności bez potrzeby angażowania własnych kapitałów. Stosuje się ją w wielu obszarach, np.:

- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty wiarygodności kontraktowych,
- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty zobowiązań z tytułu podatku akcyzowego,
- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty długu celnego (stosowana przez importerów),
- gwarancja ubezpieczeniowa należytego wykonania kontraktu,
- gwarancja ubezpieczeniowa zwrotu zaliczki,
- gwarancja ubezpieczeniowa właściwego usunięcia wad lub usterek,
- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty za roboty budowlane (często stosowana w budownictwie),
- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty *wadium* (tzw. gwarancja wadialna),
- gwarancja ubezpieczeniowa zapłaty cła i innych opłat z tytułu operacji z wykorzystaniem karnetów TIR,
- gwarancja ubezpieczeniowa wykonania zobowiązań z tytułu świadczonych usług turystycznych.

O wystawienie gwarancji występuje dłużnik, który w sytuacji jej wykorzystania jest zobowiązany do zwrotu zakładowi ubezpieczeń kwoty wypłaconej gwarancji. Wszystkie poważniejsze projekty infrastrukturalne wykorzystują gwarancje ubezpieczeniowe w trakcie poszczególnych etapów inwestycji.

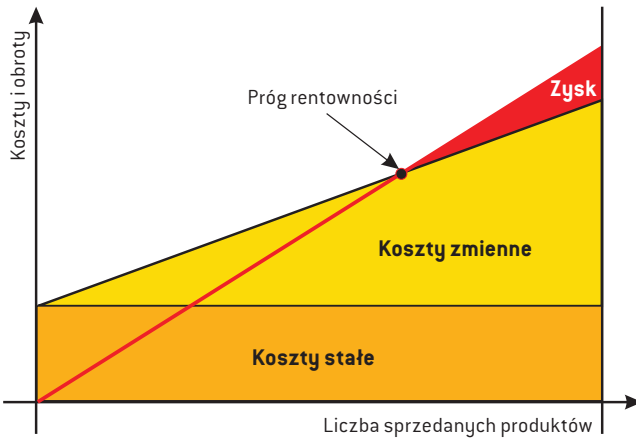
6. Ubezpieczenie *business interruption*

Business interruption stanowi jeden z bardziej skomplikowanych produktów ubezpieczeniowych. Jest to ubezpieczenie z pogranicza działań technicznych i finansowych. Sama procedura wymagana przy zawarciu takiej umowy może korzystnie wpłynąć na świadomość potencjalnych niedociągnięć, a przez to skuteczniejszą działalność, i jest przykładem kompleksowego i optymalnego wykorzystania instytucji ubezpieczenia. Idea tego ubezpieczenia polega nie tyle na wypłacie odszkodowania za zniszczone mienie, ile na zapewnieniu środków na w miarę sprawne funkcjonowanie poszkodowanego w czasie likwidacji szkód. Zauważono, że pomimo wypłaty odszkodowania z tytułu ubezpieczenia FLEXA, firmy, które dotknęło zdarzenie losowe, często bankrutowały. Po przeanalizowaniu wielu upadłości zauważono następujące prawidłowości:

- Szkoda może spowodować wstrzymanie produkcji na dłuższy okres, którego nie pokrywają zapasy magazynowe
- Wycofanie się z rynku chociażby na kilka tygodni może spowodować trudności z powrotem
- Mimo braku produkcji wciąż ponoszone są koszty stałe, niezależne od wielkości produkcji.

Na Wykresie 5 przedstawiono relacje występujące między kosztami ogółem (koszty stałe i zmienne) a obrotem w zależności od rozmiaru produkcji. Zmniejszenie produkcji poniżej progu rentowności powoduje, że przychody są niewystarczające dla pokrycia kosztów ogółem.

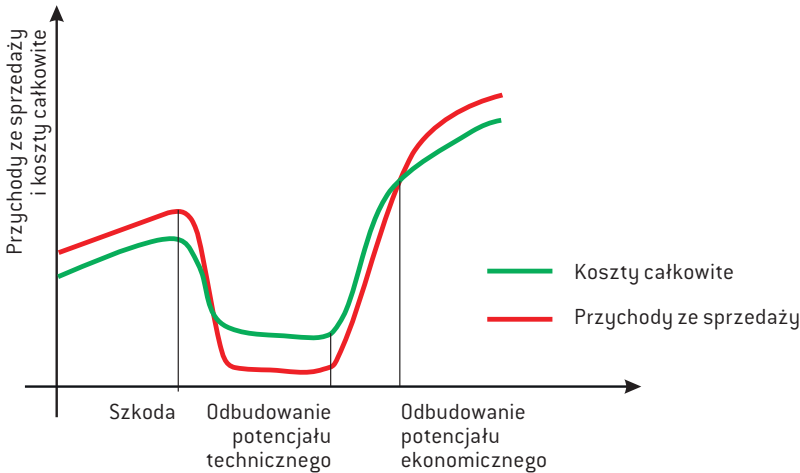
Wykres 5. Relacje między kosztami i obrotem a rozmiarem produkcji



Źródło: opracowanie własne.

Sytuację zmian relacji kosztów i przychodów przedstawia Wykres 6. W momencie powstania szkody obrót i koszty zmienne spadają. Gdy nastąpi całkowite wstrzymanie produkcji, pozostaje niewielka część przychodów, które nie są związane z obrotami, a po stronie obciążeń pozostają koszty stałe występujące także w czasie przywracania produkcji, tj. do momentu odzyskania potencjału technologicznego. Od tej chwili obrót powinien rosnać w związku ze wznowieniem produkcji przy pojawiających się kosztach zmiennych. W momencie zrównania poziomu obrotu i kosztów całkowitych następuje odtworzenie potencjału ekonomicznego.

Wykres 6. Relacje przychodów ze sprzedaży i kosztów całkowitych w przypadku zaistnienia szkody



Źródło: opracowanie własne.

Te obserwacje przyczyniły się do stworzenia ubezpieczenia w oparciu o ryzyka określone w polisie na wypadek ognia i innych żywiołów (FLEXA), które zapewni pokrycie kosztów stałych oraz sfinansuje wydatki związane z podtrzymaniem produkcji lub utrzymaniem pozycji na ryn-

ku. Celem nadrzędnym polisy ubezpieczeniowej przerw w produkcji jest utrzymanie niezmiennego poziomu obrotów z ubezpieczonej działalności. Zakłada się, że parametry finansowe przedsiębiorstwa będą przedstawiać normalną, zbliżoną do dotychczasowej produkcję. Istnieje jednak wyjątek w odniesieniu do kosztów, które choć normalnie nie zaistniałyby, to jeśli służą one utrzymaniu salda obrotów, a co za tym idzie również zysku, podlegają pokryciu ubezpieczeniowemu. Zysk będący przedmiotem ubezpieczenia jest bardzo dokładnie określony i różni się od definicji księgowej.

Ubezpieczenia na wypadek przerw w produkcji są często tworzone indywidualnie dla poszczególnych firm, dlatego treść i szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia mogą się między sobą różnić. Szczególną uwagę należy zwrócić na klauzule dotyczące zakresu pokrycia ubezpieczeniowego oraz warunków wypłaty świadczeń. Ubezpieczenie przerw w produkcji zbudowane jest na bazie ubezpieczenia FLEXA, a zakres pokrywanych zdarzeń powinien być ten sam. W efekcie działają obie polisy albo żadna, dlatego polisa ubezpieczenia na wypadek przerw w produkcji jest najczęściej sprzedawana z ubezpieczeniem FLEXA.

W ubezpieczeniu przerw w produkcji szkoda powinna być rzeczowa, powstała w następstwie określonej w umowie bezpośredniej przyczyny. Przerwa w produkcji może nastąpić z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej. Jeśli w wyniku pożaru spłonę np. lakiernia, to ubezpieczenie na wypadek pożaru pokryje straty związane z odtworzeniem tejże lakierni. Natomiast ubezpieczenie *business interruption* zrekompensuje odpowiednią część kosztów stałych, utracony zysk i sfinansuje również koszty chwilowego – na czas odbudowywania własnej – wynajmowania innej lakierni. Koszty zmienne, czyli koszty, które zależą od rozmiaru produkcji, są nieubezpieczone, gdyż ulegają redukcji wraz ze zmniejszeniem produkcji. Dlatego to nie one stanowią źródło problemów dla firmy, lecz koszty stałe ponoszone bez względu na rozmiary.

Podstawową kwestią z punktu widzenia ochrony ubezpieczeniowej jest właściwe obliczenie sumy ubezpieczenia. Najczęściej oblicza się ją na bazie obrotów, tj. od obrotów odejmując koszty zmienne i korygując o zmianę stanu zapasów. Sumą ubezpieczenia są więc koszty stałe oraz potencjalny zysk netto. Tak obliczona kwota jest nazywana zyskiem brutto, nie jest to jednak zysk brutto w rozumieniu księgowym. Ubezpieczenie obejmuje zarówno całkowite wstrzymanie produkcji, jak i jej częściowe ograniczenie.

Warto przy tej okazji zaznaczyć, że koszty powszechnie uznawane za zmienne nie zawsze muszą rosnać wprost proporcjonalnie do zmian produkcji, obrotów itp. Wówczas analizuje się, na ile dany koszt jest stały, a na ile zmienny. Zakład ubezpieczeń przed przejęciem ryzyka na własną odpowiedzialność pragnie jak najlepiej poznać sytuację ubezpieczającego się. Oprócz zwyczajowych danych niezbędnych do identyfikacji podmiotu, potrzebne będą dokładniejsze informacje na temat samej aktywności,⁴⁸ możliwe typowe zakłócenia działalności, poprzednie szkody, jak również szczegółowe dane finansowe wraz z prognozą.

Do obliczania należnego odszkodowania używa się najczęściej stopy zysku brutto, którą mnoży się przez zmniejszenie obrotu. Wypłacone odszkodowanie pomniejsza sumę ubezpieczenia. Zwyczajowo stosuje się klauzulę, która umożliwia dopłatę składki w celu przywrócenia pierwotnej sumy ubezpieczenia.

48. Czyli stosowany proces technologiczny, używane maszyny wraz ze specyfikacją techniczną, zużywane w procesie technologicznym materiały i surowce, zużycie energii elektrycznej, w tym stopień uzależnienia i przewidywany czas ponownego przyłączenia, pracownicy w kontekście podaży rynku pracy.

Ubezpieczenie przerw w produkcji posiada ściśle oznaczony okres ubezpieczenia, w którym określone szkody losowe podlegają pokryciu w ramach polisy – maksymalny okres odszkodowawczy. Jest to czas po szkodzie, w którym ubezpieczyciel zobowiązuje się współpracować na rzecz przywrócenia planowanego poziomu produkcji i sprzedaży. Maksymalny okres odszkodowawczy liczy się od daty wystąpienia szkody, pod warunkiem że nastąpiła ona w czasie obowiązywania polisy, czyli w okresie ubezpieczenia. Powinien być on zatem dostatecznie długi, aby mogło nastąpić odtworzenie planowanej sprawności operacyjnej firmy. Maksymalny okres odszkodowawczy może wykraczać poza okres, na który została wystawiona polisa.

WAŻNE:

Ubezpieczenia dla podmiotów gospodarczych, z uwagi na zakres i przedmiot ochrony ubezpieczeniowej, są dość skomplikowane. Wymagają profesjonalnej obsługi już na etapie planowania i projektowania. Dlatego też przedsiębiorcy korzystają z usług brokerów ubezpieczeniowych, którzy działają w ich imieniu i na ich rzecz. Z uwagi na wiedzę i doświadczenie są nie tylko pośrednikami, ale również doradcami ubezpieczeniowymi. W ramach kompleksowego zarządzania ryzykiem broker określa potrzeby w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ocenia dotychczasowe programy, negocjuje z zakładami ubezpieczeń oprócz ceny również jej zakres i ewentualne wyłączenia. Broker służy również pomocą w procesie likwidacji szkód.

Firma produkcyjna XYZ postanowiła ubezpieczyć się na wypadek przerw w produkcji. W tym celu szczegółowo przeanalizowała swoje obroty, koszty zmienne, możliwe zakłócenia produkcji (okres przywrócenia potencjału ekonomicznego, dodatkowe koszty itp.). Na tej podstawie we wniosku przedstawiono następujące informacje:

Oczekiwany roczny obrót	5 462 000
Oczekiwany poziom kosztów zmiennych w ciągu roku	4 150 000
Zysk brutto	1 312 000
Wskaźnik zysku brutto (zysk brutto/roczny obrót)	24,0205053%
Maksymalny okres odszkodowawczy określono na 12 miesięcy.	

Zakład ubezpieczeń sprawdził realność założeń i zaproponował składkę. Ponieważ firmie bardzo zależało na obniżeniu wysokości składki, zmieniła maksymalny okres odszkodowawczy we wniosku, który skrócono z 12 do 10 miesięcy.

W trakcie trwania umowy ubezpieczenia nastąpiło zdarzenie losowe polegające na zniszczeniu w pożarze 60 proc. pomieszczeń produkcyjnych i magazynowych. Zakład ubezpieczeń uznał swoją odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia przerw w produkcji. W celu podtrzymania produkcji zlecono produkcję części zamówień innej firmie. W sumie zlecono produkcji 260 000 sztuk po 28 zł. Koszt własny produkcji wynosił 25 zł. Cena sprzedaży odbiorcom wynosiła 31,50 zł. Koszt dodatkowy wynikający z tego zlecenia wyniósł 78 030 zł. W wyniku podjętych działań tego wystąpił spadek obrotu o 45 proc. przez kolejnych 12 miesięcy. Odbudowa budynków i odnowienie parku maszynowego zostały sfinansowane z ubezpieczenia FLEXA.

W ramach ubezpieczenia przerw w produkcji zakład ubezpieczeń wypłacił odszkodowanie równe odpowiedniej części zysku brutto, tj. $24,0205053\% \cdot 45\% \cdot 5462\ 000\ \text{zł} = 590\ 400\ \text{zł}$. Ponieważ maksymalny okres odszkodowawczy wynosił 10 miesięcy, zakład ubezpieczeń wypłacił 10/12 z 590 400 zł, czyli 492 000 zł.

Dodatkowo wypłacił świadczenie pokrywające koszty zlecenia produkcji innemu producentowi, tj. $10/12 \cdot 3\ \text{zł} \cdot 26\ 010\ \text{sztuk} = 65\ 025\ \text{zł}$. Kwota ta mieściła się w limicie, który wynosi wskaźnik zysku brutto pomnożony przez zaoszczędzony obrót. Zaoszczędzony obrót to kwota, jaką uzyskano ze sprzedaży pod własną marką produktów zleconych innemu producentowi, czyli $196\ 803,60\ \text{zł}$ [$24,0205053\% \cdot 31,50\ \text{zł} \cdot 26\ 010\ \text{zł}$].

W sumie ubezpieczony otrzymał w ramach ubezpieczenia przerw w produkcji odszkodowanie w wysokości $492\ 000\ \text{zł} + 65\ 025\ \text{zł} = 557\ 025\ \text{zł}$. Dzięki pokryciu kosztów stałych oraz kosztów poniesionych w celu ograniczenia spadku obrotów firma przetrwała ten bardzo trudny okres.

V. Oferta sektora ubezpieczeń dla państwa

- Partnerstwo publiczno-prywatne w polityce społeczno-gospodarczej
- Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w życiu codziennym obywateli
- Ubezpieczenia w polityce gospodarczej
- Udział ubezpieczeń w finansowaniu ryzyk katastrofalnych

1. Partnerstwo publiczno-prywatne w polityce społeczno-gospodarczej

Obecnie, na nowo, rozgorzała debata wokół pryncypiów organizacji polityki społecznej, związana z krytyką obowiązujących rozwiązań jako niedostosowanych do wyzwań, przed którymi stoi współczesne społeczeństwo i państwo. Wskazuje się, że warunki funkcjonowania polityki społecznej i gospodarczej uległy znaczącej zmianie za sprawą:

- globalizacji gospodarek narodowych,
- dominacji orientacji rynkowej,
- zwiększenia wagi ewaluacji polityki prowadzonej przez państwo,
- utraty zaufania w możliwość planowania przyszłości przez państwo,
- nowych ryzyk lub zmiany charakteru i skutków istniejących ryzyk.

Poza państwem istnieją również inne podmioty o zróżnicowanym zakresie możliwych działań, potencjału finansowego oraz form prawnych i organizacyjnych. Wśród innych instytucji polityki społecznej wymienia się: obywateli, (rodzinne) gospodarstwa domowe, organizacje *non profit* (tzw. trzeci sektor), grupy społeczne, stowarzyszenia, zakłady pracy, instytucje *for profit*.⁴⁹ Brak wszechstronnych możliwości sprawia, że ich cechą charakterystyczną jest selektywność.

Potrzeba indywidualizacji działań w ramach polityki społecznej może wynikać z:

- różnego zapotrzebowania na bezpieczeństwo oferowane w ramach zabezpieczenia społecznego,
- odmiennych preferencji w stosunku do określonych świadczeń lub usług socjalnych,
- różnego tempa następowania po sobie faz w ramach cyklu życia oraz momentu zapotrzebowania na określone świadczenia lub usługi społeczne,

49. C. Kuptsch, *Social security privatization: different context – different discourse* [w:] *Building social security: the challenge of privatization*, ed. by X. Scheil-Adlung, Transaction Publishers, New Brunswick–London 2001, s. 7.

- unikania zbyt dużego poziomu świadczeń i usług społecznych,⁵⁰
- potrzeby wyższej jakości lub mniejszych kosztów świadczeń i usług społecznych,
- możliwości większego skupienia się na potrzebujących w ramach systemów publicznych.⁵¹

Coraz powszechniejsze uwzględnianie w organizacji polityki społecznej innych instytucji jest związane z częstszym wykorzystywaniem rozwiązań rynkowych lub quasi-rynkowych w realizacji polityki społecznej. Wyróżnia się trzy sposoby urynkowania (prywatyzacji) polityki społecznej w zakresie zabezpieczenia społecznego:

- urynkowanie w oparciu o konkurencyjność (*competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego realizowanego w oparciu o pełną konkurencję lub co najmniej rywalizację prywatnych instytucji;
- częściowe urynkowanie w oparciu o konkurencyjność (*partially competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego dla określonej branży lub grupy zawodowej i realizowanego przez konkurujące ze sobą publiczne i prywatne instytucje;
- urynkowanie w oparciu o monopol (*non-competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego dla określonej branży lub grupy zawodowej i realizowane przez prywatną instytucję, której przyznano monopol na wypłatę świadczeń lub realizację usług.⁵²

Urynkowanie polityki społecznej przejawia się w zaangażowaniu instytucji prywatnych w realizację polityki społecznej. W szczególności w zakresie zapewniania świadczeń lub usług substytucyjnych, komplementarnych oraz suplementarnych.⁵³ W zależności od roli instytucji prywatnych i charakteru świadczeń można wyróżnić:

- zniesienie ograniczeń dla rozwoju świadczeń instytucji prywatnych (*incentive-driven provision*) w postaci likwidacji lub zmniejszenia przywilejów wypierających rozwiązania prywatne;
- system zachęt podatkowych i regulacji prawnych (zapewniających bezpieczeństwo) dotyczących świadczeń instytucji prywatnych (*encouraged voluntary provision*), stwarzający kompleksowy mechanizm zachęt do angażowania się osób prywatnych;
- wyodrębnienie procesu zarządzania (*administrative contracting-out*) określonych czynności związanych z zapewnianiem świadczeń w ramach systemu publicznego;
- prywatyzacja świadczeń ponadstandardowych (*complementary benefit privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń komplementarnych konkurujących z ponadstandardowymi świadczeniami publicznymi lub je zastępujących;

50. Ten argument zawiera się w pierwszym punkcie, ale w sposób dobitniejszy podkreśla zamiar ograniczenia poziomu bezpieczeństwa socjalnego oferowanego w ramach bazowego systemu zabezpieczenia społecznego. Ograniczanie poziomu bezpieczeństwa socjalnego nie powinno jednak prowadzić do pauperyzacji. Należy jednak zauważyć, że w trakcie reform systemów zabezpieczenia społecznego ten argument, choć często prawdziwy, jest faktycznie przemilczany w debacie społecznej.

51. M. Queisser, *Privatization: more individual choice in social protection* [w:] *Building social security: the challenge of privatization*, ed. by X. Scheil-Adlung, Transaction Publishers, New Brunswick–London 2001, s. 22–24.

52. M. Hyde, J. Dixon, *Welfare ideology, the market and social security: toward a typology of market-oriented reform* [w:] *The marketization of social policy*, ed. by J. Dixon, M. Hyde, Quorum Books, Westport–London 2001, s. 19.

53. Por. T. Szumlicz, B. Więckowska, *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości stosowania* [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, pod red. T. Szumlicza, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2005, s. 123 i 125.

- prywatyzacja świadczeń bazowych (*coverage privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń konkurujących z bazowymi świadczeniami publicznymi lub je zastępujących;
- urynkowanie świadczeń pozasystemowych (*coverage marketization*), czyli stworzenie rynku na obowiązkowe świadczenia lub usługi, które nie były wcześniej objęte systemem świadczeń społecznych.⁵⁴

Doceniając znaczenie innych podmiotów polityki społecznej, należy zauważyć, że istnieją warunki, które uprawniają do ograniczenia ich roli w realizacji polityki społecznej. Do takich przesłanek można zaliczyć:

- potrzebę zapewnienia świadczeń uniwersalnych dostępnych dla wszystkich;
- możliwość powstania skutków ubocznych, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, których nie uwzględnia podmiot prywatny;
- potrzebę zapewnienia określonej ilości dóbr/świadczeń niezależnie od zdolności lub chęci ich sfinansowania;
- występowanie warunków sprzyjających powstaniu monopolu lub oligopolu instytucji niepaństwowych.

Partnerstwa publiczno-prywatnego (*public-private mix*) używa się w tworzeniu i realizacji polityki społecznej w celu optymalizacji efektów. Optymalizację tę można rozpatrywać na dwóch poziomach: makro i mikro.⁵⁵ Poziom makro dotyczy określenia odpowiedniego rozmiaru i roli sektora publicznego oraz prywatnego (traktowanego jako alternatywa dla publicznego). Poziom mikro dotyczy natomiast zasadności angażowania prywatnych podmiotów do realizacji zadań sektora publicznego bez rezygnacji ze starań o utrzymanie pryncypiów charakterystycznych dla systemu publicznego.

Udział instytucji publicznych i prywatnych w realizacji polityki społecznej jest uzależniony od zakresu i charakteru działań podejmowanych w ramach polityki społecznej. Jeżeli działania te mają charakter powszechny, to zaangażowanie instytucji publicznych może się okazać niezbędne dla osiągnięcia takiego efektu. Instytucje prywatne angażuje się wówczas, gdy są one skuteczniejsze lub efektywniejsze od publicznych, oraz gdy zaangażowanie instytucji publicznych osłabiłoby ich skuteczność lub efektywność w innych obszarach, lub jest prawnie zabronione. Preselekcja instytucji publicznych w realizacji polityki społecznej wynika z roli państwa jako dominującego podmiotu polityki społecznej. Jednak coraz częściej można mówić o partnerstwie publiczno-prywatnym w ramach polityki społecznej, które jest szczególnie widoczne w zabezpieczeniu emerytalnym oraz ochronie zdrowia. Należy przy tym zauważyć, że spodziewane korzyści wynikające z zaangażowania instytucji prywatnych w rzeczywistości niekoniecznie powodują znaczący wzrost skuteczności i efektywności.⁵⁶

54. M. Hyde, J. Dixon, *Welfare ideology, the market and social security: toward a typology of market-oriented reform...*, s. 20–21.

55. A. Williams, *The pervasive role of ideology in the optimization of the public-private mix in public healthcare systems* [w:] *The public-private mix for health*, ed. by Alan [EDT] Maynard, Radcliffe Publishing, Abingdon 2005, s. 7.

56. M. Pearson, J.P. Martin, *Should we extend the role of private social insurance?*, Discussion Paper Studies no. 1544, Institute for the Study of Labor, March 2005; P. Taylor-Gooby, L. Mitton, *Much noise, little progress: the UK experience of privatisation* [w:] *Social Policy Puzzles: Reconsidering the Public-Private Dichotomy for Health and Pension Policies*, Daniel Béland and Brian Gran (eds.), Palgrave Macmillan, Basingstoke 2008.

Sposób organizacji polityki społecznej w kontekście partnerstwa publiczno-prywatnego jest odpowiedzią na zmiany zachodzące w społeczeństwie oraz w otoczeniu polityki społecznej.⁵⁷ Należy jednak podkreślić, że relacje mogą być obustronne, tzn. sposób i forma organizacji polityki społecznej wpływa również na zachowania beneficjentów. Proporcje stosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w polityce społecznej mają wpływ na rozmiar ubóstwa i nierówności dostępu do świadczeń społecznych itp.⁵⁸

W ramach polityki gospodarczej, działania państwa mają odmienny charakter i wiążą się głównie z tworzeniem reguł i otoczenia życia gospodarczego. Część operacyjną pozostawia się podmiotom prywatnym, rzadko wychodząc poza rolę organizatora. Dlatego ewentualne partnerstwo publiczno-prywatne ma odmienny, bardziej rynkowy charakter i może obejmować:

- przejęcie przez podmioty prywatne niektórych zadań administracji państwowej,
- współorganizację finansowania określonych świadczeń,
- wspólne działania w zakresie identyfikacji i kwantyfikacji istotnych ryzyk.

Działania państwa powinny wynikać z przemyślanej i spójnej polityki w zakresie ubezpieczeń, która jednocześnie tworzyłaby korzystny klimat dla rozwoju ubezpieczeń oraz wykorzystywała twórczo mechanizm ubezpieczenia do realizacji własnych celów.

Państwo w ramach takiej polityki może:

- wprowadzić ograniczenia w swobodzie kształtowania i zawierania umów, szczególnie w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych;
- stworzyć system gwarancji lub wręcz oferować gwarancje Skarbu Państwa;
- wprowadzać zachęty, zwolnienia podatkowe lub dopłaty dla określonych typów umów.

Problemy we współpracy instytucji publicznych i prywatnych są w zasadzie nieuniknione. Wynikają w głównej mierze z odmiennych celów oraz specyfiki funkcjonowania tych podmiotów. Z perspektywy instytucji prywatnych za kwestie utrudniające współpracę uznaje się m.in.:

- niemożność zapewnienia godziwego zysku – nie zawsze stworzenie zasad rynkowych wyzwala mechanizm konkurencji, który utrzymuje zysk na akceptowalnym poziomie. W sytuacji oligopolu państwo może narzucać maksymalną wielkość zysku;
- brak stymulującego nadzoru – potrzeba nadzoru nad instytucjami prywatnymi nie jest kwestionowana, jednak sposób jego przeprowadzania powinien uwzględniać wielkość i dojrzałość rynku;
- niedostateczne przygotowanie administracji państwowej i innych podmiotów publicznych do obsługi lub współdziałania – funkcjonowanie instytucji w ramach systemu publicznego może nie przynieść oczekiwanych korzyści, jeżeli podmioty publiczne nie będą przygotowane do współpracy.

Z kolei państwo oraz instytucje publiczne oczekują od instytucji prywatnych rozwiązania kwestii takich jak:

- zapewnienie odpowiedniej jakości i wysokości świadczeń – często wpływa na wysokość kosztów ponoszonych przez instytucję prywatną, co może prowadzić do ich zaniżania;

57. W. Schmähl, *Changing working patterns and the public-private mix in old age security: the example of Germany* [w:] *Restructuring work and life course*, ed. by V.W. Marshall, University of Toronto Press, Toronto 2001, s. 332 i n.

58. M. Rein, Ch. Behrendt, *The relationship of the public/private mix with poverty and inequality* [w:] *Pensions: changes and reforms*, ed. by E. Overby, P.A. Kemp, Ashgate, Aldershot 2004, s. 187; World Bank, *World development report 2004: making services work for poor people*, a copublication of World Bank and Oxford University Press, Washington 2003, s. 137–138.

- zapewnienie powszechności – braki kapitałowe oraz dominujące kryterium zysku powoduje, że powszechność rzadko jest osiągnięta;⁵⁹
- finansowanie systemu gwarancji – instytucje prywatne z uwagi na ograniczone kapitały oraz dominację kryterium zysku (w przypadku instytucji *for profit*) mogą mieć problem ze stworzeniem systemu gwarancji zapewniającego wypłatę świadczenia lub realizacji usługi.

Z uwagi na postępującą homogenizację coraz trudniej dokonać wyraźnego rozróżnienia między publicznymi i prywatnymi formami realizacji polityki społecznej i gospodarczej. Rozwiązania te wzajemnie się przenikają, tworząc rodzaj konglomeratu. Optymalizacja partnerstwa publiczno-prywatnego w polityce społeczno-gospodarczej wymaga obiektywnych kryteriów oceny. Istotne jest jednak, aby kryteria te odzwierciedlały cele prowadzonej polityki, zaś rekomendacje uwzględniały akceptowalny poziom kosztów (ekonomicznych i społecznych).

2. Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w życiu codziennym obywateli

Bezpieczeństwo finansowe obywateli jest coraz częściej dostrzeganą kwestią, co należy wiązać z mniejszym udziałem państwa w bezpośrednim zapewnianiu przychodów, świadczeń i usług. Ubezpieczenia z uwagi na swój kompensacyjny charakter mogą tutaj odgrywać bardzo istotną rolę, zapewniając utrzymanie stanu posiadania bez względu na okoliczności. Istotne jest jednak, aby użycie ubezpieczenia było efektem świadomej polityki państwa, która z jednej strony zapewnia adekwatność stosowanych rozwiązań, z drugiej zaś uwzględnia zasady ubezpieczeniowe w zakresie zapewniającym stabilność finansową takiego przedsięwzięcia.

2.1. Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego

Ubezpieczenia coraz częściej są używane w zabezpieczeniu społecznym. Metoda ubezpieczenia jest doceniana szczególnie, gdy ważna jest ekwiwalentność składki i świadczenia. Udział zakładów ubezpieczeń stanowi przykład wykorzystania niektórych mechanizmów rynkowych w zapewnianiu świadczeń i usług społecznych w ramach polityki społecznej. Ich użycie w krajach europejskich, w tym również w Polsce,⁶⁰ jest coraz powszechniejsze.

Przestarzałe systemy emerytalne oraz trudna sytuacja demograficzna w przeszłości zmusiła większość nowych krajów członkowskich Unii Europejskiej do radykalnych reform i całkowitej przebudowy systemów emerytalnych. Jednym z elementów tych zmian jest zaangażowanie prywatnych instytucji finansowych do realizacji określonych zadań w ramach prowadzonej przez państwo polityki społecznej. Polska jest przykładem stworzenia w obszarze systemu emerytalnego partnerstwa publiczno-prywatnego, w którym ubezpieczyciele wzięli na siebie część odpowiedzialności za zapewnienie Polakom świadczeń emerytalnych w przyszłości. Jest to o tyle wyjątkowe, że w większości krajów instytucje prywatne są angażowane do tworzenia systemów dodatkowych, natomiast w Polsce dotyczy to zarówno systemu bazowego, jak i dodatkowego.

59. Państwo może to zmienić przez wprowadzenie przymusu.

60. *Rola rynku ubezpieczeniowego w realizacji reformy systemu emerytalnego*, pod red. Tadeusza Szumlicza, Biblioteka Ubezpieczeniowa, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, marzec 2008.

Zakłady ubezpieczeń od początku uczestniczyły w reformie systemu emerytalnego, pośrednio w II filarze⁶¹ oraz bezpośrednio w III filarze. W roku 2011 z istniejących 1116 Pracowniczych Programów Emerytalnych aż 789 (71 proc.) funkcjonowało w formie ubezpieczeniowej.⁶² Z ogółu 345 tys. uczestniczących w PPE prawie 134 tys. (39 proc.) osób było uczestnikami umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W sumie odprowadzono 1839 mln zł składki. Na 814 tys. Indywidualnych Kont Emerytalnych prowadzonych w 2012 r. aż 558 tys. (69 proc.) było prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń. Jednak tylko na 25 proc. tych kont dokonano wpłaty w 2012 r. Oznacza to, że przyszli emeryci nie czują potrzeby lub nie mają motywacji do oszczędzania na starość we własnym zakresie, najprawdopodobniej z uwagi na niedostateczną świadomość potrzeby oszczędzania.

Problem ten zaobserwowano również w krajach rozwiniętych. Ich doświadczenia pokazują, że samo zaangażowanie prywatnych podmiotów nie gwarantuje sukcesu. Niezwykle istotne jest opracowanie spójnej koncepcji, uwzględniającej ewentualne ograniczenia i przeszkody oraz dostosowanie produktu do możliwości obywateli i zakładów ubezpieczeń.

Warto zaznaczyć, że ryzyko starości nie jest związane tylko z utratą przychodów z pracy w związku z wygaszeniem aktywności zawodowej. Dość poważnym problemem staje się konieczność finansowania kosztów związanych z występowaniem niedołęstwa starczego (*long-term care*), czyli niemożności wykonywania czynności dnia codziennego w związku z osiągnięciem podeszłego wieku i utratą odpowiednich sprawności. Koszt zapewnienia opieki pielęgnacyjnej, niezależnie od przyjętych rozwiązań, jest stosunkowo duży i będzie rosł wraz ze zwiększaniem populacji w wieku poprodukcyjnym i wydłużaniem trwania życia na emeryturze. Należy podkreślić, że obecny system emerytalny nie jest przystosowany do zapewnienia dodatkowych świadczeń.

Ryzyko niedołęstwa starczego jest wyzwaniem dla starzejących się społeczeństw i coraz więcej państw wprowadza w tym zakresie rozwiązania systemowe, w tym stosunkowo często oparte na mechanizmie ubezpieczenia (np. Niemcy). W Polsce powstał już pierwszy projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego, wymaga on jednak dalszych prac. Wydaje się, że z uwagi na rozmiar i charakter ryzyka wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest zasadne, aczkolwiek należy starannie określić zakres oferowanej ochrony, aby nie przenosić na system całej odpowiedzialności za zapewnienie opieki pielęgnacyjnej, w sytuacji gdy może być ona sprawowana przez rodzinę. Oczywiście to nie wyklucza finansowego wsparcia członków rodziny sprawujących taką opiekę.

Jednak nie tylko ryzyko starości może być obsługiwane przez prywatne podmioty. Już od wielu lat z powodzeniem w krajach takich jak Finlandia, Dania, Belgia, Holandia czy Portugalia prywatne zakłady ubezpieczeń realizują zadania z zakresu finansowania ryzyka wypadków przy pracy. Zaangażowanie instytucji prywatnych wpłynęło pozytywnie na zakres działań prewencyjnych oraz zwiększyło skuteczność rehabilitacji i działań zmierzających do reintegracji niepełnosprawnych pracowników. Mechanizm ubezpieczenia zwiększył zachęty do bardziej efektywnego wykorzystywania świadczeń i usług związanych z trwałą niezdolnością do pracy.⁶³

Warto również wspomnieć o dobrowolnych ubezpieczeniach na wypadek utraty pracy, następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczeniach życiowych, odciążających częściowo

61. Zakłady ubezpieczeń stanowią znaczną część akcjonariatu PTE.

62. Jeśli nie zaznaczono inaczej, dane pochodzą ze strony internetowej Komisji Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl [07.06.2009].

63. *Insurance solutions for a changing society. Between public and private*, CEA, s. 9.

ubezpieczenia społeczne w sytuacji utraty pracy, śmierci albo inwalidztwa żywiciela. Świadczenia wypłacane z tego typu ubezpieczeń stanowią ważne uzupełnienie utraconych przychodów. Są one oferowane z powodzeniem we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Ubezpieczenia życiowe i na wypadek bezrobocia są często stosowane jako zabezpieczenie sytuacji kredytobiorcy albo jego spadkobierców. Natomiast ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków uzupełniają ochronę gospodarstwa domowego na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń.

2.2. Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia

Zakłady ubezpieczeń w ramach systemów ochrony zdrowia oferują produkty substytucyjne, komplementarne lub suplementarne.⁶⁴ **Produkty substytucyjne** są bardziej adekwatne w przypadku funkcjonowania modelu zaopatrzeniowego polityki społecznej, w którym zastępują one publiczny system opieki zdrowotnej w zakresie, w którym jest on mniej skuteczny, np. w sytuacji długiego oczekiwania na usługę lub świadczenie. W modelu ubezpieczeniowym finansowania ochrony zdrowia produkty substytucyjne stanowią alternatywę dla osób, które nie są objęte przymusem uczestnictwa w systemie publicznym, gdyż zapewniają ochronę na poziomie nie niższym niż system publiczny. System taki funkcjonuje w Holandii, Niemczech i w pewnym zakresie w Hiszpanii.

Produkty komplementarne funkcjonują głównie wówczas, gdy system publiczny dokładnie wskazuje zakres i standard opieki medycznej. Ma to miejsce szczególnie w systemach opartych na modelu ubezpieczeniowym. Ochrona ubezpieczeniowa zapewnia uzupełnienie zakresu lub podwyższenie standardu świadczeń medycznych. Specyficznym przypadkiem jest finansowanie kosztów współpłacenia za świadczenia medyczne w ramach systemu publicznego. Rozwiązanie takie coraz częściej pojawia się w krajach europejskich, np. we Francji, Danii, Belgii i Szwecji.

Produkty suplementarne podwyższają zakres świadczonych usług, ale bez możliwości rezygnacji z uczestnictwa w systemie publicznym. Rozwiązanie takie często prowadzi do podwójnej ochrony i wynika z niesatysfakcjonującego standardu lub ograniczania dostępu do świadczeń w ramach systemu publicznego. Przykładem jest tutaj system polski.

W Polsce dodatkowe ubezpieczenia chorobowe mają potencjalnie duże znaczenie i mogą służyć współfinansowaniu lub zwiększeniu standardu oraz zakresu usług medycznych. Jednak w związku z brakiem dokładnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu publicznego, rozwój tego typu ubezpieczeń jest bardzo utrudniony. W tym zakresie nie można nie wspomnieć o cennej inicjatywie samorządu gospodarczego zakładów ubezpieczeń w postaci kompleksowego projektu włączenia zakładów ubezpieczeń w system ochrony zdrowia.⁶⁵

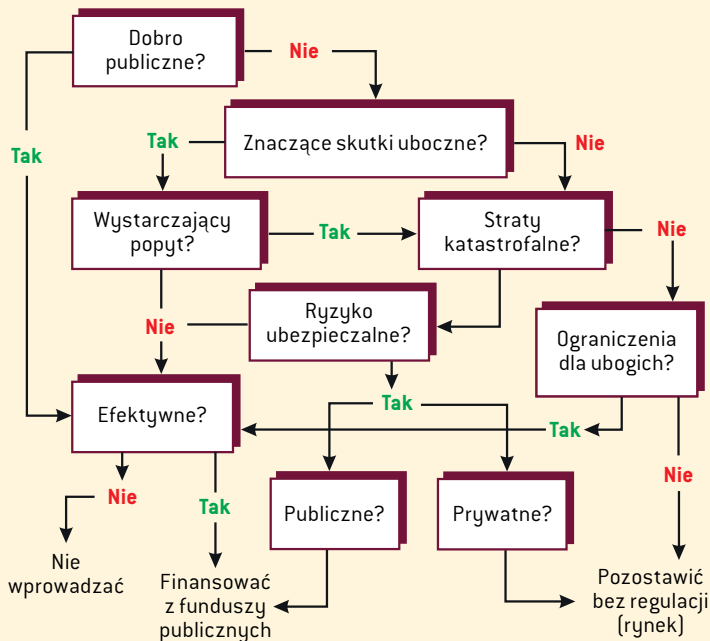
Jeżeli w ramach systemu publicznego pewne świadczenia są niedostępne, a rynek prywatnych ubezpieczeń nie jest odpowiednio rozwinięty lub składki są zbyt wysokie, wówczas alternatywą są fundacje i prywatne zbiórki funduszy. Ich działalność wspiera zarówno zakup sprzętu medycznego i lekarstw, jak i finansowanie zabiegów. Jednak należy podkreślić, że duże rozmiary takich działań świadczą o nieskutecznej polityce ochrony zdrowia lub o jej braku.

64. T. Szumlicz, B. Więckowska, *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości zastosowania ...*, s. 123–124.

65. *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, luty 2008.

Wiele systemów ochrony zdrowia funkcjonuje na świecie pod nazwą ubezpieczenie. Należy jednak zwrócić uwagę na błędne utożsamianie rozpraszania ryzyka (*pooling of risk*) z metodą ubezpieczenia. Nazywanie ubezpieczeniami rozwiązań o charakterze zaopatrzeniowym, finansowanych z podatków, może prowadzić do licznych nieporozumień. Mniej kontrowersji budzi termin społeczne ubezpieczenie zdrowotne (*social health insurance*), aczkolwiek w zasadzie jedynym ubezpieczeniowym elementem w tym rozwiązaniu jest to, że świadczenie jest należne tylko dla tych, którzy opłacili składkę do wyodrębnionego funduszu. W przypadku stosowania metody ubezpieczenia w polityce zdrowotnej, należy odróżnić finansowanie skutków ryzyka od finansowania całego systemu. Metodę ubezpieczenia można zastosować głównie do finansowania skutków ryzyka choroby. Finansowanie całego systemu wymaga wielowariantowych rozwiązań dostosowanych do funkcji i celów systemu ochrony zdrowia.

Schemat 3. Algorytm decyzyjny stosowania ubezpieczeń publicznych i prywatnych



Źródło: P. Musgrove, *Public spending on health care: how are different criteria related?*, „Health Policy”, vol. 47, no. 3, 1999, s. 207–223 [za:] WHO, „The world health report 2000. Health systems: improving performance”, World Health Organization, Geneva 2000, s. 55.

2.3. Ubezpieczenie majątku

Udział ubezpieczeń w zapewnieniu bezpieczeństwa finansowego obywateli mógłby być o wiele większy niż dotychczas. W omawianym kontekście na szczególną uwagę zasługują ubezpieczenia nieruchomości i rolne, w których tkwi istotny potencjał. Państwo, kreując sposób i zakres tych ubezpieczeń, może znacząco wpływać na bezpieczeństwo finansowe obywateli, jak również racjonalizować własne wydatki.

2.3.1. Ubezpieczenie nieruchomości

Ubezpieczenie nieruchomości przez wiele lat było objęte specjalnymi regulacjami, w tym przymusem ubezpieczenia. Obecnie w Polsce, poza obowiązkowym ubezpieczeniem nieruchomości wchodzących w skład gospodarstwa rolnego, zrezygnowano z tej formy. Pojawia się jednak problem kompleksowego i systemowego finansowania skutków zdarzeń katastrofalnych, które zostaną omówione bardziej szczegółowo w dalszej części opracowania. Równie istotny jak powszechność jest tutaj zakres pokrycia ubezpieczeniowego, na który państwo może mieć wpływ przy użyciu środków bardziej subtelnych aniżeli przymus.

Upowszechnienie ubezpieczeń może oprócz zwiększenia bezpieczeństwa finansowego obywateli przysparzać dodatkowych korzyści, np. wyręczając lokalną administrację w przypadku potrzeby zapewnienia lokalu zastępczego w związku ze zdarzeniem losowym. Zapewnienie lokali zastępczych w pierwszym okresie po zdarzeniu jest oferowane w większości standardowych produktów ubezpieczeniowych.

Warto zwrócić uwagę, że ostatnio wiele polis nieruchomości bierze się z zabezpieczenia przedmiotu kredytu hipotecznego. Niestety kredytobiorca jest zainteresowany głównie ceną ubezpieczenia, niekoniecznie zaś jego zakresem. Ponadto w przypadku mieszkań spółdzielczych stosunkowo często dochodzi do podwójnego ubezpieczenia, ponieważ budynek mieszkalny jest najczęściej ubezpieczony przez spółdzielnię. Dlatego z punktu widzenia państwa przydatny byłby kompleksowy system ewidencji nieruchomości wraz z ich wyceną i pokryciem ubezpieczeniowym. Nieruchomości stanowią ważny czynnik bogactwa społeczeństwa, a zarządzanie nim wymaga wiedzy na temat wartości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

2.3.2. Ubezpieczenia rolne

Do niedawna ubezpieczenia rolne w Polsce ograniczały się praktycznie do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego oraz ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych. Pozostałe ubezpieczenia, choć dostępne na polskim rynku, nie cieszyły się dużą popularnością. Jednak wraz z zaleceniami Unii Europejskiej jest szansa na zwiększenie przypisu w ubezpieczeniach plonów i płodów rolnych na wypadek żywiołów. W Polsce ubezpieczenie to jest oferowane z dopłatami Skarbu Państwa do składek ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczenia określonych upraw od ryzyka klęsk żywiołowych i zdarzeń z nimi porównywalnych (huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, suszy, ujemnych skutków przezimowania oraz przymrozków wiosennych). Od 1 lipca 2008 r. odszkodowanie z ubezpieczeń upraw rolnych i zwierząt gospodarskich jest częściowo finansowane z budżetu państwa.

Warto zauważyć, że ubezpieczenie plonów i płodów rolnych na wypadek żywiołów będzie quasi-obowiązkowe, gdyż wymagane będzie w sytuacji korzystania z dopłat do produkcji rolnej ze środków Unii Europejskiej. To prowadzi do konstatacji, że rolnicy kupują ubezpieczenia, tylko jeśli muszą, a i to nie wszyscy.

W innych krajach europejskich, np. w Hiszpanii i we Włoszech, ubezpieczenia rolnicze są o wiele powszechniejsze i przyczyniają się do stabilizacji sytuacji ekonomicznej rolników. Dostępne są również ubezpieczenia spadku dochodu z prowadzenia gospodarstwa rolnego w związku ze spadkiem cen zbytu produkcji rolniczej.

2.4. Ubezpieczenie zobowiązań

Zobowiązania mogą mieć charakter prawny (wynikać z kategorii odpowiedzialności cywilnej) lub moralny (zobowiązania związane z więzią emocjonalną i troską o dobro najbliższych). Konieczność naprawienia szkody w związku z jej wyrządzeniem w mieniu lub na osobie staje się coraz częstszą przyczyną problemów finansowych gospodarstw domowych. Problem ten jest rozwiązany w zakresie posiadania pojazdów mechanicznych. Wydaje się jednak, że obecnie należy promować powszechniejsze użycie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym. Trend świadczeń z tego tytułu jest rosnący i nic nie wskazuje na to, aby miał on ulec zmianie.

Znaczenia nabierają również zobowiązania powstające jako konsekwencje utraty pracy, zdrowia lub życia żywiciela. Ubezpieczenia odgrywają tutaj bardzo ważną rolę, ponieważ zapewniają ochronę zasobów i przyszłych przychodów gospodarstwa domowego bez konieczności długotrwałego oszczędzania. A co ważniejsze, istotnie zmniejszają ryzyko ubóstwa i konieczności korzystania z pomocy społecznej.

2.4.1. Ubezpieczenia komunikacyjne

Każdy posiadacz pojazdu mechanicznego w Polsce ma obowiązek wykupienia ubezpieczenia na wypadek strat związanych z jego ruchem. Ochrona ubezpieczeniowa zapewniająca przez zakład ubezpieczeń zwalnia ubezpieczonego z obowiązku naprawienia wyrządzonej szkody, która w niektórych przypadkach znacząco może przekroczyć jego zasoby.

Wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia oznacza *de facto* przeniesienie sporów cywilnych w tym zakresie z sądów powszechnych do zakładów ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń dokonują szybszej likwidacji szkód, zapewniając jednocześnie cały pakiet usług związanych z holowaniem, wyceną szkód i bezgotówkową naprawą.⁶⁶ W roku 2012, w obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wypłacono 976 962 świadczeń (Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny wypłacił 4,8 tys. świadczeń),⁶⁷ które przy braku tego ubezpieczenia potencjalnie stanowiłyby dodatkowe sprawy w sądach. Dla zobrazowania, w roku 2012 wpłynęło ponad 8200 tys. spraw cywilnych.⁶⁸ Dane wskazują na ujemną dynamikę wielkości odszkodowań i świadczeń – około 7 proc. w okresie 2011 i 2012 (Tabela 7.). Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że przeciętna składka wyniosła 454 zł (2008), natomiast przeciętne świadczenie 5409 zł (2012).

Tabela 7. Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w latach 2007 i 2008 w Polsce

	2011	2012
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	8 428 915	8 741 391
Odszkodowania i świadczenia wypłacone (w tys. zł)	5 273 293	5 284 414
Liczba polis	18 969 107	19 242 289
Liczba wypłaconych świadczeń	1 054 897	976 962

Źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl.

66. Co nie oznacza, że samego procesu nie można jeszcze usprawniać. Więcej: patrz raporty FINUSE (http://ec.europa.eu/internal_market/fin-use_forum/index_en.htm) i Rzecznika Ubezpieczonych (<http://www.rzu.gov.pl>).

67. www.knf.gov.pl, <http://www.ufg.pl> (październik 2009).

68. Ministerstwo Sprawiedliwości, <http://www.ms.gov.pl/> (czerwiec 2013).

Duże znaczenie obowiązkowego ubezpieczenia dla posiadaczy pojazdów mechanicznych sprawia, że jego cena zaczyna odgrywać istotną rolę w budżetach gospodarstw domowych. Zakłady ubezpieczeń są gotowe na współpracę w tym zakresie. Dla przykładu w Belgii sektor ubezpieczeniowy uzgodnił z rządem maksymalny poziom cen polis dla młodych kierowców (zależny od przestrzegania zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego). W Polsce na systemowe zniżki mogą liczyć jedynie posiadacze pojazdów zabytkowych.

Z uwagi na duże zaangażowanie zakładów ubezpieczeń w procedury związane z nabyciem samochodu, w wielu krajach wykorzystuje się je dodatkowo do przekazania ubezpieczycielom większych uprawnień w tym zakresie i odciążenia administracji państwowej. W Austrii rejestracja samochodu następuje w zakładzie ubezpieczeń, w którym ubezpiecza się samochód, co znacząco skróciło procedurę.

2.4.2. Wypełnianie zobowiązań wynikających z utraty pracy, zdrowia lub życia żywiciela

Nowe relacje na rynku pracy i odmienne formy kariery zawodowej sprawiają, że kształt krzywej zarobków coraz rzadziej przypomina prostą, nieprzerwaną linię. Rosnące zadłużenie, szczególnie w pierwszym okresie funkcjonowania rodzinnego gospodarstwa domowego, staje się realnym zagrożeniem dla stabilności finansowej w sytuacji, gdy z powodów losowych bieżące spłacanie długu jest niemożliwe. Dotyczy to szczególnie ryzyk utraty pracy, utraty zdolności do pracy i śmierci żywiciela.

Statystycznie w Polsce ok. 7 proc. kobiet i 18 proc. mężczyzn, którzy ukończyli 18 rok życia, nie dożyje 60 roku życia.⁶⁹ Ich śmierć, poza oczywistą tragedią osobistą, oznacza znaczące pogorszenie sytuacji życiowej małżonków i dzieci. Do tej pory ubezpieczenia życiowe dość często postrzegane były jako produkty ekskluzywne, skierowane do wyselekcjonowanej, bogatej grupy odbiorców. Takie podejście nie odpowiada rzeczywistości, czy nawet idei ubezpieczeń. Już obecnie skala użycia ubezpieczeń życiowych jako zabezpieczenia kredytów hipotecznych sprawia, że są to bardzo powszechne produkty. Wydaje się, że użyteczne byłoby wypracowanie minimalnych standardów takiego ubezpieczenia.

Ubezpieczenia osobowe związane ze śmiercią albo niezdolnością do pracy mogą wypełniać rosnącą lukę między malejącą ofertą państwa w ramach systemu publicznego a potrzebami ludności. Państwo może wykorzystywać takie formy, zamiast np. legalizować bankructwo osób fizycznych, wprowadzające niebezpieczny precedens do życia społecznego. Stwarzając zachęty do świadomego zarządzania ryzykiem niewypłacalności osób fizycznych, państwo mogłoby wpłynąć na zwiększenie bezpieczeństwa finansowego obywateli. Dla osiągnięcia pożądanego efektu właściwe byłyby działania samoregulacyjne rynku lub rekomendacje regulatora określające minimalne standardy dla takich produktów. Naturalnym koordynatorem takich działań powinna być Polska Izba Ubezpieczeń oraz Związek Banków Polskich.

2.5. Gwarancje bezpieczeństwa w ubezpieczeniach

Sektor ubezpieczeń ma własny system bezpieczeństwa, na który składają się czynny nadzór oraz fundusz gwarancyjny, który w zależności od kompetencji może spełniać różnorakie funkcje, takie jak:

- pomoc finansowa dla zakładów ubezpieczeń w przejściowych trudnościach finansowych,
- ochrona ubezpieczonych w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń,
- zabezpieczenie interesów poszkodowanych objętych ochroną w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych.⁷⁰

69. *Trwanie życia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.

70. Dokładny opis zakresu i sposobu funkcjonowania ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w Polsce przedstawiono na s. 18–19.

Rozwiązania stosowane w Polsce spełniają wysokie standardy europejskie i są porównywalne do rozwiązań z innych krajów, a w niektórych przypadkach mogą stanowić wzór do naśladowania. Warto też dodać, że Komisja Europejska pracuje nad dyrektywą regulującą funkcjonowanie i zakres ochrony zapewnianej przez ubezpieczeniowe fundusze gwarancyjne w kontekście tworzenia jednolitego europejskiego rynku ubezpieczeniowego.⁷¹ Wydaje się, że w przyszłości zasadne byłoby wprowadzenie rozwiązania zapewniającego kontynuację długoterminowych ubezpieczeń życiowych i chorobowych w sytuacji upadłości zakładu ubezpieczeń.

3. Ubezpieczenia w polityce gospodarczej

Dzięki odpowiednio dużemu zaangażowaniu ubezpieczycieli w gospodarkę, można by ograniczyć liczbę upadłości firm i zwiększyć bezpieczeństwo finansowe gospodarstw domowych. Powszechne zabezpieczenie sytuacji finansowej firm i gospodarstw domowych, w wyniku powstania ryzyk, stabilizuje poziom konsumpcji i inwestycji. Sprzyja to zwiększaniu konkurencyjności i innowacyjności całej gospodarki. Należy też nadmienić, że zakłady ubezpieczeń, jako inwestorzy instytucjonalni, przyczyniają się do profesjonalizacji nadzoru nad spółkami prawa handlowego.

Stosowanie ubezpieczeń zwiększa powszechność używania nowoczesnych metod zarządzania ryzykiem i działań prewencyjnych. W ramach umowy ubezpieczenia podmioty ubezpieczone są zobligowane lub zachęcane (poprzez zniżki w składce) do stosowania odpowiednich technik i urządzeń zmniejszających ryzyko powstania lub rozmiar negatywnych skutków.

Jedną ze szczególnych funkcji ubezpieczeń wykonywanych na użytek państwa może być pomoc w promocji eksportu. Firma, która eksportuje, jest narażona na wiele dodatkowych ryzyk, które w kraju nie istnieją lub zdarzają się o wiele rzadziej. Jest to np.:

- ryzyko produkcji związane ze wstrzymaniem, na określony czas, realizacji przygotowanego kontraktu;⁷²
- ryzyko kredytu, czyli braku zapłaty należności za wysłane towary lub zrealizowane usługi;
- ryzyko polityczne;⁷³
- ryzyko kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu;
- ryzyko inwestycji bezpośrednich za granicą;
- ryzyko strat finansowych z tytułu ryzyka kursowego.

W Polsce, oprócz standardowej działalności zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, funkcjonuje powołana przez Skarb Państwa Korporacja Ubezpieczeniowa Kredytów Eksportowych SA, której przedmiotem działalności jest m.in. prowadzenie gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeń eksportowych. Gwarantowane przez Skarb Państwa ubezpieczenia eksportowe są przeznaczone dla eksporterów prowadzących wymianę handlową z krajami podwyższonego ryzyka lub uznanymi za ważne dla polskiego eksportu. Gwarancje Skarbu Państwa mają obniżyć ryzyko, czyli zmniejszyć składkę, przyczyniając

71. http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/2005-market-docs/market-2512-05_en.pdf;
http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/2005-market-docs/2534-05-draft-proposal_en.pdf.

72. Dotyczy ono braku zwrotu kosztów, które poniósł eksporter.

73. Nieuregulowanie zobowiązań przez kontrahenta na skutek sytuacji politycznej, szczególnie wynikającej z decyzji administracyjnych i przepisów prawnych, moratorium płatniczego w kraju dłużnika lub ubezpieczyciela, które uniemożliwiają realizację kontraktu, świadczenia zamówionych usług lub transferu należności.

się jednocześnie do promocji polskiego eksportu. Konkurencja panująca na tym rynku sprawia, że pojawiają się również zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia eksportowe bez wsparcia państwa.

4. Udział ubezpieczeń w finansowaniu ryzyka katastrofalnych

Ryzyka katastrofalne są coraz częściej postrzegane jako istotny problem współczesnej cywilizacji i wymagają odpowiednich metod finansowania ich skutków. Nie istnieje uznana przez wszystkich charakterystyka zdarzeń katastrofalnych, tym niemniej można wskazać cechy, które nie wzbudzają większych kontrowersji, tj. masowość skutków oraz ich dotkliwość. Masowość powoduje trudności w efektywnym finansowaniu skutków zdarzeń katastrofalnych, natomiast dotkliwość strat wymusza ich skuteczne pokrycie. Dość często problemy wynikające z charakteru ryzyka katastrofalnych próbuje się rozwiązać poprzez przymus ubezpieczeniowy. Państwo, inicjując, regulując lub organizując przymus ubezpieczeniowy, powinno dopasować instytucjonalne otoczenie zarządzania ryzykiem katastrofalnym do charakteru tego ryzyka.

4.1. Ubezpieczenie skutków żywiołów

Zmiany klimatyczne oraz zwiększające się narażenie zdrowia i majątku przez niekorzystne zjawiska klimatyczne oraz inne żywioły powodują rosnące zainteresowanie kompleksowymi systemami zapewniającymi kompensatę strat. Zakłady ubezpieczeń w wielu krajach współdziałają w tym zakresie z rządem. Współpraca rozpoczyna się zwykle od identyfikacji i kwantyfikacji ryzyka, co pozwala na określenie wielkości ryzyka. Dzięki temu powstają krajowe mapy ryzyka, które są punktem wyjścia dla tworzenia projektu systemu finansowania ewentualnych strat.

Ubezpieczenia z uwagi na wbudowany mechanizm kompensacji straty, wypracowany system likwidacji szkód (określenia wielkości szkód i wysokości stosownego odszkodowania) oraz nacisk na działania prewencyjne są bardzo często stosowanymi rozwiązaniami. Jednak ze względu na potencjalne ryzyko ogromnych odszkodowań, przerastających możliwości finansowe zakładów ubezpieczeń, państwo inicjuje *pool* ubezpieczeniowy lub zapewnia gwarancje wypłacenia odszkodowań. Porównując Polskę z innymi krajami europejskimi, należy zauważyć, że nadal dużo jest do zrobienia w tym zakresie. Jak pokazują kataklizmy, które nawiedziły Polskę w ostatnich latach, istnieje pilna potrzeba stworzenia przez państwo mechanizmów finansujących szkody wyrządzone przez żywioły. Przykładem może być chociażby Turcja, gdzie działa system prywatnych ubezpieczeń na wypadek skutków trzęsienia ziemi. Ostatnio podobne rozwiązania w zakresie ryzyka katastrofalnych wprowadziły Rumunia i Bułgaria.

4.2. Ubezpieczenie szkód środowiskowych

Środowisko naturalne narażone jest w coraz większym stopniu na degradację. W związku z powyższym istnieje presja na poziomie Unii Europejskiej na organizację systemu kompensat za szkody ekologiczne. Wydaje się, że jedynie zakłady ubezpieczeń po odpowiednim przygotowaniu do stworzenia systemu gwarancji Skarbu Państwa, byłyby w stanie taki system zbudować. Zakłady ubezpieczeń wstępnie wyraziły już chęć uczestnictwa w takim przedsięwzięciu. Wymagać to będzie jednak wielu lat przygotowań i objęcia ochroną jedynie wybranych, najważniejszych ryzyk.

4.3. Ubezpieczenie na wypadek aktów terroru

Jak pokazały przykłady innych rozwiniętych krajów, ryzyko ataku terrorystycznego stało się całkiem realne i można się go spodziewać również w naszym kraju. Państwa, w których problem ten wystąpił, organizują systemy finansowania potencjalnych skutków aktów terroru. Dobry przykład stanowi Wielka Brytania, gdzie na potrzeby ubezpieczenia na wypadek aktów terroru utworzono specjalny *pool*⁷⁴ ubezpieczeniowy. Taka organizacja pozwala na zmniejszenie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, a obywatelom zapewnia kompensatę strat poniesionych w wyniku ataku terrorystycznego.

74. *Pool* ubezpieczeniowy to zrzeszenie się i utworzenie wspólnego funduszu ubezpieczeniowego przez dwóch lub więcej ubezpieczycieli, w celu wspólnego wyrównywania i pokrywania określonych rodzajów ryzyka objętych porozumieniem poolowym; ze wspólnego funduszu poolowego, na który składają się odprowadzane przez ubezpieczycieli zebrane składki z tytułu zawartych ubezpieczeń objętych porozumieniem, pokrywane są wypłaty odszkodowań bez względu na to, z którym ubezpieczycielem zawarta została umowa ubezpieczenia.

VI. Podsumowanie

Sektor ubezpieczeniowy ma niebagatelne znaczenie dla gospodarki, szczególnie w fazie intensywnego rozwoju. Rozproszenie ryzyka, straty oraz stabilizacja finansowa, są niezwykle ważne zarówno dla gospodarstw domowych, przedsiębiorstw, jak i państwa. Istotne znaczenie ma fakt, że jest to rynek ściśle regulowany, w którym normy bezpieczeństwa są postawione na wysokim poziomie. Doświadczenia kryzysu finansowego pokazują, że ubezpieczenia zapewniają bezpieczeństwo bez względu na sytuację makroekonomiczną.

Polskie gospodarstwa domowe coraz częściej korzystają z ochrony ubezpieczeniowej. Uwagę zwraca fakt, że w coraz mniejszym stopniu są to ubezpieczenia komunikacyjne, których znaczenie, choć wciąż duże, jednak maleje. Wraz z bogaceniem się społeczeństwa rośnie potrzeba zabezpieczenia majątku oraz spłaty zobowiązań w przypadku śmierci żywiciela. Większego znaczenia nabierają ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym oraz ochrony prawnej. Użyteczność oferty ubezpieczeniowej w dużej mierze uzależniona jest od profesjonalnego doradztwa i pomocy w celu dopasowania produktów do potrzeb i włączenia ubezpieczeń w finanse osobiste.

Ubezpieczenia są warunkiem dalszego rozwoju polskich przedsiębiorstw. Oferta produktowa zakładów ubezpieczeń pozwala na uwolnienie kapitałów wykorzystywanych do finansowania bieżących strat. Ponadto w wielu sytuacjach ubezpieczenia są warunkiem dostępu do bardziej rozwiniętych rynków. Nie bez znaczenia jest też fakt, że produkty ubezpieczeniowe wspierają przedsiębiorców we wprowadzaniu innowacji, często dodatkowo zachęcając systemem zniżek. Ubezpieczenia są niezbędnym elementem zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie niezależnie od jego wielkości. Choć wydaje się, że szczególne znaczenie mają dla sektora MSP, który z uwagi na specyfikę funkcjonowania (mniejsze możliwości pozyskiwania kapitału oraz ograniczone zasoby ludzkie) rozwija się dużo lepiej, gdy towarzyszy mu wsparcie rynku ubezpieczeniowego.

Państwo polskie w coraz większym stopniu wykorzystuje ubezpieczenia do realizacji wybranych zadań, których liczba systematycznie rośnie. Zauważalny jest zwiększający się udział sektora ubezpieczeniowego w systemach emerytalnym, ochrony zdrowia, finansowania skutków ryzyk katastroficznych. Wielkość sektora ubezpieczeniowego czyni go również bardzo ważnym elementem gospodarki zapewniając np. długoterminowe finansowanie inwestycji. Sektor ubezpieczeniowy jest również coraz większym pracodawcą.

Rynek ubezpieczeniowy osiągnął już taki stopień dojrzałości, że wymaga przemyślanej dedykowanej polityki rozwoju. Istotne jest, aby na gruncie gospodarki rynkowej zapewnić mu korzystne rozwiązania prawne, zachęty instytucjonalne i programy edukacyjne. Jak pokazują dotychczasowe doświadczenia, korzyści z tego płyną dla całej polskiej gospodarki.

Niniejsza publikacja jest poprawioną i zaktualizowaną wersją wydania specjalnego „Wiadomości Ubezpieczeniowych” 1/2010.

Dr Marcin Kawiński jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Jego zainteresowania zawodowe skupiają się wokół zastosowania ubezpieczeń w finansach osobistych. Współpracuje z The Centre for European Policy Studies, Institute of Applied Social Studies oraz CHASM na Uniwersytecie w Birmingham. Przez wiele lat pracował w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, zasiadał również w Steering Committee sieci instytucji polubownego rozstrzygania sporów przy Komisji Europejskiej FIN-NET. Był członkiem forum ekspertów usług finansowych przy Komisji Europejskiej FIN-USE. Obecnie zasiada w Financial Services User Group przy Komisji Europejskiej, jest również członkiem Insurance and Reinsurance Stakeholder Group oraz Occupational Pension Stakeholder Group przy Europejskim Nadzorze Ubezpieczeniowym i Emerytalnym (EIOPA). Jest arbitrem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego.

Wydawca: Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej Sp. z o.o.
Adres: 00-684 Warszawa, ul. Wspólna 47/49, tel.: [22] 420 51 34
<http://www.piu.org.pl/wydawnictwa>

Nakład 1000 egz. Czasopismo dystrybuowane bezpłatnie.

„Wiadomości Ubezpieczeniowe” są dostępne na stronie internetowej:
<http://www.piu.org.pl/wiadomosci-ubezpieczeniowe>



ISSN 0137-7264