

# Spis treści

## ROZPRAWY NAUKOWE

---

<b>Środki własne zakładów ubezpieczeń – ujęcie w Solvency II</b> – Robert Kurek	3
<b>Aspekty jakościowe modeli wewnętrznych w badaniu QIS5</b> – Joanna Wartini	25
<b>Redystrybucyjno-kapitałowa funkcja ubezpieczeń gospodarczych</b> – Krystyna Ciuman	43
<b>Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej notariusza – propozycje nowych rozwiązań</b> – Eugeniusz Kowalewski	53
<b>Składka zaległa i regres ubezpieczeniowy – cechy wspólne oraz różnice</b> – Maciej Rapkiewicz	65
<b>Klauzula rozsądku w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym oraz <i>Restatement of European Insurance Contracts</i></b> – Natalia Bukowska	81
<b>Prawa pacjentów na wspólnym rynku Unii Europejskiej według nowej dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady UE</b> – Martyna Łaszewska-Hellriegel	97
<b>Znaczenie Otwartych Funduszy Emerytalnych w kontekście zmian dokonanych w systemie emerytalnym – aspekty prawne</b> – Dorota Maśniak	107

## RECENZJE – POLEMIKI

---

<b>Recenzja książki pt. „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych”, Jarosław W. Przybytniowski, Wieś Jutra, Warszawa 2010, ss. 196</b> – Tadeusz P. Lenart	119
<b>Recenzja książki pt. „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych”, Jarosław W. Przybytniowski, Wieś Jutra, Warszawa 2010, ss. 196</b> – Anna Kufel-Siemińska	123

## VARIA

---

<b>Sprawozdanie z V Konferencji Naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”, Rydzyna, 30 maja – 1 czerwca 2011 r.</b> – Marta Borda, Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska	131
---	-----



**ROBERT KUREK**

## Środki własne zakładów ubezpieczeń – ujęcie w Solvency II

*Stosunek pomiędzy wymogami kapitałowymi (wymagany kapitał) a dopuszczonymi na jego pokrycie środkami własnymi (dostępny kapitał), to wiodący parametr bezpieczeństwa stosowany w Solvency I. Jego weryfikowanie i sprawdzanie przez organy nadzorcze stało się jednym z najbardziej użytecznych instrumentów wypracowanych w toku rozwijania sektorowego nadzoru ubezpieczeniowego. Wskaźnik relacjonujący pokrycie kapitałów bezpieczeństwa posiadanymi środkami własnymi jest równie istotny w systemie Solvency II, jednak ogólna zasada „im większe środki własne, tym większe bezpieczeństwo zakładu ubezpieczeń” została uzupełniona o komplementarną zasadę dotyczącą odpowiedniej jakości środków własnych.*

*W opracowaniu dokonana została prezentacja założeń mechanizmu obliczania wysokości dopuszczanych środków własnych w związku z dyrektywą Solvency II, a także analiza różnic między Solvency I i Solvency II. Różnice te wynikają głównie z odmiennej filozofii dokonywanej oceny w jednym i w drugim systemie, ale płaszczyznami, na których można dostrzec pewne odmienności pomiędzy jednym, a drugim systemem są także spełniane przez środki własne funkcje, horyzont czasowy ich obliczania i dostępności, potrzeba zarządzania nimi w adekwatności do aktywów, konieczność partnerskiej współpracy organu nadzoru z zakładem ubezpieczeń w obszarze dopuszczania środków własnych i szeroko lub wąsko określone cele nadzorcze. Wprawdzie parametry umożliwiające weryfikację utrzymywania prawidłowych stosunków finansowych w obu systemach zostały różnie ujęte, to odpowiednia relacja środków własnych i wymaganego kapitału pozostaje w Solvency II jednym z najistotniejszych elementów oceny wypłacalności firm ubezpieczeniowych.*

### **Wprowadzenie**

W zależności od przyjętego systemu oceny działalności dostępne zakładowi ubezpieczeń środki finansowe, które powinien posiadać w stosownej wysokości w związku z prowadzoną działalnością, mają odpowiadać uregulowanym przepisami prawa wymogom kapitałowemu (*capital requirement*). Ustalenie wymogu kapitałowego może się odbywać za pomocą marginesu wypłacalności, kapitału obciążonego ryzykiem, kapitałowego wymogu wypłacalności lub też w inny sposób, stanowiąc określony próg graniczny

istotny z punktu widzenia wymagań nadzoru. Środki finansowe będące w dyspozycji zakładu ubezpieczeń (*available solvency*) mają służyć jako zabezpieczenie przed ryzykami, uzupełniać ewentualne niedobory na wypłatę odszkodowań i świadczeń oraz pokrywać nadzwyczajne, niespodziewane koszty i generalnie stanowić źródło pokrycia wszelkich strat finansowych. Jednak z ekonomicznego punktu widzenia, jak i wymagań nadzorczych, nie każdy kapitał dostępny zakładowi ubezpieczeń daje gwarancję zabezpieczenia prawidłowego przebiegu wszelkich operacji zachodzących w różnych obszarach aktywności zakładu ubezpieczeń. Generuje to konieczność ustalenia poszczególnych pozycji zaliczanych w poczet środków własnych, określenia ich wysokości, ustalenia zasad wyceny, a nawet ich rozróżniania w zależności od posiadanych cech jakościowych.

Celem opracowania jest prezentacja założeń mechanizmu obliczania wysokości dopuszczalnych środków własnych w zakładzie ubezpieczeń w związku z dyrektywą Solvency II. Dyrektywa ta nie tylko zmienia podstawowe wymogi wypłacalności zakładów ubezpieczeń, ale także redefiniuje podejście i sposób ustalania środków własnych, w którym obok kryteriów ilościowych istotne znaczenie przypisano kryteriom jakościowym. Porównanie środków własnych ustalanych zgodnie z Solvency II w relacji do Solvency I stanowi również istotny element niniejszego opracowania.

## 1. Środki własne i fundusze własne – terminologia w Unii Europejskiej i w Polsce

W pierwszej dyrektywie z dnia 24 lipca 1973 r. dotyczącej prowadzenia ubezpieczeń niezyciowych<sup>1</sup>, w art. 16 pojęcia „środki własne” czy „fundusze własne” nie występowały. Zawarte było stwierdzenie, że „margines wypłacalności winien odpowiadać aktywom zakładu wolnym od wszelkich przewidywalnych zobowiązań i pomniejszonym o pozycje niematerialne i prawne”, a następnie wymienione zostały pozycje, które mogły stanowić pokrycie marginesu wypłacalności.

Terminy „środki własne” lub „fundusze własne” nie pojawiły się również w dyrektywie z 2002 r. w sprawie marginesu wypłacalności zakładów ubezpieczeń funkcjonujących w dziale ubezpieczeń nie na życie (zmieniającej dyrektywę z 1973 r.). Dla pozycji stanowiących pokrycie wymogów kapitałowych użyte zostało określenie „dostępny margines wypłacalności” (*available solvency margin*). Artykuł 16 tej dyrektywy przyjął brzmienie „dostępny margines wypłacalności składa się z aktywów zakładu ubezpieczeń, wolnych od wszelkich przewidywalnych zobowiązań, pomniejszonych o wartości niematerialne”, a jego ustanowienie odnosiło się do „...całej działalności zakładu ubezpieczeń, przez cały czas” i miał on być równy, „...co najmniej wymogom tej dyrektywy”<sup>2</sup>.

- 
1. Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (73/239/EWG).
  2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 marca 2002 r. (2002/13/WE) zmieniająca dyrektywę Rady 73/239/EWG w sprawie marginesu wypłacalności wymaganego od zakładów oferujących ubezpieczenia inne niż ubezpieczenie na życie.

Równocześnie w branży bankowej (instytucje kredytowe) od wielu lat na potrzeby regulacji ostrożnościowych funkcjonowało określenie „fundusze własne” (*own funds*), których sumę (podstawowych i uzupełniających funduszy) instytucja kredytowa jest zobowiązana utrzymywać na takim poziomie, aby wynosiła nie mniej, niż 8 proc. aktywów i zobowiązań pozabilansowych ważonych ryzykiem (minimalny współczynnik wypłacalności)<sup>3</sup>.

W pokrewnych branżach sektora finansowego, czego przykładem może być obszar dobrowolnego zabezpieczenia emerytalnego, dla podobnej kategorii finansowej zastosowanie mają jeszcze inne określenia. W artykule 17 dyrektywy w sprawie działalności instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz nadzoru nad takimi instytucjami (dyrektywa IORP) dla „aktywów wolnych od wszelkich przewidywalnych zobowiązań i służących, jako zabezpieczenie kapitałowe” użyte zostało określenie „ustawowe fundusze własne” (*regulatory own funds*)<sup>4</sup>.

W czasie prac nad dyrektywą Solvency II celem konwergencji przepisów dotyczących ustalania elementów wchodzących w poczet środków pokrywających wymogi kapitałowe (*eligible capital*) i ich zbliżenia do reguł obowiązujących w sektorze instytucji kredytowych wprowadzone zostało pojęcie „fundusze własne” (*own funds*), które zawarte jest w art. 87 tej dyrektywy. Nazewnictwo to nawiązuje do ponadsektorowych przepisów dotyczących dopuszczanych na pokrycie wymogów kapitałowych środków i ma szczególne znaczenie dla konglomeratów finansowych i ich nadzorowania<sup>5</sup>. Zgodnie z przepisami unijnymi takie też nazewnictwo – „fundusze własne” (*own funds*) – jest obowiązujące dla regulacji związanych z nadzorowaniem zakładów ubezpieczeń, a należy przez nie rozumieć „...bilansowe i pozabilansowe środki finansowe, dostępne zakładowi ubezpieczeń, zapewniające pełne pokrycie strat w przypadku likwidacji i przy założeniu kontynuacji działalności”<sup>6</sup>.

Zwrot „środki własne” w polskiej nomenklaturze niezmiennie funkcjonuje od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Pojawił się w ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 28 lipca 1990 r.<sup>7</sup> i doprecyzowany został jeszcze w tym samym roku w roz-

3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 czerwca 2006 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności przez instytucje kredytowe (2006/48/WE) – zawarta w tej dyrektywie definicja funduszy własnych obejmuje art. 57-61 oraz art. 63-66.
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 3 czerwca 2003 r. w sprawie działalności instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz nadzoru nad takimi instytucjami (2003/41/WE). Dyrektywa Solvency II zmienia niektóre zapisy tej ustawy i m.in. (w art. 303) zamiast określenia „ustawowe fundusze własne” wprowadza pojęcie „dostępny margines wypłacalności”. W dyrektywie Solvency II zapowiedziane zostały także dalsze prace nad systemem zasad oceny wypłacalności programów emerytalnych, który jednak odzwierciedlał będzie „w pełni zasadniczą odrębność”.
5. Komisja Europejska wydała na początku 2007 r. *Call for Technical Advice* (Nr. 1) do *Interim Working Committee on Financial Conglomerates* (IWCFC) w nawiązaniu do ponadsektorowych przepisów dotyczących dopuszczanych na pokrycie środków własnych elementów kapitałowych i analizy skutków dla nadzoru nad konglomeratami finansowymi; <http://www.ceiops.org/media/files/requestsforadvice/ECletterandcallforadvicecapital.pdf> (12.09.2007).
6. Ustęp 47 Preambuły do Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (2009/138/WE) – Solvency II.
7. Art. 45 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 28 lipca 1990 r. Dz. U. Nr 59, poz. 344 z późn. zm.

porządzeniu Ministra Finansów regulującym określenie pozycji zaliczanych w poczet środków własnych<sup>8</sup>. Po opublikowaniu projektu dyrektywy Solwency II z 2007 r. w wersji przedstawianej przez Komisję Europejską Parlamentowi Europejskiemu i Radzie Unii Europejskiej w urzędowym, polskim tłumaczeniu<sup>9</sup>, pojawiło się określenie „fundusze własne” zamiast „środki własne”. Jednak już w tłumaczeniu dyrektywy przyjętej przez Parlament i Radę<sup>10</sup> z 2009 r. nie uwzględniono formalnej unijnej nomenklatury, natomiast zastosowanie znalazło dobrze już ugruntowane w polskich przepisach określenie „środki własne”<sup>11</sup>.

„Środki własne” są wprawdzie pojęciem w polskich przepisach prawa ściśle określonym, to jednak w nazewnictwie dotyczącym środków finansowych pokrywających wymogi kapitałowe popularnie bywają zwane „kapitałami bezpieczeństwa”, „kapitałami gwarancyjnymi”, „funduszami własnymi” lub nawet „kapitałami własnymi”, co w ostatnim przypadku nie jest tożsame z rachunkowym znaczeniem tego określenia (pozycja pasywów bilansu). Bywają również określane „buforem bezpieczeństwa”, „dostępnym kapitałem”, a w rozwiązaniach dotyczących systemów monitorowania wypłacalności zakładów ubezpieczeń na świecie można również znaleźć takie określenia jak „baza kapitałowa” (Australia, RPA) lub „skorygowany kapitał” (USA)<sup>12</sup>.

Regulacje odnoszące się do posiadania przez zakład ubezpieczeń stosownej wysokości środków własnych zapewniają prawidłowość realizacji zadań ciążących na zakładzie ubezpieczeń, w tym przede wszystkim wobec ubezpieczonych, są jednym z warunków gwarantujących realizację zasady realności ochrony ubezpieczeniowej<sup>13</sup>. Jako „bufor bezpieczeństwa” absorbują skutki finansowe wystąpienia niekorzystnych i nieprzewidzianych zdarzeń w działalności zakładu ubezpieczeń<sup>14</sup>, a ustalenie ich właściwej wysokości, jako elementu oceny działalności zakładów ubezpieczeń, praktycznie we wszystkich systemach prawnych, podlega szczegółowym zasadom i regułom prawnym, do których egzekwowania i kontroli zobowiązane są organy nadzoru<sup>15</sup>.

- 
8. Art. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 14 grudnia 1990 r. w sprawie określenia środków zaliczanych do środków własnych, sposobu wyliczenia i wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla każdego rodzaju ubezpieczeń oraz dla działalności reasekuracyjnej. Dz. U. 1990 nr 89 poz. 525.
  9. Projekt dyrektywy Solwency II – 10 lipca 2007 r. KOM (2007) 361 wersja ostateczna; [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007\\_0361pl01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007_0361pl01.pdf).
  10. Ostateczny tekst dyrektywy ramowej Solwency II został opublikowany w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (seria L) z dn. 17 grudnia 2009 r. Dyrektywa (z wyłączeniem niektórych przepisów) weszła w życie 6 stycznia 2010 r. Data ta wyznaczyła formalny początek procesu transpozycji przepisów dyrektywy do systemów prawnych państw członkowskich UE (przygotowania i wydania krajowych aktów prawnych). Faktyczne wejście w życie nowego systemu (pełna transpozycja – zarówno dyrektywy, jak i aktów jej towarzyszących) powinno nastąpić do końca października 2012 r.
  11. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (2009/138/WE) – Solwency II.
  12. W. Bijak, *Praktyczne metody badania niewypłacalności zakładów ubezpieczeń*, Oficyna Wyd. SGH, Warszawa 2009, s. 36.
  13. J. Łańcucki, *Podstawy finansów ubezpieczeń gospodarczych*, PWN, Warszawa 1996, s. 134.
  14. W. Bijak, *Praktyczne metody... op.cit.*, s. 36.
  15. T. Sangowski, *Gwarancje wypłacalności ubezpieczyciela*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej cz. 2*, praca zbior. pod red. A. Wąsiewicza, Oficyna Wyd. Branta, Bydgoszcz 1994, ss. 107-108.

Bez względu na interpretację nadzorczego systemu oceny wypłacalności, środki własne zakładu ubezpieczeń stanowią określoną nadwyżkę aktywów nad zobowiązaniami uzupełnioną o inne elementy dające gwarancję pokrycia ewentualnych strat zakładu ubezpieczeń. Jako wartość rachunkową wyznaczone są one na podstawie wszelkich kapitałów, będących własnością lub w dyspozycji zakładu ubezpieczeń, mających charakter źródeł finansowania majątku trwałego lub obrotowego i korygowane są o różne pozycje bilansowe i pozabilansowe w zakresie, w jakim stanowią pokrycie obowiązujących wymogów. Składniki zaliczane w poczet środków własnych pokrywających wymogi kapitałowe są ściśle zdefiniowane albo na bazie określonych pryncypiów (kryteria, które określają cechy elementów kapitałowych) lub na bazie regulacyjnej (za pomocą katalogu dopuszczającego określone pozycje elementów kapitałowych).

Ustalenie wymogów kapitałowych ma na celu wyznaczenie takiej wielkości środków własnych, która pozwoli potraktować zakład ubezpieczeń jako wypłacalny, ewentualnie aby jego działalność uważać za bezpieczną stosownie do skali prowadzonej działalności i ekspozycji na ryzyko. Upraszczając zależność pomiędzy wymogami kapitałowymi a środkami zabezpieczającymi wypłacalność można sprowadzić do relacji – środki, które są dostępne (dostępny kapitał) do środków, które powinny być dostępne (wymagany kapitał).

## 2. Parametry oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń w Solvency II – wymagany kapitał

W rozumieniu założeń Solvency II o wypłacalności zakładu ubezpieczeń można mówić wówczas, gdy stosunek wartości dopuszczonych środków własnych (*eligible own funds*) i określonego wymogu kapitałowego (*capital requirement*) jest większy lub równy jedności (wskaźnik pokrycia). Firmy ubezpieczeniowe zobowiązane są do spełnienia dwóch wymogów kapitałowych: kapitał wypłacalności (*SCR – Solvency Capital Requirement*) oraz minimalny wymóg kapitałowy (*MCR – Minimum Capital Requirement*). Oczywiście, by osiągnąć jednolity poziom ochrony ubezpieczających zarówno MCR, jak i SCR są zharmonizowane na poziomie całej UE.

**MCR** to minimalny wymóg kapitałowy, pokrywany przez taką wielkość dopuszczonych podstawowych środków własnych poniżej której – przy założeniu kontynuacji prowadzenia działalności przez zakłady ubezpieczeń – ubezpieczający i beneficjenci byliby narażeni na niedopuszczalny poziom ryzyka<sup>16</sup>. Szczegółowy sposób jego wyznaczenia zostanie określony dopiero w aktach wykonawczych do dyrektywy<sup>17</sup>, jednak

16. Art. 129 Dyrektywy Solvency II.

17. Zgodnie z zapowiedziami Komisji Europejskiej prace ustawodawcze, zmierzające do uchwalenia aktów wykonawczych do dyrektywy rozpoczęły się wiosną 2011 r. Zgodnie z planami ich uchwalenie powinno nastąpić do października 2011 r., czyli najpóźniej podczas sprawowania przez Polskę przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej. Dalsze uszczegółowienie niektórych aspektów systemu Solvency II będzie miało miejsce w standardach lub wytycznych nadzorczych (tzw. aktach poziomu 3), których część już została wydana przez CEIOPS w 2010 r. (np. dotyczące sprawozdawczości publicznej), a część zostanie już wydana w prawnie wiążącej formie (jako wiążące standardy techniczne) przez Komisję Europejską w oparciu o projekty, które przygotowuje nowy, europejski organ właściwy w zakresie nadzoru ubezpieczeń – EIOPA (Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych –

w samej dyrektywie Solwency II ustalony został nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego (minimalne wartości absolutne – *absolute MCR*)<sup>18</sup>:

- 2,2 mln euro dla ubezpieczeń niezyciowych (dla grup 10-15 – min. 3,2 mln euro),
- 3,2 mln euro dla ubezpieczeń życiowych<sup>19</sup>,
- 3,2 mln euro dla działalności reasekuracyjnej.

Wysokość obliczonego MCR (wyliczana i podawana do wiadomości organu nadzoru jest raz na kwartał) nie może spaść poniżej 25 proc. ani przekroczyć 45 proc. kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR). W sytuacji, gdy wartość MCR nie będzie się zawierała w referencyjnym paśmie, należy przedłożyć organowi nadzoru wyjaśnienie zaistniałej sytuacji, co stanowi jeden z parametrów umożliwiających monitorowanie sytuacji finansowej przez organ nadzoru.

**SCR** to kapitałowy wymóg wypłacalności odpowiadający takiemu poziomowi dopuszczonych środków własnych, który umożliwia pokrycie znaczących, nieprzewidzianych strat oraz zapewnia odpowiednią ochronę ubezpieczającym i ubezpieczonym. Formuła jego obliczania ukierunkowana jest na rzeczywisty profil ryzyka zakładu ubezpieczeń, z uwzględnieniem wpływu ewentualnych technik ograniczania ryzyka oraz efektów dywersyfikacji. SCR może być obliczony za pomocą formuły standardowej (modelu narzuconego przez nadzór – Załącznik IV do Dyrektywy Solwency II) lub modelu wewnętrznego (pełnego lub częściowego) opracowanego przez daną firmę ubezpieczeniową. Ustalenie wysokości SCR przy wykorzystaniu modelu wewnętrznego wymaga akceptacji organu nadzoru, a proces akceptacji modelu wewnętrznego został także ujednolicony na poziomie unijnym<sup>20</sup>.

W relacji do dopuszczonych środków własnych MCR wyznacza ich minimalny poziom, poniżej którego wartość środków nie powinna spaść. Jeżeli wartość dopuszczonych podstawowych środków własnych spadnie poniżej MCR i zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie w krótkim czasie przywrócić ich poziomu do wielkości MCR, to udzielone zezwolenie powinno zostać cofnięte. Obowiązkiem zakładu ubezpieczeń jest także stałe posiadanie dopuszczonych środków własnych pokrywających kapitałowy wymóg wypłacalności – SCR. SCR odzwierciedla taką wielkość dopuszczonych środków własnych, która umożliwia zakładowi ubezpieczeń pokrycie znacznych strat, a ubezpieczającym i beneficjentom daje wystarczającą pewność, że płatności zostaną zrealizowane wtedy, gdy staną się wymagalne<sup>21</sup>.

---

*European Insurance and Occupational Pensions Authority*). EIOPA zaczęła funkcjonować na początku 2011 r. zastępując CEIOPS.

18. Art. 129 Dyrektywy Solwency II.

19. Jeśli zakład ubezpieczeń prowadzi działalność łącznie zarówno w dziale I, jak i w dziale II (co jest możliwe w niektórych krajach UE – art. 75 dyrektywy Solwency II), to pod warunkiem, że każda z tych działalności jest zarządzana oddzielnie, nieprzekraczalny dolny próg MCR stanowi sumę MCR wyznaczonego dla działu I i działu II (art. 129).

20. D. Ringwelska, *Model wewnętrzny w systemie Wypłacalność II – droga do jego zatwierdzenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010 nr 1, ss. 12-14.

21. W przypadku grup ubezpieczeniowych środki własne powinny być odpowiednio podzielone wewnątrz grupy, a zakłady ubezpieczeń, będące częścią grupy, powinny dysponować środkami własnymi wystarczającymi do pokrycia swojego SCR.



### 3. Ustalanie wysokości dopuszczonych środków własnych w Solvency II – dostępny kapitał

Zgodnie z Solvency II<sup>22</sup>, w definicyjnym ujęciu przez środki własne należy rozumieć „...aktywa wolne od wszelkich przewidywalnych zobowiązań dostępne na pokrycie strat wynikających z niesprzyjających wahań w obszarze prowadzonej działalności, zarówno przy założeniu kontynuacji działalności, jak i w przypadku likwidacji”<sup>23</sup>. Zapisy dyrektywy regulują, że do środków własnych zakładu ubezpieczeń zaliczyć można podstawowe i uzupełniające środki<sup>24</sup>, które mogą zostać wykorzystane do pokrycia jego strat. Jednak z racji tego, że nie wszystkie pozycje dają taką gwarancję wprowadzone zostały ograniczenia i limity zarówno o charakterze jakościowym, jak i ilościowym. Ustalenie wysokości kwot środków własnych<sup>25</sup>, dopuszczonych na pokrycie wymogów kapitałowych, przebiega w trzech etapach:

- określenie (ustalenie) środków własnych,
- klasyfikacja środków własnych,
- dopuszczalność (kwalifikowalność) środków własnych.

**W pierwszym etapie** określana jest kwota dostępnych środków własnych zakładu ubezpieczeń, które stanowią sumę podstawowych środków własnych oraz uzupełniających środków własnych<sup>26</sup>.

**Podstawowe środki własne** to pozycje bilansowe zakładu ubezpieczeń, które pokrywają kapitał gospodarczy (ekonomiczny) i stanowią nadwyżkę aktywów nad zobowiązaniami. Aktywa stanowiące tę nadwyżkę mają być wolne od wszelkich przewidywalnych zobowiązań i muszą być dostępne na pokrycie strat przy założeniu kontynuacji działalności i w przypadku likwidacji. Wyliczenie kwoty służącej pokryciu kapitału gospodarczego (nadwyżki aktywów nad zobowiązaniami) następuje po zastosowaniu wyceny aktywów i pasywów w ujęciu ekonomicznym: aktywa wyceniane mają być w kwocie za jaką na warunkach rynkowych mogłyby one być przedmiotem transakcji wymiennych (być sprzedane), natomiast pasywa mogłyby zostać przeniesione lub rozliczone pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi stronami transakcji<sup>27</sup>.

22. Ostateczny kształt zapisów przyjętych w dyrektywie Solvency II był efektem zaleceń CEIOPS w tym zakresie, opublikowanych w dokumencie: CEIOPS, *Draft CEIOPS' Advice for Level 2 Implementing Measures on Solvency II: Own funds – Article 97 and 99 – Classification and eligibility*, „Consultation Paper” No. 46, CEIOPS-CP-46/09, 2 July 2009; [http://www.knf.gov.pl/Images/090702%20CP46%20L2-Advice-Own-Funds-Classification-and-eligibility\\_tcm75-11339.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/090702%20CP46%20L2-Advice-Own-Funds-Classification-and-eligibility_tcm75-11339.pdf).

23. Ustęp 48 Preambuły do Dyrektywy Solvency II.

24. Art. 87-89 dyrektywy Solvency II.

25. Na zlecenie Komisji Europejskiej przeprowadzona była seria badań wpływu projektowanych rozwiązań Solvency II na rynek ubezpieczeń (*Quantitative Impact Study*), a wyniki tych badań miały m.in. odzwierciedlenie w opracowanych dla Komisji Europejskiej zaleceniach, które to później znalazły się w dyrektywie Solvency II. W zakresie środków własnych w piątym badaniu – QIS5 wzięło udział 50 polskich zakładów ubezpieczeń, które jak się okazało dysponują znacznymi nadwyżkami środków własnych na pokrycie nowych wymogów kapitałowych, a 99 proc. środków własnych należy do 1 kategorii. Za: G. Szymański, *Badanie QIS5 – Podsumowanie piątego ilościowego badania wpływu QIS% w Polsce*, [http://www.knf.gov.pl/Images/QIS5\\_17-03-11\\_tcm75-25915.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/QIS5_17-03-11_tcm75-25915.pdf).

26. Art. 86 i 87 dyrektywy Solvency II.

27. Art. 75 dyrektywy Solvency II.

Wartość kapitału ekonomicznego należy oczywiście pomniejszyć o wartość własnych akcji posiadanych bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń. Do podstawowych środków własnych zaliczyć również można środki ze zobowiązań podporządkowanych, o ile mogą służyć jako kapitał w przypadku likwidacji zakładu ubezpieczeń.

Uzupełniające środki własne to pozycje pozabilansowe, które mogą zostać wykorzystane do pokrycia strat. Obejmują istniejące zobowiązania wobec zakładów ubezpieczeń (należności lub przyszłe należności zakładów ubezpieczeń), z których zakłady ubezpieczeń mogą skorzystać dla zwiększenia swoich środków finansowych:

- wezwania udziałowców do wniesienia dodatkowych wkładów<sup>28</sup> (o ile nie stanowią one pozycji podstawowych środków własnych<sup>29</sup>),
- akredytywy i gwarancje,
- wszelkie inne prawnie wiążące zobowiązania wobec zakładu ubezpieczeń<sup>30</sup>.

Ponieważ pozycje uzupełniających środków własnych nie są objęte standardami wyceny, jakie mają zastosowanie w stosunku do podstawowych pozycji środków własnych (wycena zgodna z podejściem ekonomicznym), określenie ich kwot podlega uprzedniemu zatwierdzeniu przez organ nadzoru, który przy zatwierdzaniu opiera się na ocenie<sup>31</sup>: statusu danych kontrahentów (pod względem ich możliwości płatności i gotowości do płatności), możliwości uzyskania funduszy (przy uwzględnieniu formy prawnej danej pozycji oraz wszelkich warunków, które stanowią przeszkodę dla skuteczności wezwania do jej opłacenia) oraz wszelkich informacji na temat rezultatów wcześniejszych wezwań do opłaty (o ile miały miejsce).

Generalną zasadą jest, że kwota każdej pozycji uzupełniających środków własnych odpowiada jej pełnej wartości nominalnej pod warunkiem pełnej zdolności do pokrycia strat. Jeśli dana pozycja nie posiada pełnej zdolności do pokrycia strat to jej kwotę ustala się w oparciu o ostrożne i realistyczne założenia. W ramach swej aktywności organ nadzoru podejmując decyzję o zatwierdzeniu danej pozycji uzupełniających środków własnych może ustalić konkretną kwotę pieniężną dla każdej pozycji lub też wyłącznie metodę służącą do określenia kwoty każdej pozycji, a zatwierdzeniu podlega kwota obliczona zgodnie z tą metodą na określony czas.

W związku z tym, że z punktu widzenia zabezpieczenia prowadzonych operacji ubezpieczeniowych dostępne środki własne zakładu ubezpieczeń mogą być różnej jakości i reprezentować mogą zróżnicowany poziom pokrycia strat – poszczególne

28. Rachunkową wielkość pozycji odpowiadającej możliwości wezwania udziałowców do wniesienia dodatkowych wkładów jest pozycja kapitałów własnych – nieopłacony kapitał zakładowy lub kapitał założycielski, do którego opłacenia nie wezwano. Art. 89 Solvency II określa, że jeżeli pozycja uzupełniających środków własnych została opłacona lub wezwano do jej opłacenia, jest ona traktowana jako składnik aktywów i przestaje stanowić część uzupełniających środków własnych. W przypadku towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych na uzupełniające środki własne mogą również składać się wszelkie przyszłe należności towarzystwa od jego członków wynikające z wezwania do wniesienia dodatkowych wkładów.
29. W przypadku TUW armatorów i innych towarzystw ubezpieczeń armatorów opartych na zasadzie wzajemności ze zmienną wysokością wkładów ubezpieczających wyłącznie ryzyka morskie, korzystanie z wkładów wniesionych przez członków na wezwanie to stosowana od dawna praktyka, objęta szczególnymi rozwiązaniami z zakresu ściągania należności.
30. W art. 89 dyrektywy Solvency II pkt. 1 lit. c) użyte jest sformułowanie „wszelkie inne prawnie wiążące zobowiązania otrzymane przez zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji”.
31. Art. 88 dyrektywy Solvency II.

Art. 88 dyrektywy Solvency II. pozycje środków własnych w **drugim etapie** klasyfikowane są do trzech kategorii. Podstawą klasyfikowania jest ich pochodzenie (bilansowe, pozabilansowe) oraz posiadanie „w znacznym stopniu” dwóch<sup>32</sup> podstawowych cech jakościowych<sup>33</sup>:

- stała dostępność – pozycja jest dostępna lub można wezwać do jej opłacenia w celu pokrycia strat w przypadku kontynuowania działalności oraz w przypadku likwidacji,
- podporządkowanie – w przypadku likwidacji całkowita kwota pozycji może służyć do pokrycia strat, a także odmawia się spłaty danej pozycji jej posiadaczowi do czasu wypełnienia wszystkich innych zobowiązań, w tym zobowiązań wobec ubezpieczających i beneficjentów umów ubezpieczenia.

Przy ocenie pozycji środków własnych koniecznym jest także dodatkowe uwzględnienie określonych czynników (kryteriów) stanowiących o stopniu spełniania podstawowych cech jakościowych:

- wystarczający czas trwania (dopasowanie w czasie) – o ile pozycja posiada termin wymagalności, to pod uwagę należy wziąć dopasowanie czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych,
- brak bodźców do wykupu – pozycja powinna być wolna od wymogów lub bodźców do wykupu kwoty nominalnej,
- brak obowiązkowych kosztów obsługi – pozycja powinna być wolna od obowiązkowych stałych opłat,
- brak obciążeń – pozycja powinna być wolna od obciążeń.

Główne kryteria klasyfikacji nie są ostre, jednak pozwalają na przyznanie poszczególnym pozycjom środków własnych określonych 3 kategorii decydujących o ich przydatności z punktu widzenia możliwości pokrycia ewentualnych strat.

**1 kategoria** – podstawowym warunkiem zaliczenia pozycji środków własnych do 1 kategorii jest ich bilansowe pochodzenie (podstawowe środki własne) oraz posiadanie w **znacznym stopniu** podstawowych cech jakościowych: stała dostępność i podporządkowanie, przy uwzględnieniu dopasowania czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań oraz braku bodźców do wykupu, braku stałych opłat i innych obciążeń.

**2 kategoria** – do 2 kategorii zaklasyfikować można zarówno podstawowe, jak i uzupełniające środki własne:

- podstawowe środki własne muszą w **znacznym stopniu** posiadać cechę podporządkowania, przy uwzględnieniu dopasowania czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań oraz braku bodźców do wykupu, braku stałych opłat i innych obciążeń. Różnicującym kryterium w porównaniu do środków 1 kategorii jest cecha stałej dostępności, która nie musi być „w znacznym stopniu” posiadana;
- uzupełniające środki własne muszą posiadać w **znacznym stopniu** podstawowe cechy jakościowe: stała dostępność i podporządkowanie, przy uwzględnieniu dopasowania czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań oraz braku bodźców do

32. W wersji dyrektywy Solvency II z 2007 r. ustalonych zostało 5 cech jakościowych, które decydowały o możliwości przypisania danej pozycji do określonej kategorii: podporządkowanie, zdolność do pokrycia strat, stała dostępność, bezterminowość oraz brak obowiązkowych kosztów obsługi.

33. Art. 93 dyrektywy Solvency II.

wykupu, braku stałych opłat i innych obciążeń. Muszą więc spełniać takie same kryteria jak środki 1 kategorii, jednak zasadniczym wyróżnikiem jest ich pozabilansowe pochodzenie.

**3 kategoria** – to wszelkie pozycje podstawowych i uzupełniających środków własnych, których nie można zaliczyć do kategorii 1 i 2, ale zgodnie z przepisami prawa stanowić mogą pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności.

Przypisanie poszczególnym kategoriom pożądanych cech przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Kategoryzacja pozycji zaliczanych w poczet środków własnych w Solwency II

Kategoria	Przynależność do bilansu zakładu ubezpieczeń	Posiadanie cech jakościowych (spełnianie kryteriów jakościowych)	
		W znacznym stopniu	Czynniki (kryteria dodatkowe)
<b>1 kategoria</b> (kapitał wysokiej jakości)	– pozycja bilansowa (podstawowe środki własne)	– stała dostępność, – podporządkowanie	– dopasowanie czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań
<b>2 kategoria</b> (kapitał średniej jakości)	– pozycja bilansowa (podstawowe środki własne) – pozycja pozabilansowa (uzupełniające środki własne)	– podporządkowanie, – stała dostępność, – podporządkowanie,	– braku bodźców do wykupu, – brak obowiązkowych kosztów obsługi, – brak innych obciążeń,
<b>3 kategoria</b> (kapitał niskiej jakości)	– pozycja bilansowa lub pozabilansowa (podstawowe lub uzupełniające środki własne)	brak konieczności posiadania określonych cech jakościowych	

Źródło: opracowanie własne.

Zastosowanie wymienionych kryteriów (pożądanych cech) do określenia poszczególnych pozycji<sup>34</sup> umożliwi przyznanie im 3 poziomów jakościowych: wysoki, średni (dobry) i niski, równoważnych z określeniem kategorii środków własnych, ale z uwzględnieniem tego czy są to pozycje bilansowe, czy pozabilansowe. W pierwszym przypadku kapitałom wysokiej jakości odpowiada najwyższa – 1 kategoria, pozycjom średniej jakości przypisana jest kategoria 2, a niskiej jakości kategoria 3 pokrywających je środków własnych. W sytuacji, gdy pozycje zaliczane w poczet środków własnych pochodzą spoza bilansu zakładu ubezpieczeń to nawet, jeśli spełniają obydwie pożądane podstawowe cechy jakościowe (stała dostępność i podporządkowanie) mogą być potraktowane tylko jako kategoria 2, a pozostałe pozycje – o ile mogą być zaliczane w poczet środków własnych – tylko jako kategoria 3.

Ponieważ jednak mogą pojawić się komplikacje w interpretacji cech jakościowych pozycji, niewłaściwym ich ujęciu lub błędnej kategoryzacji, pomocnym w klasyfikowa-

34. Podmiotem, na którym ciąży obowiązek dbałości o klasyfikowanie pozycji środków własnych do poszczególnych kategorii przez zakład ubezpieczeń, w oparciu o kryteria jakościowe, jest organ nadzoru, któremu podlega zakład ubezpieczeń.

niu ma być wykaz pozycji środków własnych, które uznaje się za spełniające kryteria, zawierający dla każdej pozycji dokładny opis cech, które stanowiąc będą podstawę jej klasyfikacji. Jeśli jakaś pozycja nie znajdzie się w wykazie to obowiązkiem zakładu ubezpieczeń jest ocena i klasyfikacja danej pozycji we własnym zakresie, zgodnie z wcześniej opisanymi kryteriami (ocena ta podlega zatwierdzeniu przez organ nadzoru). Wykaz ten znajdzie się dopiero w aktach wykonawczych<sup>35</sup>, jednak już w uchwalonej dyrektywie Solvency II wymienione zostały 3 pozycje środków własnych, które są dla zakładów ubezpieczeń specyficzne i którym przypisano odgórnie określone kategorie:

- nadwyżkom środków, które w związku z tym, że w znacznym stopniu posiadają podstawowe cechy jakościowe: stała dostępność i podporządkowanie, przy uwzględnieniu dopasowania czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań oraz braku bodźców do wykupu, braku stałych opłat i innych obciążeń i pod warunkiem, że nie uważa się ich za zobowiązania ubezpieczeniowe i reasekuracyjne – można przypisać kategorię 1,
- akredytywom i gwarancjom zarządzanym powierniczo na zlecenie wierzycieli ubezpieczeniowych przez niezależnego powiernika i wystawionym przez unijne instytucje kredytowe – można przypisać kategorię 2,
- wszelkim przyszłym należnościom, jakie TUV lub inne towarzystwa ubezpieczeń armatorów o zmiennej wysokości wkładów, prowadzące jedynie ubezpieczenia casco statków (grupa 6), OC (grupa 12) i ochrony prawnej (grupa 17) mogą otrzymać od swoich członków w formie dodatkowego wkładu w ciągu kolejnych 12 miesięcy – można przypisać kategorię 2. Pozostałe należności od członków – niespełniające wcześniejszych warunków – mogą stanowić kategorię 2 pod warunkiem, że „w znacznym stopniu” posiadają podstawowe cechy jakościowe: stała dostępność i podporządkowanie przy uwzględnieniu dopasowania czasu trwania pozycji do czasu trwania zobowiązań oraz braku bodźców do wykupu, braku stałych opłat i innych obciążeń.

**W trzecim etapie** ustalania wysokości kwot środków własnych, dopuszczonych na pokrycie wymogów kapitałowych, ma miejsce ograniczenie kwot niektórych pozycji (w zależności od przyznanej kategorii) w relacji do odgórnie ustalonych limitów ilościowych (kwalifikowalność).

Teoretycznie najlepszą i najbardziej pożądaną sytuacją byłaby taka, gdyby na poczet środków własnych zaliczane były tylko podstawowe środki własne o wysokiej jakości (kategoria 1). Jednak w praktyce stan taki jest trudno osiągalny i czasami zbędny, ponieważ wiąże się z wysokimi kosztami ich utrzymywania. Ustalanie wysokości dostępnego kapitału z uwzględnieniem podstawowych i uzupełniających środków własnych sklasyfikowanych w kategoriach 2 i 3 automatycznie zakłada, że nie zapewnią one całkowitego pokrycia straty w każdych okolicznościach (w przypadku likwidacji i przy założeniu kontynuacji działalności). W związku z tym wprowadzone zostały limity ilościowe, stanowiące dwie grupy ograniczeń związanych z ich uznawaniem dla celów nadzoru:

- **w odniesieniu do minimalnego wymogu kapitałowego (MCR)** – można uwzględnić tylko i wyłącznie podstawowe środki własne (uzupełniające środki własne nie

35. Będzie to wykaz pozycji środków własnych, zawierający dla każdej pozycji dokładny opis cech decydujących o podstawie ich klasyfikacji oraz metody stosowane przez organy nadzoru przy zatwierdzaniu oceny i klasyfikacji pozycji środków własnych nieobjętych wykazem.

mogą zostać uznane), a udział dopuszczonych podstawowych środków własnych kategorii 2 nie może być wyższy niż 1/2, co oznacza równocześnie, że środki 1 kategorii stanowić muszą przynajmniej połowę dopuszczonych środków własnych,

- **w odniesieniu do kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR)** udział środków kategorii 1 w dopuszczonych środkach własnych powinien wynosić co najmniej 1/3, a udział środków kategorii 3 nie może być wyższy niż 1/3. Progi te automatycznie oznaczają, że środki własne, które mają 2 kategorię stanowić mogą maksymalnie 2/3 dopuszczonych środków własnych (o ile nie wystąpią żadne środki kategorii 3).

Założenia te przedstawione zostały w Tabeli 2.

**Tabela 2. Kwoty dopuszczonych środków własnych – limity na pokrycie wymogów kapitałowych**

Kapitałowe wymogi regulacyjne	Limity nadzorcze
MCR	Środki własne 1 kategorii – min. 1/2
	Podstawowe środki własne 2 kategorii – max. 1/2
	Brak uzupełniających środków własnych (pozycji pozabilansowych)
SCR	Podstawowe środki własne 1 kategorii – min. 1/3
	Środki własne 2 kategorii – max. 2/3
	Środki własne 3 kategorii – max. 1/3

*Źródło: opracowanie własne na podstawie dyrektywy Solvency II (art. 98).*

Ograniczenie kwoty środków własnych dopuszczonych na pokrycie wymogów kapitałowych obowiązuje wyłącznie do określenia sytuacji zakładów ubezpieczeń pod względem wypłacalności i ma znaczenie z nadzorczego punktu widzenia. Limity kwot dopuszczonych środków własnych nie mają natomiast zastosowania w zakresie wewnętrznego zarządzania kapitałem, gdzie zakłady ubezpieczeń mają już swobodę, a ewentualnie pojawiające się ograniczenia wynikają z traktowania zarządzania środkami własnymi, jako integralnej części zarządzania spółką, umożliwiającego lepsze panowanie nad ryzykiem towarzyszącym jej działalności.

Mechanizm ustalania wysokości kwot środków własnych będących w dyspozycji zakładu ubezpieczeń na pokrycie wymogów kapitałowych umożliwia dokonanie ich podziału na trzy grupy. Podstawę podziału stanowi kryterium regulacyjnej dopuszczalności na pokrycie wymogów kapitałowych, która w kolejności etapów ustalania środków własnych pozwala wyodrębnić: dostępne, dopuszczalne i dopuszczone środki własne<sup>36</sup>.

36. W polskiej wersji dyrektywy pojęcia te używane są zamiennie i nie do końca w zrozumiały sposób. Najlepszym przykładem może być art. 98, gdzie mowa o limitach dopuszczonych na pokrycie SCR kwot pozycji środków własnych. W pkt. a) widnieje zapis „pozycje dopuszczonych środków własnych należące do kategorii 1 stanowią ponad jedną trzecią łącznej kwoty dopuszczonych środków własnych”, a w punkcie b) „dopuszczona kwota pozycji należących do kategorii 3 stanowi mniej niż jedną trzecią łącznej kwoty dopuszczalnych środków własnych”, podczas, gdy w angielskiej wersji użyte jest jedno sformułowanie *the total amount of eligible own funds*. W polskiej wersji art. 100 mówi, że zakłady ubezpieczeń mają mieć

Pierwsza grupa to **dostępne środki własne** (*own funds*). Są to szeroko rozumiane wszelkie dostępne zakładowi ubezpieczeń środki finansowe o podstawowym (*basic own funds*) i uzupełniającym charakterze (*ancillary own funds*), które mając bilansowe, jak i pozabilansowe pochodzenie, „mogą być brane pod uwagę” przy ustalaniu pozycji środków własnych przeznaczonych na pokrycie wymogów kapitałowych. Wyodrębnienie grupy dostępnych środków własnych odpowiada pierwszemu etapowi ustalania wysokości kwot środków własnych przeznaczonych na pokrycie wymogów kapitałowych. Etap ten zwany jest jako „określenie środków własnych” (*determination of own funds*).

Drugą grupę stanowią **dopuszczalne środki własne** (*total amount of eligible own funds*). Są to te pozycje środków własnych, które „mogą stanowić” pokrycie wymogów kapitałowych, ponieważ spełniły warunek dostępności i zakwalifikowania do określonej kategorii jakościowej. Jako że nie wszystkie środki finansowe zapewniają pełne pokrycie strat w przypadku likwidacji i przy założeniu kontynuacji działalności (o czym wcześniej), kwota środków własnych stanowiących pokrycie wymogów kapitałowych powinna być odpowiednio wyselekcjonowana, co odbywa się drogą wyeliminowania tych pozycji środków własnych, które nie posiadają odpowiednich cech jakościowych. W nadzorczym ujęciu zestawienie „dostępnych” środków własnych ograniczane jest do grupy środków „dopuszczalnych” na pokrycie wymogów kapitałowych. Wyodrębnienie grupy dopuszczalnych środków własnych odpowiada drugiemu etapowi ustalania wysokości kwot środków własnych przeznaczonych na pokrycie wymogów kapitałowych. Etap ten zwany jest „klasyfikacja środków własnych” (*classification of own funds*).

Trzecia grupa środków własnych – **dopuszczone środki własne** (*eligible own funds*) jest tą grupą, która w nadzorczym rozumieniu jest najistotniejsza. By wzmocnić gwarancje wypłacalności zakładów ubezpieczeń przewidziane zostały limity ilościowe dla poszczególnych kategorii uwzględnionych we wcześniejszych etapach postępowania przy ustalaniu wysokości środków własnych (Tab. 2). Kwalifikacja środków własnych zgodnie z nadzorczymi limitami pozwala wyodrębnić te środki własne, które dla zakładu ubezpieczeń „stanowią” już pokrycie wymogów kapitałowych. Wyodrębnienie grupy „dopuszczonych” środków własnych odpowiada trzeciemu etapowi ustalania wysokości kwot środków własnych przeznaczonych na pokrycie wymogów kapitałowych. Etap ten zwany jest jako „dopuszczalność środków własnych”<sup>37</sup> (*eligibility of own funds*).

---

dopuszczone środki własne na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności, (angielska wersja *eligible own funds*), natomiast w przypadku niezgodności z SCR (art. 138, ust. 3) ma być przywrócony poziom dopuszczalnych środków własnych (angielska wersja *eligible own funds*). Dla MCR (art. 128) mają być podstawowe dopuszczone środki własne (*eligible basic own funds*), a w przypadku niezgodności z MCR również mowa o dopuszczonych podstawowych środkach własnych (art. 139, ust. 2), co tym razem oznacza zgodność z angielską wersją (*eligible basic own funds*).

37. Nazwa „dopuszczalność” została w tym miejscu użyta ze względu na „proces”, „czynność” ustanawiania odpowiedniej kwoty środków własnych – szersze wyjaśnienie w przypisie 35.

## 4. Środki własne w Solvency II i w Solvency I – porównanie w wybranych obszarach

Jakościowa charakterystyka środków własnych jest najbardziej znaczącą zmianą w Solvency II w stosunku do Solvency I. Wprawdzie w ogólnej idei Solvency II ocena jakościowa rozpatrywana jest głównie w kontekście II filara<sup>38</sup>, to w I-szym filarze ocena jakościowa ma także zastosowanie w kilku obszarach – w odniesieniu do oceny modeli wewnętrznych<sup>39</sup> lub w odniesieniu do kategoryzacji środków własnych. W przypadku środków własnych określenie cech jakościowych (charakter i stopień spełniania kryteriów) ma na celu głównie ustalenie zdolności poszczególnych pozycji do pokrywania strat. Oceny, czy poszczególne pozycje posiadają pożądane cechy jakościowe i przypisanie pozycjom określonej kategorii dokonują zakłady ubezpieczeń, ale weryfikacja poprawności dokonanej kategoryzacji jest już zadaniem organu nadzoru. Na tej płaszczyźnie również można dostrzec istotną różnicę w stosunku do Solvency I. Organ nadzoru, zgodnie z regułami Solvency II, nie tylko kontroluje i egzekwuje jakość i dostępność środków własnych, weryfikuje ich wysokość czy dopasowanie, ale spełnia także funkcje konsultacyjne, doradcze i opiniujące w procesie akceptacji poszczególnych pozycji. Owe funkcje doradcze, konsultacyjne i opiniujące nie wynikają wprost z regulacji, które określają zadania organu nadzoru, ale są niejako wpisane w jego w działalność w związku z dopuszczaniem środków własnych spoza wykazu zawartego w dyrektywie Solvency II (art. 96), jak i spoza wykazu w aktach wykonawczych stanowiących uzupełnienie dyrektywy. W aktach tych mają się również znaleźć metody stosowane przez organy nadzoru przy zatwierdzaniu oceny i klasyfikacji pozycji środków własnych nieobjętych wykazem (art. 97), co w procesie ustalania tych środków wręcz wymagać będzie konsultacyjnego i partnerskiego charakteru relacji między zakładem ubezpieczeń a organem nadzoru. Rozwijając wątek sposobu ustalania elementów zaliczanych w poczet środków własnych pokrywających wymogi kapitałowe, należy wskazać jeszcze jedną istotną różnicę. W Solvency I jest to katalog określający możliwe do uwzględnienia pozycje kapitałowe, natomiast w Solvency II elementy środków własnych są ściśle zdefiniowane zarówno na bazie określonych pryncypiów (kryteria jakościowe, które określają cechy elementów kapitałowych), jak i na bazie regulacyjnej (ustalone w dyrektywie specyficzne dla zakładów ubezpieczeń pozycje środków własnych oraz za pomocą wykazu dopuszczającego określone pozycje elementów kapitałowych).

38. W koncepcji Solvency II zakładającej ocenę całkowitego ryzyka zainteresowanie organu nadzoru w procesie nadzorczym obejmuje zarówno ocenę siły finansowej (I filar – ocena ilościowa), jak i określone w drugim filarze jakościowe elementy m.in. takie jak ocena wewnętrznego zarządzania ryzykiem, jakość kontroli wewnętrznej i audytu, czy ogólnie rozumiana jakość zarządzania przedsiębiorstwem (II filar – ocena jakościowa). Uzupełnieniem oceny wymogów ilościowych i jakościowych jest ocena dokonywana przez otoczenie rynkowe, umożliwiona dzięki zwiększonym obowiązkom publikacyjnym w ramach III filara (dyscyplina rynkowa).
39. Ostateczny kształt modelu wewnętrznego i możliwość jego wdrożenia uzależniona jest od skontrolowania i akceptacji nadzoru – ta natomiast nie zostanie przekazana, dopóki zakład ubezpieczeń nie wykaże związku między adekwatnością modelu z najważniejszymi ryzykami i całkowitym ryzykiem zakładu ubezpieczeń. Za: R. Kurek, *Jakościowe elementy nadzoru ubezpieczeniowego*, W: *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Zeszyty naukowe 127, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009, ss. 77-78.



Dopuszczone środki własne w Solvency II w porównaniu do środków własnych ustalanych zgodnie z systemem Solvency I generalnie wciąż spełniają podobne funkcje. Funkcja założycielska wiąże się z uzyskaniem licencji i zakład ubezpieczeń musi wykazać się kapitałem od 2,2 mln euro do 3,2 mln euro. W odniesieniu do tej części środków własnych, które stanowią bilansowe pozycje finansowane z kapitałów własnych także można mówić o funkcji reprezentacyjnej lub funkcji podstawy oceny i podziału wyniku finansowego. Nieco inaczej należy jednak spojrzeć na funkcję czynnika ograniczającego rozmiary działalności ubezpieczeniowej. W Solvency I funkcja ta jest głównie pochodną skali osiągniętych przychodów (ewentualnie wypłacanych odszkodowań), natomiast w Solvency II ocena wiarygodności, rzetelności i bezpieczeństwa prowadzonej działalności II zależna jest od ekspozycji na ryzyko zakładu ubezpieczeń, co już wynika z całej idei Solvency II, zgodnie z którą oceny działalności należy dokonywać w sposób kompleksowy. W obu przypadkach najważniejszymi funkcjami środków własnych pozostają funkcja gwarancyjna – umożliwiająca zabezpieczenie obowiązku wywiązania się zakładu ubezpieczeń z zawartych umów i funkcja finansowania działalności. O ile w Solvency II funkcja gwarancyjna „uległa” wzmocnieniu poprzez wprowadzenie elementów jakościowych, tak funkcji finansowania sfery techniczno-organizacyjnej (szczególnie na etapie tworzenia firmy) przypisane zostało już mniejsze znaczenie. W ramach Solvency I (w momencie powstawania spółki) na stworzenie administracji i zorganizowanie sieci przedstawicielstw przewidziany jest fundusz organizacyjny – odpowiednia wielkość środków własnych wyodrębniona na specjalnym rachunku. Obowiązek tworzenia funduszu wynika z warunków podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, w zgodzie z którymi założyciele zakładu ubezpieczeń muszą wykazać się posiadaniem środków finansowych wolnych od obciążeń w wysokości równej kapitałowi zakładowemu i funduszowi organizacyjnemu<sup>40</sup>. W ramach Solvency II, zgodnie z art. 23 (Plan działalności), założyciele zakładu ubezpieczeń muszą udowodnić posiadanie środków finansowych na pokrycie kosztów związanych z utworzeniem administracji oraz struktury organizacyjnej zabezpieczającej działalność, jednak wyodrębniony fundusz organizacyjny nie jest już przewidywany.

Posiłkując się normami ustalonymi dla Solvency I można zauważyć, że proces weryfikacji kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń przez organ nadzoru odbywa się w pewnym określonym punkcie czasu. Ustalany jest margines wypłacalności (powiązany z rozmiarem działalności) a równocześnie sprawdzane jest, czy posiadane środki własne są w dyspozycji zakładu ubezpieczeń w stosownej wysokości. W przypadku Solvency II proces ten obejmuje szerszy horyzont czasowy. Za pomocą różnych modeli (najczęściej wieloletnich) bada się ekspozycję zakładu ubezpieczeń na ryzyko, z uwzględnieniem specyficznych i jemu tylko odpowiadających charakterystycznych ryzyk (ocena kompleksowa). Następnie sprawdza się, czy w określonych sytuacjach skrajnych (gdy ryzyko się zrealizuje) zakład ubezpieczeń „przeżyje”, „przetrwa”, „będzie w stanie dalej bezpiecznie prowadzić swoją działalność”<sup>41</sup>, dzięki właściwemu zdefiniowaniu pozycji środków

40. Art. 92 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 2003, nr 124. poz. 1151.

41. Kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR) w Solvency II obliczany jest dla minimum rocznego horyzontu czasowego, tzn. przy założeniu, że istnieje przynajmniej 99,5 proc. prawdopodobo-

własnych, które stanowią pokrycie wymogów kapitałowych. Weryfikowane jest przy tym czy:

- posiadane środki własne są na tyle wystarczające, że zakład ubezpieczeń wykaże swoją zdolność do przetrwania, tzn. będzie w stanie pokryć straty w przypadku likwidacji, przy założeniu kontynuacji prowadzonej działalności, w przypadku działalności nowej, której spodziewane rozpoczęcie nastąpi w ciągu kolejnych 12 miesięcy,
- ma miejsce dopasowanie środków własnych dostępnych w kalkulowanym okresie, czyli takich, które w dyspozycji zakładu ubezpieczeń będą również na koniec tego okresu.

Takie ujęcie nie tylko skłania zakłady ubezpieczeń do działania zorientowanego na ryzyko i właściwego szacowania ryzyka<sup>42</sup>, ale i wymaga perspektywicznego dopasowania środków własnych do wymogów kapitałowych (w co najmniej rocznym horyzoncie czasowym). Zaletą dłuższego horyzontu czasowego rozpatrywania dostępnych i dopuszczonych środków własnych jest wymuszenie na zakładach ubezpieczeń zarządzania ryzykiem w dłuższym okresie, co przekłada się na lepszą ochronę ubezpieczonych, a także możliwość stabilnego rozwoju rynku ubezpieczeniowego.

Zgodnie z ideą Solvency II, aby zapewnić ekonomiczne bezpieczeństwo zakładu ubezpieczeń, posiadane środki własne powinny być dostosowane do jego rzeczywistego profilu ryzyka, a profil ryzyka odzwierciedlony jest poprzez wielkość kapitałowego wymogu wypłacalności. W przypadku Solvency I w zasadzie „wystarczy” proste zsumowanie pozycji<sup>43</sup>, które stanowią pokrycie marginesu wypłacalności. W Solvency II uwzględnienie całej procedury ustalania środków własnych i założenie, że nie wszystkie pozycje będą mogły być przez nadzór dopuszczone na pokrycie wymogów kapitałowych oznacza, że ze strony zakładu ubezpieczeń konieczne jest podjęcie szeregu działań mających na celu wykorzystanie dostępnych środków własnych w sposób optymalny. Wyznacza to zupełnie nowy akcent w zarządzaniu finansami zakładu ubezpieczeń oznaczający konieczność zarządzania środkami własnymi na różnych płaszczyznach. Można przy tym wyróżnić zarządzanie w układzie pionowym i zarządzanie w układzie poziomym. W pierwszym układzie konieczne jest wyodrębnienie zarządzania strukturą środków własnych oraz zarządzanie czasowym dopasowaniem poszczególnych pozycji do istniejących zobowiązań. W drugim układzie istnieje potrzeba dopasowania akty-

---

bieństwo, że zakład ubezpieczeń będzie w stanie wypełniać swoje zobowiązania wobec ubezpieczających i beneficjentów przez najbliższych 12 miesięcy. Ustęp 64 preambuły i art. 101 Dyrektywy Solvency II.

42. M. Kriele, G. Lim, *Das Solvabilitätskapital in Solvency II*, Versicherungswirtschaft Heft 2004 Nr 14, s. 1048.

43. W Solvency I zasady te określone były przez odgórnie dopuszczalne pozycje środków własnych (ustalony katalog pozycji środków własnych) i możliwość uwzględnienia niektórych pozycji na specjalny wniosek zakładu ubezpieczeń po zaakceptowaniu przez organ nadzoru. Praktycznie wszystkie pozycje z katalogu mogły stanowić pokrycie kapitału gwarancyjnego i marginesu wypłacalności. W 2005 r. w przepisach polskich pojawiły się regulacje, które ograniczyły swobodę w zaliczaniu pozycji środków własnych na pokrycie wymogów kapitałowych, jednak dotyczyły wyłącznie tych pozycji, które stanowiły miały pokrycie kapitału gwarancyjnego. Nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 8 lipca 2005 roku (Dz.U. Nr 83 z 2005 r., poz. 719) – art. 148a.

wów do pozycji kapitałowych (w strukturze i w czasie – symetryczny mechanizm dostosowawczy). Oczywiście w ramach zarządzania środkami własnymi możliwe jest wyodrębnienie jeszcze jednej płaszczyzny: w ramach pojedynczego zakładu ubezpieczeń lub na poziomie grup ubezpieczeniowych (odpowiednie podzielenie środków własnych wewnątrz grupy). Pod rządami Solvency I zarządzanie środkami własnymi w różnych układach jest również konieczne, jednak wynika z wewnętrznej potrzeby zakładu ubezpieczeń – w przypadku Solvency II jest to już konieczność wynikająca z obowiązujących regulacji.

Znany z Solvency I nadzorczy parametr oceny działalności zakładów ubezpieczeń dotyczący relacji między poziomem aktywów dopuszczonych przez przepisy na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w Solvency II będzie miał swój odpowiednik także w odniesieniu do środków własnych. Całość aktywów, a w szczególności tych, które mają stanowić pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego i kapitałowego wymogu wypłacalności ma być lokowana w sposób zapewniający bezpieczeństwo, jakość, płynność i rentowność całości portfela, a umiejscowienie tych aktywów ma zapewniać stałą ich dostępność<sup>44</sup>. Oznacza to, że firmy ubezpieczeniowe nie będą miały już pełnej swobody w lokowaniu aktywów, które nie stanowiły pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a całość aktywów oceniana będzie przez organ nadzoru w sposób pośredni, poprzez analizę narzędzia jakim jest ORSA – Własna Ocena Ryzyka i Wypłacalności (*Own Risk and Solvency Assessment*) i w sposób bezpośredni w ramach Procesu Analizy Nadzorczej (*Supervisory Review Process*). Posiadane przez zakłady ubezpieczeń aktywa powinny być dostatecznej jakości, tak by pokryć łączne potrzeby finansowe, a zarządzanie nimi powinno się odbywać zgodnie z zasadą „ostrożnego inwestora”, bez żadnych limitów ustawowych, jak to ma miejsce w Solvency I<sup>45</sup>.

Z punktu widzenia oceny obu systemów, pod kątem spełniania celów nadzorczych, można wyrazić przypuszczenie, że zarówno przewidziana w Solvency II koncepcja dopuszczonych środków własnych, jak i znany z Solvency I katalog dopuszczonych pozycji, które mogą stanowić pokrycie wymogów kapitałowych, pozwalają na realizację celów nadzorczych. Różne jest jednak ujęcie momentu czasowego, w którym to następuje. W obu systemach głównym celem regulacji i nadzoru zakładów ubezpieczeń jest odpowiednia ochrona ubezpieczających i beneficjentów. Oczywiście określenie „odpowiednia ochrona” nie jest pojęciem kategoriowym, a w ogólnym ujęciu interwencja organu nadzoru może nastąpić „przed”, „w trakcie” lub „po” zaistnieniu sytuacji, która naraziłaby ubezpieczających i beneficjentów na niedopuszczalny poziom ryzyka. Obydwie konwencje ustalania środków własnych z założenia są w stanie zagwarantować pokrycie wszystkich roszczeń ubezpieczających i beneficjentów w przypadku niewypłacalności zakładu ubezpieczeń, czyli działanie „po” zaistnieniu sytuacji zagrożenia. W obu systemach ustalone regulacje skupiają się na odpowiedniej wysokości środków własnych (w Solvency II dodatkowo jest jeszcze podkreślana konieczność płynności

44. Art. 132 dyrektywy Solvency II (Zasada „ostrożnego inwestora”).

45. Art. 133 (Swoboda inwestowania) dyrektywy Solvency II w ust. 1 określa, że „Państwa członkowskie nie wymagają od zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji lokowania w określone kategorie aktywów”, ponieważ wymóg taki jest niezgodny z przewidzianą w UE liberalizacją przepływów kapitału (art. 56 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską).

i zbywalności odpowiadających im składników majątkowych), a działania nadzoru skupiają się na weryfikacji zdolności do zaspokojenia roszczeń. W obu systemach również wtedy, gdy sytuacja niekorzystna wystąpiła, regulacje i rola nadzoru zogniskowane są na „podtrzymaniu egzystencji” zakładu ubezpieczeń (działanie „w trakcie”), a ustalenie środków własnych umożliwia zarówno zabezpieczenie roszczeń, jak i zachowanie ciągłości działalności zakładu ubezpieczeń. Zadaniem środków własnych w tym ujęciu jest ograniczenie prawdopodobieństwa niewypłacalności i sposób ich ustalania w obu systemach obejmuje także te pozycje, które mogą być wykorzystane na pokrycie strat już po wystąpieniu stanu niepożądanego. O ile ustalenie środków własnych w obu konwencjach z założenia pozwala na możliwość działania „po” i „w trakcie”, to już inaczej jest w przypadku możliwości działania „przed”, a więc działania uprzedzającego sytuację niepożądaną. Zgodnie z Solvency II posiadane środki własne mają być na tyle wystarczające, aby zakład ubezpieczeń wykazał swoją zdolność do przetrwania, czyli był w stanie pokryć ewentualne straty w przypadku likwidacji, przy założeniu kontynuacji prowadzonej działalności oraz w przypadku działalności nowej, której spodziewane rozpoczęcie nastąpi w ciągu kolejnego roku. Jeśli tak nie będzie i zakład ubezpieczeń ustali swoje wymogi kapitałowe nieadekwatnie do profilu ryzyka to organ nadzoru ma prawo nałożenia narzutu kapitałowego, który wymogi te podwyższa<sup>46</sup>. Ponadto w porównaniu do Solvency I ustalone regulacje i działania nadzoru skupiają się na szerszym zakresie weryfikacji, a mianowicie weryfikuje się, czy dopuszczone środki własne pozwalają zapobiec niewypłacalności zakładu ubezpieczeń, a więc posiadają ekonomiczną zdolność do utrzymania prawidłowych stosunków finansowych (są w odpowiedniej ilości, posiadają stosowne cechy jakościowe, uwzględniają stosowny horyzont czasowy, zostały im dopasowane adekwatne składniki majątkowe). Reguły ustalania środków własnych, jak i możliwość ewentualnej interwencji nadzoru na etapie, zanim dojdzie do nieprawidłowości są istotne także z punktu widzenia utrzymania stabilności rynkowej. W Solvency II stabilność finansowa oraz uczciwe i stabilne rynki powinny być również brane pod uwagę przez organy nadzoru jako uzupełniające cele nadzorcze, o ile nie podważa to celu głównego<sup>47</sup>, co w Solvency I nie jest uwzględniane.

Idea, że to niewłaściwe relacje między wielkością posiadanych środków własnych a określoną, pożądaną ich wielkością wyznaczają uprawnienia interwencyjne organu nadzoru w obu systemach oceny działalności, pozostaje niezmienną. Nawet konstrukcja progów nadzorczych, które z założenia mają pozwolić na właściwą i dostatecznie szybką interwencję jest na swój sposób zbliżona. W Solvency I środki własne równe lub wyższe marginesowi wypłacalności oznaczają, że zakład ubezpieczeń jest wypłacalny, ich wielkość odpowiadająca kapitałowi gwarancyjnemu (kapitał równy większej z wartości: 1/3 marginesu wypłacalności i minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego przewidzianego dla działu i grup ubezpieczeń) ma zagwarantować, że zabezpieczona jest wypłata bieżących i przyszłych zobowiązań, a minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego wyznacza tę kwotę środków własnych, która niezbędna jest do rozpoczęcia

---

46. Narzut kapitałowy, jako środek nadzorczy, powinien być stosowany jako środek ostateczny, gdy inne środki nadzoru okażą się nieskuteczne lub nieodpowiednie (art. 37 dyrektywy Solvency II).

47. Ustęp 16 Preambuły oraz art. 27 i 28 dyrektywy Solvency II.

(prowadzenia) działalności ubezpieczeniowej<sup>48</sup>. Przewidziany w Solvency II minimalny wymóg kapitałowy (MCR) określa taką wysokość podstawowych środków własnych, która zapewni, że ubezpieczający i beneficjenci nie będą narażeni na niedopuszczalny poziom ryzyka. W dyrektywie Solvency II ustalone zostały progi minimalnej wielkości kapitału, podobnie zresztą jak w Solvency I, gdzie przewidziano minimalną wysokość kapitału gwarancyjnego. W Solvency I nadzorczym progiem pośrednim jest wielkość jednolita – kapitał gwarancyjny. W Solvency II uzupełniającym parametrem pośrednim jest mechanizm pasma referencyjnego (wielkość środków własnych stanowiącą przedział od 25 proc. do 45 proc. kapitałowego wymogu wypłacalności i uwzględniającego wszelki narzut kapitałowy), który pozwala organowi w sposób ciągły monitorować kondycję zakładu ubezpieczeń (każde przekroczenie w dół lub w górę wymaga przekazania informacji do organu nadzoru) i ewentualnie narastająco stopniować działania nadzorcze. Różnica pojawia się oczywiście również w samym parametrze określającym wypłacalność. Margines wypłacalności obliczany jest w określonym momencie czasowym jako ryczałtowa pochodna wielkości składek lub odszkodowań, natomiast kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR) obliczany jest zgodnie z profilem ryzyka zakładu ubezpieczeń w minimum rocznym horyzoncie czasowym (ma to pozwolić na zachowanie ciągłości działalności).

## Podsumowanie

Idea zabezpieczenia zdolności zakładu ubezpieczeń do pokrycia strat odpowiednimi pozycjami środków finansowych nie jest nowa, a ustalenie „dostępnych kapitałów” jest najistotniejszym elementem systemu regulacji ostrożnościowych w wielu krajach na świecie. W Solvency II pozycje środków własnych, które mogą stanowić pokrycie wymogów kapitałowych muszą spełnić szereg warunków: ustalenie w odpowiedniej ilości, posiadanie stosownych cech jakościowych, zrównoważenie czasu ich trwania z czasem trwania zobowiązań i dopasowanie do nich adekwatnych składników majątkowych. Ustalone w ten sposób środki własne mają zagwarantować zdolność do pokrycia strat na wypadek różnych sytuacji i zapewnić ciągłość działalności zakładu ubezpieczeń, a rola nadzoru nie ogranicza się tylko do skontrolowania dostępności wystarczającej ilości środków własnych, ale obejmuje również weryfikację, czy środki własne mają odpowiednią jakość i strukturę, stosowną do utrzymania prawidłowych relacji finansowych.

W Solvency II posiadanie przez zakład ubezpieczeń stosownej wysokości „odpowiednich” środków własnych w relacji do wymogów kapitałowych wciąż decyduje o pozytywnej ocenie jego wypłacalności, podobnie jak przewidują to reguły Solvency I. Jednak w Solvency II dopiero właściwe ukształtowanie wewnętrznej struktury tych środków – z punktu widzenia ustalonych reguł wypłacalności – jest determinantą bezpieczeństwa i prawidłowości prowadzonej działalności. Wynika to z różnicy w samej filozofii tworzonych regulacji i sprawowania nadzoru. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że w Solvency I dana jest lista pozycji, które mogą stanowić środki własne i weryfikowany jest stan ilościowych tych pozycji. W Solvency II podejście jest nieco

48. J. Monkiewicz (red.), Podstawy ubezpieczeń. Mechanizmy i funkcje, tom I, Poltext, Warszawa 2000, ss. 266-270.

odmienne – określone zostały ramy i warunki, jakie muszą być spełnione dla środków własnych stanowiących pokrycie obowiązujących wymogów, a zakład ubezpieczeń ma wykazać, że jego środki własne owe warunki spełniają. Dopiero wtedy zostaną zaakceptowane przez nadzór i przyjmą postać „dopuszczonych” środków własnych, czyli takich, które w rozumieniu Solvency II mogą stanowić pokrycie wymogów kapitałowych i gwarantują bezpieczeństwo prowadzonej przez zakład ubezpieczeń działalności.

By nie doszło do upadłości zakładu ubezpieczeń prawidłowo przebiegać powinny wszelkie operacje zachodzące w różnych obszarach jego aktywności: odpowiednie kadry, ocena ryzyka i jego wycena w składce, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, odpowiedni program reasekuracyjny, dobrze prowadzona działalność inwestycyjna, stosowne mechanizmy wewnętrznego zarządzania i kontroli wewnętrznej itp. Elementy te decydują o bezpiecznym prowadzeniu działalności, a parametr określający relację dopuszczonych środków własnych do wymogów kapitałów jest tylko nadzorczym odniesieniem umożliwiającym ocenę działalności. Jednakże, jako symptom dobrej lub złej sytuacji finansowej jest parametrem bardzo istotnym i wciąż pozostaje jednym z najbardziej użytecznych instrumentów nadzoru ubezpieczeniowego.

## Wykaz źródeł:

Bijak W., *Praktyczne metody badania niewypłacalności zakładów ubezpieczeń*, Oficyna Wyd. SGH, Warszawa 2009.

CEIOPS, *Draft CEIOPS' Advice for Level 2 Implementing Measures on Solvency II: Own funds – Article 97 and 99 – Classification and eligibility*, Consultation Paper No. 46, CEIOPS-CP-46/09, 2 July 2009; [http://www.knf.gov.pl/Images/090702%20CP46%20L2-Advice-Own-Funds-Classification-and-eligibility\\_tcm75-11339.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/090702%20CP46%20L2-Advice-Own-Funds-Classification-and-eligibility_tcm75-11339.pdf) 16.09.2009 r.

Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (73/239/EWG).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 marca 2002 r. zmieniająca dyrektywę Rady 73/239/EWG w sprawie marginesu wypłacalności wymaganego od zakładów oferujących ubezpieczenia inne niż ubezpieczenie na życie (2002/13/WE).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 3 czerwca 2003 r. w sprawie działalności instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz nadzoru nad takimi instytucjami (2003/41/WE).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 czerwca 2006 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności przez instytucje kredytowe (2006/48/WE).

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

Kriele M., Lim G., *Das Solvabilitätskapital in Solvency II*, „Versicherungswirtschaft Heft” 2004 Nr 14.

Kurek R., *Jakościowe elementy nadzoru ubezpieczeniowego*, W: *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Zeszyty naukowe 127, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2009.

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

Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń. Mechanizmy i funkcje*, tom I, Poltext, Warszawa 2000.

Projekt dyrektywy Solvency II – 10 lipca 2007 r. KOM (2007) 361 wersja ostateczna; [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007\\_0361pl01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/com/2007/com2007_0361pl01.pdf) 27.02.2008 r.

Ringwelska D., *Model wewnętrzny w systemie Wypłacalność II – droga do jego zatwierdzenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010 nr 1.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 14 grudnia 1990 r. w sprawie określenia środków zaliczanych do środków własnych, sposobu wyliczenia i wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla każdego rodzaju ubezpieczeń oraz dla działalności reasekuracyjnej. Dz. U. 1990 nr 89 poz. 525.

Sangowski T., *Gwarancje wypłacalności ubezpieczyciela*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej cz. 2*, praca zbior. pod red. A. Wąsiewiczza, Oficyna Wyd. Branta, Bydgoszcz 1994.

Szymański G., *Badanie QIS5 – Podsumowanie piątego ilościowego badania wpływu QIS5 w Polsce*, [http://www.knf.gov.pl/Images/QIS5\\_17-03-11\\_tcm75-25915.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/QIS5_17-03-11_tcm75-25915.pdf).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 28 lipca 1990 r. Dz. U. Nr 59, poz. 344 z późn. zm.

## Own funds of insurance companies – Solvency II perspective – SUMMARY

*The ratio between capital requirements (required capital) and own funds allocated to cover it (available capital) is the main safety parameter used in Solvency I. Its verification and checking by supervisory bodies has become one of the most useful instruments created during the course of developing the sectoral insurance supervision. The ratio reflecting coverage of safety capitals with own funds is equally important in Solvency II regime, but the general rule "the higher own funds, the higher safety of the insurance company" has been supplemented with a complementary rule concerning a relevant quality of own funds.*

*The study presents the principles of the mechanism used for calculation of the amount of own funds acceptable in connection with Solvency II Directive, as well as analyses the differences between Solvency I and Solvency II. The differences result mainly from a different philosophy of assessment in both regimes, but the planes on which one can notice certain dissimilarities between the regimes are also functions played by own funds, time horizon of their calculation and availability, the need to manage them adequately to assets, the need for partner cooperation between the supervisor and the insurance company as regards allowing own funds as well as broadly and narrowly defined supervisory objectives. Although parameters which enable verification of maintaining correct financial ratios in both systems have been treated differently, the appropriate relation between own funds and required capital remains one of the most important elements of assessment of insurance companies' solvency in Solvency II.*

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

Recenzenci: prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk, dr Jan Piątek.





JOANNA WARTINI

## Aspekty jakościowe modeli wewnętrznych w badaniu QIS5

*Modele wewnętrzne (całkowite bądź częściowe), jakie obecnie stosują lub zamierzają stosować zakłady ubezpieczeń Unii Europejskiej, ponownie stały się przedmiotem zainteresowania Komitetu Europejskich Nadzorów Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (CEIOPS), który po raz piąty przeprowadził badanie QIS. W artykule przedstawiono szczegółowy zakres badania w obszarze aspektów jakościowych modeli wewnętrznych oraz zaprezentowano wyniki QIS5 i ich wpływ na udoskonalane przepisy dyrektywy Wyłącalność II.*

### Wprowadzenie

Implementacja dyrektywy Wyłącalność II w zakładach ubezpieczeń, przewidziana do końca grudnia 2012 roku, stanowi nie lada wyzwanie dla wszystkich uczestników prac legislacyjnych. Ulepszone regulacje prawne w zakresie wyłącalności mają zagwarantować uchwycenie najistotniejszych ryzyk, na których działanie narażone są zakłady ubezpieczeń oraz udoskonalić system oceny ryzyka, zapewniając ubezpieczonym lepszą ochronę interesów. Aby sprostać powyższym wymogom kapitałowym oraz wymaganiom związanym z zarządzaniem ryzykiem wprowadzanym przez Wyłącalność II, wielu ubezpieczycieli przygotowuje własne modele wewnętrzne (częściowe lub całościowe), które lepiej odzwierciedlają zapotrzebowanie kapitałowe zakładu ubezpieczeń od standardowego wzoru zaproponowanego w projekcie dyrektywy.

Komitet Europejskich Nadzorów Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (CEIOPS)<sup>1</sup> uczestniczący w pracach nad rozwijaniem przepisów dyrektywy przeprowadził w okresie sierpień-listopad 2010 r. kolejne, piąte ilościowe badanie wpływu (QIS5)<sup>2</sup>. Wyniki badania mają ułatwić proces formułowania przez Parlament Europejski i Radę Unii Europejskiej ostatecznej wersji dyrektywy Wyłącalność II, którą zaadaptują kraje członkowskie Unii Europejskiej.

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie szczegółów badania QIS5 w obszarze aspektów jakościowych modeli wewnętrznych zakładów ubezpieczeń (solo), zwłaszcza

1. Skrót od Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors.
2. Skrót od Fifth Quantitative Impact Study.

przedstawienie: celu, zakresu badania oraz jego wyników, a także ich wpływu na zmiany przepisów dyrektywy Wyłączalność II.

## 1. Ogólny zarys badania QIS5

Piętemu badaniu ilościowemu QIS5 postawiono kilka celów<sup>3</sup>:

1. Zebranie wiarygodnych i porównywalnych danych ilościowych i jakościowych, pochodzących z częściowych lub całkowitych modeli wewnętrznych, wykorzystywanych przez zakłady ubezpieczeń do oceny potrzeb kapitałowych. Przyjęto, że modele powinny spełniać co najmniej wymagania określone w art. 121 i art. 122 dyrektywy Wyłączalność II. Uzyskane z badania dane miały ułatwić nadzorowanie zakresu analiz statystycznych oraz dokonanie aktualizacji kalibracji standardowego wzoru i jego prawdopodobnego wpływu na reżim Wyłączalność II
2. Wsparcie ubezpieczycieli w ocenie zaawansowania ich modeli wewnętrznych co do spełnianych warunków oraz ustalenie potencjalnych braków między obecnym stanem modeli a wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa
3. Zebranie ogólnych informacji pozwalających na przyszłą ocenę modeli wewnętrznych (całkowitych i częściowych) w Europie.

Uczestnicy badania koncentrowali się na porównywaniu wyników otrzymywanych z modeli wewnętrznych z tymi uzyskanymi ze standardowego wzoru.

Ważnym elementem, jaki podkreślono w badaniu, było zapewnienie zgodności obliczeń, na możliwie najwyższym poziomie, otrzymanych z modeli wewnętrznych z ogólnymi celami kalibracji standardowego wzoru (np. z ustalonym w badaniu 99,5 proc. poziomem ufności VaR dla rocznej zmiany podstawowych funduszy własnych). Liczono, że wyniki badania pozwolą ustalić poziom rozwoju modeli wewnętrznych według uczestników rynku oraz wskazać planowane zastosowania modeli wewnętrznych w obliczeniach SCR<sup>4</sup> bądź w obliczeniach SCR dla niektórych obszarów działalności<sup>5</sup>.

CEIOPS przyjęło, że nie wszystkie modele wewnętrzne dostarczają danych wyjściowych na poziomie szczegółowości standardowego wzoru oraz grup ubezpieczeń w pełni zbieżnych z wykorzystywanymi w QIS5. I choć oczekiwano, że wewnętrzne kalkulacje kapitału będą odpowiadać głównym rodzajom ryzyka i ogólnemu SCR, to jednak dopuszczono modele, których moduły lub grupy ubezpieczeń różnią się od stosowanych w standardowym wzorze<sup>6</sup>.

W celu integracji częściowego modelu wewnętrznego ze wzorem standardowym, zakłady ubezpieczeń korzystały z przygotowanych macierzy korelacji, podanych w specyfikacji technicznej badania QIS5<sup>7</sup>, chyba że struktura macierzy nie odpowiadała

---

3. CEIOPS, *Qualitative questionnaire internal model*, 23 sierpnia 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc).

4. Skrót od *Solvency Capital Requirement* – Kapitałowy Wymóg Wyłączalności.

5. CEIOPS, *op.cit.*

6. *Ibidem*.

7. EC, *QIS5 Technical Specifications*, 5 lipca 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/technical\\_specifications\\_en\\_tcm75-23614.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/technical_specifications_en_tcm75-23614.pdf), s. 96 i dalsze oraz EC, *Errata to the QIS5 Technical Specification*, 27 września 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/technical\\_specifications\\_errata\\_en\\_1\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24011.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/technical_specifications_errata_en_1_5_10_2010_tcm75-24011.pdf).

strukturze częściowych modeli wewnętrznych lub modele nie spełniały wymagań podanych wcześniej. W takiej sytuacji ubezpieczyciele mieli stosować alternatywne techniki integracji modeli ze standardowym wzorem<sup>8</sup>.

## 2. Zakres merytoryczny badania QIS5

Uczestnikom badania przygotowano szereg pytań. Odpowiedzi na nie wprowadzono do specjalnie przygotowanych plików (kwestionariuszy jakościowych)<sup>9</sup>. Zakładom ubezpieczeń, które odpowiadały na pytania IM B<sup>10</sup> ułatwiono zadanie, gdyż wyjaśniały jedynie powód rozwijania własnego modelu wewnętrznego. Znacznie więcej pytań było w części C kwestionariusza jakościowego (IM C<sup>11</sup>), która dotyczyła zakresu modelu, stosowanych modeli/danych zewnętrznych, dokonywanej kalibracji, walidacji modelu i wielu innych zagadnień szczegółowo przedstawionych w Tabeli 2. Pytania IM D opracowane dla zakładów ubezpieczeń solo stosujących model wewnętrzny, wykorzystywany do obliczania SCR grupy, pominięto w rozważaniach.

Zakłady ubezpieczeń podzielono na 4 główne grupy respondentów, które wypełniały od jednego zestawu pytań (IM B), po dwa (IM B oraz IM C), a nawet trzy (IM B, IM C, IM D), jak przedstawiono w Tabeli 1.

- 
8. CEIOPS, op.cit.
  9. Do pierwszego kwestionariusza będącego dokumentem programu Word ([http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc)) nanoszono odpowiedzi, w miejscach, które wymagały opisu. W dokumencie drugim, tj. arkuszu kalkulacyjnym programu Excel, ([http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_excel\\_20100913\\_05\\_10\\_10\\_tcm75-24020.xls](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_excel_20100913_05_10_10_tcm75-24020.xls)), wybierano jedną, z kilku przygotowanych odpowiedzi.
  10. Skrót od Internal Model B (Model Wewnętrzny część B) – pytania dla zakładów ubezpieczeń solo i grup kapitałowych, które planują budować, obecnie rozwijają lub już stosują modele wewnętrzne w celu otrzymania zgody na obliczanie SCR według dyrektywy Wyptalność II lub jedynie dla potrzeb wewnętrznego zarządzania ryzykiem ([http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc)
  11. Skrót od Internal Model C (Model Wewnętrzny część C) – pytania opracowane dla zakładów ubezpieczeń i reasekuratorów, którzy obecnie rozwijają lub właśnie wykorzystują model wewnętrzny w celu oceny kapitału ekonomicznego i planują ubiegać się o jego zatwierdzenie na potrzeby obliczania SCR według dyrektywy Wyptalność II (zarówno zakłady ubezpieczeń solo jak i grupy kapitałowe) ([http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc)).

Tabela 1. Zestawy pytań według respondentów badania QIS5

Zakłady ubezpieczeń	Przedsiębiorstwa, które planują rozwinąć się, obecnie opracowują lub stosują modele wewnętrzne w celu uzyskania zgody na obliczanie SCR zgodnie z dyrektywą Wypłacalność II lub wyłącznie na potrzeby wewnętrznego zarządzania ryzykiem	Przedsiębiorstwa, które obecnie rozwijają lub wykorzystują modele wewnętrzne w celu uzyskania zgody na obliczanie SCR zgodnie z dyrektywą Wypłacalność II
Samodzielne (solo) przedsiębiorstwa lub przedsiębiorstwa będące częścią grupy, których modeli wewnętrznych nie oparto na modelu stosowanym do obliczania SCR grupy	IM B	IM B IMC
Samodzielne (solo) przedsiębiorstwa będące częścią grupy, których model wewnętrzny jest oparty/częścią modelu wewnętrznego grupy	IM B	IM B IMC IMD

Źródło: opracowano na podstawie: CEIOPS, *Qualitative\_questionnaire\_excel*, 6 sierpnia 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc).

Tabela 2. Zakres przedmiotowy badania jakościowego QIS5 w obszarze modeli wewnętrznych

Zakres badania	Numer pytania
<b>IM. B</b> Dotyczył zakładów ubezpieczeń, które planują, obecnie rozwijają lub już stosują modele wewnętrzne w celu uzyskania zgody na obliczanie SCR lub do zarządzania ryzykiem wewnętrznym	
• Powód rozwijania własnego modelu wewnętrznego.	QIM <sup>12</sup> 2
<b>IM. C</b> Dotyczył zakładów, które obecnie rozwijają lub wykorzystują model do oceny kapitału ekonomicznego i który planują przedłożyć do akceptacji w celu obliczania SCR zakładu	
<b>IM. C.1</b> Zakres modelu wewnętrznego: Uwaga! Zakłady ubezpieczeń mogły modelować: - jeden, wiele lub wszystkie moduły dla całej działalności, - jedno ryzyko, wiele lub wszystkie moduły dla jednego, kilku lub wszystkich głównych obszarów działalności, - jeden lub kilka podmodułów ryzyka dla całej działalności w tym samym lub odrębnych modułach ryzyka, - jeden lub kilka podmodułów ryzyka dla całej działalności w tym samym lub odrębnych modułach ryzyka, dla jednego lub kilku głównych obszarów działalności, - dostosowanie zdolności do pokrywania straty przez rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe i podatki odroczone całej działalności lub jednego czy kilku głównych obszarów działalności, - wymóg kapitałowy dla ryzyka operacyjnego, całej działalności lub jednego/kilku głównych obszarów działalności.	

12. Skrót od QIM – *Questionnaire Internal Model* – wskazuje numer pytania, ujętego we wcześniej wspomnianych kwestionariuszach jakościowych.

Ciąg dalszy Tabeli ze strony 28.

Ubezpieczyciele mogli stosować odmienne klasyfikacje ryzyk od stosowanych we wzorze standardowym. Na przykład mogli zdecydować się na takie ryzyka modelu, które nie zostały objęte standardowym wzorem. Modele wewnętrzne nie muszą mieć struktury modułowej.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obecny zakres modelu wewnętrznego (obejmowane ryzyka, wskazanie głównych obszarów działalności objętych modelem)</li> </ul>	QIM8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porównanie struktury modelu wewnętrznego ze strukturą standardowego wzoru (np. podanie wspólnych oraz odmiennych modułów ryzyka w częściowym modelu ubezpieczyciela)</li> </ul>	QIM9
<i>Dotyczyło zakładów stosujących lub zamierzających stosować częściowe modele wewnętrzne:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzasadnienie zakresu częściowego modelu wewnętrznego. Wskazanie kryteriów wykorzystywanych przy określaniu głównych obszarów działalności i zakresu modelu, np.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ryzyk nie objętych standardowym wzorem,</li> <li>– ryzyk dostatecznie ujętych w standardowym wzorze (np. zakłady ubezpieczeń inne niż na życie posiadają model częściowy składki i rezerw, ale opierają się na standardowym wzorze dla ryzyk rynkowych),</li> <li>– obszarów działalności nie uwzględnionych należyście w standardowej formule,</li> <li>– dopuszczalnego kompromisu uwzględniającego koszty i korzyści (wymienionych ryzyk),</li> <li>– niedostatecznych danych dla niektórych ryzyk,</li> <li>– braku modelu, który lepiej odzwierciedlałby profil ryzyka (wskazanie tych ryzyk),</li> </ul> </li> </ul>	QIM10
– podanie, że częściowy model wewnętrzny jest krokiem przejściowym do modelu pełnego.	
<b>IM. C.3 Modele zewnętrzne i dane:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazanie części implementowanego modelu wewnętrznego, przy rozwijaniu którego współpracowano z konsultantami</li> </ul>	QIM11
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podanie modeli/danych zewnętrznych wykorzystywanych w modelu wraz z określeniem ryzyk i obszarów działalności jakich dotyczą</li> </ul>	QIM12
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poprawione obszary w modelu wewnętrznym oraz obszary, które dostosowują model/dane zewnętrzne do profilu ryzyka.</li> </ul>	QIM13
<b>IM. C.4 Zmiany modelu wewnętrznego:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sposoby rozpoznawania głównych i drobnych zmian w modelu wewnętrznym oraz pomysły dotyczące kryteriów, które można stosować do określania tych zmian</li> </ul>	QIM14
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spodziewane, regularne ważne zmiany w modelu wynikające z funkcjonowania rocznych procesów planowania (wskazanie obszarów lub okoliczności).</li> </ul>	QIM15
<b>IM. C.5 Test użyteczności:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykazanie, że planowane wykorzystanie modelu wewnętrznego jest dostatecznie ważne, aby powodowało konieczność poprawy jego jakości</li> </ul>	QIM16
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przykłady wykorzystania modelu wewnętrznego oraz jego istotnej roli w systemie zarządzania, zarządzaniu ryzykiem i podejmowaniu decyzji</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykazanie skuteczności zarządzania zakładem przez osoby budujące i rozwijające strategię działalności, dzięki wynikom otrzymywanym z modelu wewnętrznego</li> </ul>	QIM17
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie, że administracja, zarząd lub organ nadzoru i osoby, które skutecznie zarządzają przedsiębiorstwem rozumieją model wewnętrzny oraz jego ograniczenia</li> </ul>	QIM20

## Ciąg dalszy Tabeli ze strony 29.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie obszarów wykorzystywania modelu wewnętrznego (np.: w planach przedsięwzięcia, rachunkowości, raportowaniu finansowym, budżetowaniu, zarządzaniu ryzykiem, planowaniu kapitałowym, alokacji kapitału, polityce inwestycyjnej, obliczeniach kapitału ekonomicznego, obliczeniach kapitału według wytycznych nadzoru finansowego, strategiach podejmowania decyzji, rozwoju produktów, ustalaniu cen, ocenie ryzyka własnego i wypłacalności, ocenie ograniczania ryzyka, płatnościach dywidend)</li> </ul>	QIM21
<ul style="list-style-type: none"> <li>Przedstawienie raportu na temat możliwych sytuacji wymagających wznowienia modelu wewnętrznego (np. z powodu aktualizacji istotnych danych). Wskazanie okresu trwania tej operacji dla każdego przypadku oddzielnie, uwzględniając wszystkie procesy wiążące się z ponownym wyznaczeniem prognozy prawdopodobieństwa rozkładu (np. szacunkowej oceny parametru), w celu obliczania kapitału ekonomicznego.</li> </ul>	QIM22
<b>IM.C.6 Jakość statystyczna:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opisanie istoty prognozy rozkładu prawdopodobieństwa modelu wewnętrznego pod względem objętej liczby przyszłych zdarzeń, podstawowych kwot pieniężnych. Wskazanie przyczyn powodujących przedstawianie w modelu jedynie kluczowych punktów prognozy rozkładu – zagwarantowanie trafności takiej prognozy oraz rekompensaty przy braku pełnej informacji</li> </ul>	QIM23
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie problemów, przed którymi stoi ubezpieczyciel i sposobów ich rozwiązania (dotyczy zakładów, które do obliczania prognozy rozkładu prawdopodobieństwa stosują metody nieodpowiadające tym, wykorzystywanym w wyliczeniach rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, zgodnie z dyrektywą Wypłacalność II, lub związanym z wyceną aktywów i pasywów).</li> </ul>	QIM24
<b>Zdolność do klasyfikowania ryzyk:</b>	
<p>Uwaga!</p> <p>Podano interpretacje czterech kryteriów klasyfikacji ryzyka:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Zakres</u> – zdolność klasyfikowania wszystkich istotnych ryzyk objętych modelem wewnętrznym</li> <li><u>Rozstrzygnięcie</u> – wystarczająco dokładne odróżnienie ryzyk od sterowników ryzyka, pozwalające kierownictwu podjąć odpowiednie decyzje</li> <li><u>Kongruencja</u> – różne rodzaje klasyfikowanego ryzyka, która odzwierciedlają strukturę ryzyk lub kategorie ryzyk i system zarządzania ryzykiem</li> <li><u>Zgodność</u> – jednolite klasyfikowanie ryzyk podobnej natury w całym przedsiębiorstwie przez cały czas.</li> </ol> <p>Ogólne klasyfikowanie ryzyka powinno być zgodne z alokacją kapitału.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opisanie wad modelu wewnętrznego (dotyczy tych zakładów, których model wewnętrzny nie radzi sobie dostatecznie z klasyfikacją ryzyka – odniesienie się do 4 kryteriów klasyfikacji ryzyka: zakresu, rozstrzygnięcia, kongruencji i zgodności).</li> </ul>	QIM25
<b>Bezblędność, kompletność, odpowiedniość danych:</b>	
<p>Uwaga!</p> <p>Podano interpretacje pojęć:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Bezblędność</u> – dane nie zawierają podstawowych błędów. Dane wykorzystywane do szacunków pochodzą z różnych okresów i są spójne.</li> <li><u>Kompletność</u> – dostępność istotnych danych dla zmiennych modelu oraz wykluczenie tych nieistotnych, nieuzasadnionych. Charakter i wartość danych gwarantuje, że szacunki określane w modelu nie obejmują nadmiernego błędu.</li> <li><u>Odpowiedniość</u> – dane odpowiadają podstawowym założeniom technik aktuarialnych i statystycznych stosowanych w modelu wewnętrznym i są dostatecznie szczegółowe. Dane odpowiednio odzwierciedlają ryzyka, na które narażony jest zakład ubezpieczeń.</li> </ol>	

Ciąg dalszy Tabeli ze strony 30.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Podanie sposobu rozpatrywania jakości danych pod względem ich dostatecznej bezbłędności, kompletności i odpowiedniości według kategorii ryzyka lub działalności</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gwarancja jakości danych wykorzystywanych w modelu wewnętrznym (na czym polega). Opisanie regularnych kontroli jakości danych, które są bądź planuje się wprowadzić</li> </ul>	QIM27
<ul style="list-style-type: none"> <li>Główne źródła danych wejściowych dla kluczowych modułów ryzyka (podanie nazwy lub opisu szeregów czasowych)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Określenie dostępności każdego źródła i zestawu danych wejściowych: dostępnych publicznie, specyficznych dla zakładu lub zewnętrznych niedostępnych publicznie.</li> </ul>	QIM28
<i>Ocena eksperta:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie obszarów i celów uzupełnienia lub zastąpienia danych oceną eksperta.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie braków modelu, przy których przedsiębiorstwo stosuje w małym lub średnim stopniu ocenę eksperta oraz dostarczenie przykładów lub powodów takiej oceny (dotyczy sytuacji korzystania w dużym stopniu z oceny eksperta).</li> </ul>	QIM29
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opisanie ogólnej architektury modelu wewnętrznego i uwzględniania zależności (typów miar zależności), wyglądu struktury zależności. Opisanie mechanizmu agregacji, modelowania efektów dywersyfikacji między kategoriami ryzyka, dla których znane są jedynie pewne kluczowe punkty prognozy prawdopodobieństwa rozkładu.</li> </ul>	QIM30
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ujawnienie uwzględnianych w modelu wewnętrznym technik minimalizacji ryzyka (tradycyjnej reasekuracji, zamiany pożyczek na papiery wartościowe, pokrywania strat przez rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, pokrywania strat przez inne pasywa).</li> </ul>	QIM31
<i>Przyszłe działanie kierownictwa:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie rodzajów przyszłych działań zarządu przedsiębiorstwa uwzględnianych w modelu wewnętrznym (zmian stawek przyszłych zniżek/ obniżenie wartości wykupu/zmiany w zarządzaniu majątkiem).</li> </ul>	QIM32
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnienie procesu, który posiada/będzie posiadał ubezpieczyciel w sytuacji powstania istotnych odchyleń w zaplanowanych działaniach zarządu.</li> </ul>	QIM33
<i>Replikowanie portfela i inne techniki:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podanie ryzyk i przypadków, dla których przedsiębiorstwo stosuje techniki aproksymacji<sup>13</sup></li> <li>Podanie szczegółów dotyczących sytuacji, w których przedsiębiorstwo stosuje bardziej złożone i dokładne techniki replikowania portfela</li> <li>Przeprowadzanie kalibracji modelu proxy za pomocą bardziej dokładnych technik (podanie częstotliwości przeprowadzania kalibracji)</li> <li>Skrócenie okresu kalkulacji przez techniki aproksymacji (do jakiego stopnia)</li> </ul>	

13. Dotyczyło zakładów ubezpieczeń, które dysponują dokładniejszymi technikami replikowania portfela, a wybrały co najmniej w kilku przypadkach techniki aproksymacji w celu ograniczenia okresów obliczeń. Przykładem na to jest technika replikowania portfela polegająca na przedstawianiu, w obliczeniach SCR, przepływów pieniężnych, wynikających z istniejących umów do przepływów wynikających z portfela instrumentów finansowych. Replikowany portfel jest jednym z „najlepiej” odzwierciedlających przepływy pieniężne zobowiązań. Techniki replikowania portfela mogły być stosowane w celu pominięcia symulacji lub do szybkiej oceny wpływu niekorzystnych scenariuszy rynkowych (gdy wybrano instrumenty replikowania), tak by dokonywane szacunki stosowały wzór zbliżonej postaci. Przy obliczaniu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych zakład powinien być postugiwać się bardziej dokładnymi technikami.

## Ciąg dalszy Tabeli ze strony 31.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomiar ilościowy jakości modelu proxy w odniesieniu do bardziej złożonych technik. Przyjmowane progi tolerancji.</li> <li>• Wskazanie rodzajów/obszarów działalności wykorzystujących w modelu wewnętrznym replikowane portfele. Szczegółowy opis tych portfeli</li> <li>• Podanie zastosowań replikowanych portfeli</li> <li>• Częstotliwość ustalania replikowanych portfeli. Wskazanie konieczności ponownego jego określania</li> <li>• Jakość replikowanego portfela (przeprowadzanie oceny) oraz walidacja portfela (na czym polega).</li> </ul>	QIM34
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podanie najtrudniejszych części w wyznaczaniu replikowanego portfela oraz ograniczeń związanych z tą techniką.</li> </ul>	QIM35.1
<i>Kalibracja:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystywana miara do otrzymywania kapitału ekonomicznego z prognozy rozkładu prawdopodobieństwa generowanej w modelu wewnętrznym.</li> </ul>	QIM36
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazanie miary ryzyka wykorzystywanej<sup>14</sup> do kapitału ekonomicznego. Opisanie poziomu pewności, typu miar, horyzontu czasu oraz podstawowej zmiennej</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wyjaśnienie przyczyny stosowania innej miary ryzyka od miary ryzyka standardowego wzoru oraz wskazanie sposobu przeprowadzania kalibracji (np. bezpośrednio z prognozy rozkładu prawdopodobieństwa/ skalowanie wykorzystujące hipotezę rozkładu normalnego/ skalowanie wykorzystujące pewne założenia innego rozkładu/ inna funkcja przekształcania parametrycznego/ w inny sposób).</li> </ul>	QIM37
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podanie innych, stosowanych miar ryzyka, poziomów ufności lub okresów analizy dla odmiennych modułów lub sterowników ryzyka. Wskazanie tych modułów i sterowników wraz z podaniem uzasadnienia.</li> </ul>	QIM38
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opisanie agregacji wyników otrzymywanych z różnych kalibracji.</li> </ul>	QIM39
<i>Przypisywania zysków i strat:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opisanie procesu, który dowodzi, całkowicie lub częściowo, jak klasyfikacja ryzyka, wybrana w modelu wewnętrznym, wyjaśnia powody i źródła zysków i strat.</li> </ul>	QIM41
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opisanie powiązań wyników przypisywania zysków i strat z zastosowaniami modelu wewnętrznego.</li> </ul>	QIM42
<i>Polityka walidacji:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stosowane podejście, jakim kieruje się lub będzie kierował się ubezpieczyciel w procesie walidacji, dotyczącym korzystania z oceny eksperta w sprawie danych.</li> </ul>	QIM45
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opisanie procesu, które włącza wyniki walidacji do rewizji modelu wewnętrznego.</li> </ul>	QIM46
<i>Niezależność walidacji:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Określenie na ile ubezpieczyciel jest zadowolony z niezależnej kontroli zewnętrznej wspierającej proces walidacji.</li> </ul> <p>Niezależność procesu walidacji jest niezbędna, gdyż stwarza obiektywne wyzwania modelowi wewnętrznemu. Polityka walidacji powinna w szczególności określać na ile kontrola zewnętrzna lub wewnętrzna, wykorzystywana w procesie walidacji, jest niezależna. Należało wziąć pod uwagę co najmniej odpowiedzialność i strukturę raportowania kontroli wewnętrznej, natomiast w przypadku kontroli zewnętrznej, struktury wynagradzania.</p>	QIM49

14. Jeśli kapitał ekonomiczny definiowany był jako: a)  $EC = \text{Var}_{99,5\%}$  lub b)  $EC = \text{VaR}_{99,5\%} - EV$ ; EV określało wartość oczekiwaną podwyższonych funduszy własnych.



Ciąg dalszy Tabeli ze strony 32.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Określenie odpowiedzialności działu walidacji za: a) projekt; b) wdrożenie; c) dokumentację; d) stosowanie modelu wewnętrznego</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby odpowiedzialne za walidację: a) niezależne osoby, które podejmują decyzje operacyjne; b) osoby niezależne z obszaru/działów badających działania ryzyka</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazanie wykonywania walidacji niezależnie od: a) projektu; b) wdrożenia; c) badania; d) dokumentacji; e) zastosowań modelu wewnętrznego.</li> </ul>	QIM49
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zamiar stosowania kontroli wewnętrznej w procesie walidacji (dotyczy zakładów, które nie mają utworzonego działu walidacji modelu wewnętrznego).</li> </ul>	QIM50
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazanie narzędzi walidacji wykorzystywanych przez ubezpieczyciela. Opisanie ich wraz z podaniem częstotliwości stosowania.</li> </ul>	QIM51
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ujawnienie, w jaki sposób są zaprojektowane i skalibrowane testy obciążenia (<i>stress tests</i>) stanowiące część procesu walidacji.</li> </ul>	QIM52
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podanie, jak są zaprojektowane i skalibrowane <i>reverse stress tests</i> (dotyczy zakładów ubezpieczeń przeprowadzających te testy).</li> </ul>	QIM53
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opisanie braków i słabych stron modelu wewnętrznego, w tym przypadków, gdzie model działa nieefektywnie.</li> </ul>	QIM54
<i>Dokumentacja:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazanie, w jakim stopniu dokumentacja modelu wewnętrznego, posiadana przez ubezpieczyciela, spełnia wymagania poniżej wskazane</li> </ul> <p>Dokumentacja musiała być dostatecznie szczegółowa i obszerna, aby pozwoliła osobom trzecim, obeznanym w temacie, zrozumieć model wewnętrzny. Ponadto dane wyjściowe modelu powinny być odtwarzalne na podstawie dokumentacji, jeśli są dostępne wszystkie dane wejściowe.</p>	
<i>Ogólny model zarządzania:</i>	
1. Opis modelu i ogólny zarys	QIM55.1
2. Zasady, kontrole, procedury dla kierownictwa modelu wewnętrznego	QIM55.2
3. Polityka zmiany modelu	QIM55.3
4. Dowody przeprowadzenia testu zastosowania modelu	QIM55.4
5. Podręcznik szkoleniowy dla kierownictwa i szkolonej kadry z działania i rozumienia modelu wewnętrznego.	QIM55.5
<i>Zmiany modelu:</i>	
6. Potokół zmian zasadniczych i drobnych modelu.	QIM55.6
<i>Szczegóły technologiczne:</i>	
7. Opis platformy informatycznej wykorzystywanej w modelu wewnętrznym	QIM55.7
8. Opis planów awaryjnych odnoszących się do wykorzystywanej platformy technologicznej	QIM55.8
9. Przewodnik użytkownika	QIM55.9
10. Kod źródłowy.	QIM55.10
<i>Dane:</i>	
11. Polityka danych	QIM55.11
12. Dokumentacja dowodząca lub uzasadniająca bezbłądność, kompletność	QIM55.12
13. Wykaz danych.	QIM55.13

## Ciąg dalszy tabeli ze strony 33.

<i>Statystyczne standardy jakości:</i>	
14. Szczegółowy opis metodologii modelu wewnętrznego	QIM55.14
15. Opis podstawowych założeń.	QIM55.15
<i>Ocena eksperta:</i>	
16. Opis, gdzie w modelu wewnętrznym wykorzystuje się ocenę eksperta	QIM55.16
17. Walidacja oceny eksperckiej, jeśli takowa została założona w modelu.	QIM55.17
<i>Kalibracja:</i>	
18. Dokumentacja dowodząca lub uzasadniająca, że wybrana (inna) miara ryzyka jest co najmniej tak silna, jak jednoroczny VaR, przy poziomie ufności równym 99,5 proc.	QIM55.18
<i>Przypisywanie zysku i straty:</i>	
19. Wyniki przypisywania zysku i straty.	QIM55.19
<i>Walidacja:</i>	
20. Opis i raport/wyniki testów walidacji.	QIM55.20
<i>Zakres:</i>	
21. Zakres częściowego modelu wewnętrznego	QIM55.21
22. Jakościowe i ilościowe wskaźniki obejmowanego ryzyka.	QIM55.22
<i>Inne:</i>	
23. Opis technik zmniejszania ryzyka wyjaśnione w modelu	QIM55.23
24. Opis przyszłych działań kierownictwa wyjaśnione w modelu wewnętrznym	QIM55.24
25. Opis braków i słabych stron modelu, w tym przypadki, w jakich model wewnętrzny działa nieefektywnie.	QIM55.25
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podanie i opisanie dowolnej części dokumentacji dotyczącej częściowego modelu wewnętrznego nie ujętego wcześniej, biorącej pod uwagę istotne dokumenty, które pozwolą organowi nadzoru przeprowadzić skuteczną ocenę modelu.</li> </ul>	QIM.56
<b>IM.C.11 Częściowe modele wewnętrzne</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Szczegółowe opisanie integracji częściowego modelu wewnętrznego z formułą standardową przy istnieniu możliwości wyboru metody agregacji.</li> </ul>	QIM.57
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sposoby traktowania transakcji wewnątrzgrupowych w modelu wewnętrznym zakładu ubezpieczeń z punktu widzenia jakościowego (np. ta sama metodologia aniżeli kontrahentów zewnętrznych, odmienna parametryzacja, itp.) oraz według typów transakcji (np. reasekuracji, uczestników, pożyczek, itp.).</li> </ul>	QIM.58
<ul style="list-style-type: none"> <li>Określenie ryzyk, dla których stosuje się metodologię odmienną od wykorzystywanej w modelu wewnętrznym, w celu obliczania SCR grupy kapitałowej.</li> </ul>	QIM.59
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podanie przykładów założeń, stosowanych w modelu wewnętrznym, do obliczania SCR grupy, nieodpowiadających profilowi ryzyka ubezpieczyciela, tam gdzie dostosowanie było/będzie konieczne.</li> </ul>	QIM.60
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podanie ryzyk, dla których zakład stosuje własną kalibrację oraz tych, dla których wykorzystuje te same parametry przy obliczaniu SCR grupy.</li> </ul>	QIM.61
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ujawnienie czynników ryzyka nieobjętych modelem wewnętrznym przy obliczaniu SCR grupy.</li> </ul>	QIM.62
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opis zakresu uczestnictwa ubezpieczyciela w procesie rozwijania modelu wewnętrznego grupy.</li> </ul>	QIM.63

Ciąg dalszy Tabeli ze strony 34.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie sposobu, w jaki zakład zamierza rozwiązać problem braku możliwości polegania na modelu wewnętrznym grupy przy obliczaniu SCR grupy tak, by spełnić wymagania testu praktycznego na poziomie zakładu określone w dyrektywie.</li> </ul>	QIM.64
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazanie jakichkolwiek innych cech modelu wewnętrznego wykorzystywanego do wyliczania SCR grupy, od których zakład będzie odbiegał przy obliczaniu SCR jednostki (solo).</li> </ul>	QIM.65
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnienie powodów różnic w szacunkach otrzymanych z modelu wewnętrznego i ze standardowego wzoru.</li> </ul>	QIM.66

Źródło: opracowano na podstawie: CEIOPS, *Qualitative questionnaire internal model*, 23 sierpnia 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc).

Przedstawiony szczegółowy zakres badania modeli wewnętrznych powstał dzięki zaangażowaniu wielu osób rozwijających przepisy dyrektywy Wypłacalność II. Zakłady ubezpieczeń, aby spełnić oczekiwania Komitetu Europejskich Nadzorów Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych, musiały zapoznać się z obszerną dokumentacją techniczną badania tak, aby informacje wprowadzane do wspomnianych kwestionariuszy jakościowych spełniły wymagania postawione modelom.

### 3. Ogólne wyniki badania QIS5 i ich znaczenie dla rozwijanych przepisów dyrektywy Wypłacalność II

Do wyników badania QIS5 należy podchodzić ostrożnie, gdyż modele wewnętrzne zakładów ubezpieczeń były niedokończone. Ubezpieczyciele stosowali techniki, na które nie zezwalała dokumentacja techniczna opracowana na potrzeby badania. Ponadto liczba ubezpieczycieli, którzy dostarczyli modeli, była niewielka<sup>15</sup>.

Ciągłe zmiany założeń i definicji, obowiązujące dla kolejnych edycji badania QIS, miały swój wpływ na trwający proces budowy i rozwijania modeli wewnętrznych. Projektowaniem modeli wewnętrznych w jednostce zajmuje się zwykle zespół kilku-, a nawet kilkunastuosobowy, obejmujący pracowników, jak i ekspertów zewnętrznych. Szczególnie uciążliwe obszary modeli pozostają poza bezpośrednią kontrolą zakładów ubezpieczeń, tzn. proponowane są przez konsultantów zewnętrznych bądź wprowadzane z wdrażanym oprogramowaniem (np. model katastrof naturalnych). Podwyższe to istotnie koszty budowy i implementacji modeli wewnętrznych, stanowiących część systemu zarządzania ryzykiem. Szybsze doprecyzowanie wytycznych dyrektywy Wypłacalność II z pewnością pozwoli sprawniej sfinalizować modele wewnętrzne przez ubezpieczycieli.

Z przygotowanego przez Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA)<sup>16</sup> raportu badania wynika, że 262 towarzystwa

15. EIOPA, *Report on the fifth Quantitative Impact Study (QIS5) for Solvency II*, 14 marca 2011, s. 106, [https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx\\_dam/files/publications/reports/QIS5\\_Report\\_Final.pdf](https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/publications/reports/QIS5_Report_Final.pdf).

16. Skrót od European Insurance and Occupational Pensions Authority. Z dniem 1 stycznia 2011 r. CEIOPS przekształcił się w EIOPA.

ubezpieczeń stosują modele wewnętrzne w specyficznych aspektach działalności, a 289 ubezpieczycieli pracuje nad ich wdrażaniem na potrzeby Wypłacalności II. Zakłady ubezpieczeń (solo) wchodzące w skład grup kapitałowych w większości przypadków, tj. 96 proc., stosują modele wewnętrzne, których metodologia odpowiada metodologii stosowanej w grupie. Ubezpieczyciele, którzy nie stosowali modelu wewnętrznego grupy kapitałowej, wskazywali co najmniej jeden z powodów przyczyniających się do zmiany założeń we własnym modelu wewnętrznym<sup>17</sup>:

1. Odmienność informacji (na poziomie lokalnym) służących kalibracji modelu wewnętrznego
2. Możliwość dokonywania obliczeń wymagań kapitałowych SCR dla ryzyka operacyjnego w oparciu o standardowy wzór
3. Odmienność stosowanych współczynników korelacji między grupami ubezpieczeń majątkowych (na poziomie lokalnym)
4. Przyjęcie innej metodologii na potrzeby obliczeń wymagań kapitałowych dla ryzyka katastrofalnego
5. Stosowanie specyficznego dla danego zakładu ubezpieczeń czynnika dywersyfikacji.

Niewielu ubezpieczycieli zgłosiło niedostosowanie założeń dotyczących obliczenia wymagań kapitałowych SCR do ich profilu ryzyka.

Z informacji przekazanych krajowym organom nadzoru wynika, że wśród zakładów ubezpieczeń zainteresowanych rozwijaniem modeli wewnętrznych znaleźli się także tacy, którzy nie będą budować własnych modeli z uwagi na fakt, że poniesione koszty przewyższałyby przewidywane korzyści<sup>18</sup>.

Modele wewnętrzne zakładów ubezpieczeń mają służyć ochronie interesów ubezpieczonych, beneficjentów i właścicieli. Jeśli model wewnętrzny lepiej odzwierciedli profil ryzyka zakładu, to ubezpieczyciel powinien go rozwijać. Jednakże przepisy dyrektywy nie są rygorystyczne w tej kwestii, bowiem nie wymagają stosowania modeli wewnętrznych oraz dopuszczają stosowanie standardowego podejścia, nawet gdy nie odzwierciedla dostatecznie profilu ryzyka ubezpieczyciela. Zakładowi ubezpieczeń, zwłaszcza małemu, nie będzie zależało na budowie własnego modelu, gdyż jego rozwijanie wiązać się będzie z ponoszeniem kosztów, których efekty w postaci lepszego uchwycenia ryzyka i wartości kapitału koniecznego do bezpiecznego prowadzenia działalności, mogą nie być tak istotne. Dlatego w wielu przedsiębiorstwach, w ramach wewnętrznego zarządzania ryzykiem, ocenę zapotrzebowania kapitałowego przeprowadza się z pominięciem modelu wewnętrznego.

Częstymi powodami (podawanymi przez respondentów badania) stosowania modeli wewnętrznych zamiast wzoru standardowego było<sup>19</sup>:

1. Lepsze odzwierciedlanie specyficznego profilu ryzyka ubezpieczyciela i obejmowanie ryzyk, nieuwzględnianych w standardowym wzorze
2. Przyjęcie szczegółowszej metody agregacji
3. Uwzględnienie „zmienności” w modelu wewnętrznym

---

17. EIOPA, *op.cit.*, s. 106 i dalsze.

18. *Ibidem*.

19. *Ibidem*, s. 107.

4. Stosowanie zasad wyceny bilansu ubezpieczyciela opartych na Międzynarodowych Standardach Sprawozdawczości Finansowej, niedopuszczonych w badaniu QIS5 (zniekształciło to obraz przyszłych przepływów pieniężnych).

Błędem popełnianym przez niektórych respondentów badania było obliczanie wymagań kapitałowych z wykorzystaniem parametrów, o których nie wspominała dyrektywa Wypłacalność II<sup>20</sup>.

Kontrowersyjną kwestią było stosowanie własnych modeli wewnętrznych na potrzeby uchwycenia ryzyka katastrof naturalnych. Jeden z organów nadzoru podkreślał zaletę tego typu modelowania, podczas gdy inny, traktował to jako niepraktyczne rozwiązanie dostarczane przez małe bądź stosunkowo duże zakłady ubezpieczeń inne niż na życie<sup>21</sup>.

Wśród nielicznych opinii pojawiła się informacja, że standardowy wzór nieodpowiednio odzwierciedla zapotrzebowanie kapitałowe zakładów ubezpieczeń prowadzących sprzedaż polis ubezpieczeniowych w ramach jednej grupy ubezpieczeń<sup>22</sup>.

Struktury modeli wewnętrznych ubezpieczycieli były bardzo zróżnicowane, od budowy modułowej, podobnej standardowemu wzorowi, po strukturę bardzo zbliżoną do niego, kończąc na zupełnie odmiennej<sup>23</sup>.

Niektóre zakłady ubezpieczeń wprowadziły w modelach wewnętrznych własne kryteria rozróżniania zmian głównych od drugorzędnych (Rysunek 1), których nie precyzowała dyrektywa Wypłacalność II.

**Rysunek 1. Kryteria rozróżnienia zmian głównych od drugorzędnych w modelach wewnętrznych**



Źródło: opracowano na podstawie EIOPA, „Report on the fifth Quantitative Impact Study (QIS5) for Solvency II”, 14 marca 2011, s. 108 i dalsze.

20. *Ibidem*, s. 108.

21. *Ibidem*.

22. *Ibidem*.

23. *Ibidem*.

Zakłady ubezpieczeń zaproponowały własne rozwiązania, stanowiące część składową ich polityki zatwierdzania zmian modelu wewnętrznego, których nie regulowały przepisy dyrektywy.

Wiele towarzystw ubezpieczeń poinformowało o wykorzystywaniu bądź modeli zewnętrznych, bądź oprogramowania zewnętrznego w celu obliczania ryzyka katastrofalnego oraz przeprowadzania symulacji stochastycznych/aktuarialnych przepływów pieniężnych. Najpopularniejszą metodą stosowaną do otrzymywania prognozy rozkładu prawdopodobieństwa okazała się symulacja Monte Carlo. Zakłady ubezpieczeń przeprowadzały zwykle od 10 tys. do 100 tys. symulacji, w większości przypadków obejmujących kluczowe pozycje prognozy rozkładu<sup>24</sup>. Informacje te z pewnością pozwoliły organom nadzoru określić ich możliwości, ewentualne potrzeby kadrowe dla sprawnej i rzetelnej realizacji obowiązków w obszarze zatwierdzania modeli wewnętrznych w przyszłości.

Wśród działań, jakie kierownictwa zakładów ubezpieczeń deklarowały przeprowadzić w najbliższej przyszłości, w zakresie modeli wewnętrznych, wymieniano m.in.: dynamiczne transakcje terminowe, zmiany alokacji aktywów, zmiany programu reasekuracyjnego czy nawet zaniechanie nowej działalności (w wyjątkowych sytuacjach)<sup>25</sup>.

Większość ubezpieczycieli w modelach wewnętrznych zastosowała we wszystkich modułach ryzyka<sup>26</sup>:

- wartość narażoną na ryzyko VaR (*Value at Risk*) jako miarę ryzyka,
- poziom ufności 99,5 proc. VaR,
- roczny horyzont czasu.

Tylko w niektórych zakładach ubezpieczeń posłużono się kombinacją miar w postaci VaR i ogonowej wartości narażonej na ryzyko TVaR (*Tail Value at Risk*). Zakłady ubezpieczeń stosowały wyższe poziomy ufności do celów ratingu, a niższe na potrzeby wewnętrznego zarządzania oraz przyjmowały dłuższe okresy szacunku, szczególnie przydatne do oceny uruchamianej działalności. Pojawiły się przypadki wyliczania SCR za pomocą szacunku odpowiadającego wartości rynkowej MCEV (*Market Consistent Embedded Value*), będącego wyzwaniem dla organów nadzoru finansowego<sup>27</sup>.

Wśród najczęściej stosowanych przez ubezpieczycieli narzędzi walidacji pojawiły się m.in.<sup>28</sup>:

1. Test wrażliwości (*sensitivity testing*)
2. Test siły (*stress testing*) i test scenariusza (*scenario testing*)
3. Przypisywanie zysków i strat
4. *Benchmarking*
5. Analiza zmian.

Poza typowymi narzędziami walidacji, wymienionymi powyżej, zaproponowano również dwa dodatkowe, tj.: rozmowy z osobami rozwijającymi i zarządzającymi modelami/ użytkownikami modeli (wyższa kadra kierownicza) oraz narzędzia wbudo-

---

24. *Ibidem*, s. 109.

25. *Ibidem*, s. 109.

26. *Ibidem*, s. 111.

27. *Ibidem*, s. 110 i dalsze.

28. *Ibidem*, s. 111.

wane w oprogramowanie<sup>29</sup>. Ostatnie narzędzie, zdaniem autorki, nie stanowi nowości, a jego opisanie w dokumentacji będzie bardzo kłopotliwe dla ubezpieczycieli, którzy zakupili oprogramowanie od dostawcy zewnętrznego. Z pewnością okaże się on dużym ułatwieniem dla wszystkich, którzy będą mieli kontakt z modelem zakładu.

Z raportu EIOPA wynika, że większość zakładów ubezpieczeń ma ukończoną dokumentację w zakresie opisu: platformy informatycznej, metodologii modelu oraz planów awaryjnych odnoszących się do platform technologicznych<sup>30</sup>. Obecnie opisują oni: podstawowe założenia, politykę, kontrolę i procedury zarządzania modelem (dotyczy to ubezpieczycieli, którzy stosują modele własne – solo lub grupy kapitałowej – a nie modele zewnętrzne).

Zagadnieniami, którymi nie zajęto się jeszcze w modelowaniu wewnętrznym są<sup>31</sup>:

1. Przypisywanie zysku i straty
2. Polityka zmiany modelu wraz z rejestrem zmian głównych i drugoplanowych
3. Opis wyników przeprowadzanych testów walidacji,

Zakłady ubezpieczeń stosujące modele wewnętrzne grupy kapitałowej nie posiadały jeszcze<sup>32</sup>:

1. Dowodów zastosowania testu
2. Opisów planów awaryjnych odnoszących się do platform technologicznych
3. Opinii walidacji wydanej przez ekspertów zewnętrznych.

Ubezpieczyciele obliczający wyłącznie ryzyko operacyjne, za pomocą standardowego wzoru, powinni traktować swój model jako model częściowy a nie pełny<sup>33</sup>.

Opracowana przez CEIOPS dokumentacja związana z modelami częściowymi (*CEIOPS's Advice for Level 2 Implementing Measures on Solvency II: Partial internal models*) okazała się być niewystarczająca w kwestii prawidłowego zakwalifikowania modelu wewnętrznego zakładu ubezpieczeń do modelu częściowego bądź modelu pełnego<sup>34</sup>. Z powyższego wynika, że sformułowanie podstawowych definicji modelu częściowego oraz modelu pełnego, rozwiązałoby problem trudności z interpretacją przepisów.

Ubezpieczyciele w modelach wewnętrznych najczęściej uwzględniali ryzyko ubezpieczeniowe i ryzyko rynkowe oraz deklarowali chęć stosowania macierzy korelacji standardowego wzoru. Do łączenia modeli częściowych ze standardowym wzorem będą stosować<sup>35</sup>:

1. Macierze wariancji-kowariancji, np. dla ryzyk nieuwzględnionych w standardowym wzorze
2. Jedną macierz obejmującą wszystkie ryzyka
3. Modelowanie stochastyczne w niektórych podmodułach

29. *Ibidem*.

30. *Ibidem*, s. 112.

31. *Ibidem*.

32. *Ibidem*.

33. *Ibidem*, s.115.

34. [https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx\\_dam/files/consultations/consultationpapers/CP65/CEIOPS-L2-Advice-Partial-Internal-Models.pdf](https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/consultations/consultationpapers/CP65/CEIOPS-L2-Advice-Partial-Internal-Models.pdf).

35. EIOPA, *op.cit*, s.116.

4. Funkcje powiązań *copulas* w celu łączenia modeli częściowych ze standardowym wzorem.

Organy nadzorcze generalnie nie przekazały informacji jak zakłady ubezpieczeń określały główne obszary działalności, poza jednym, który podał, że były konsultowane z zarządem<sup>36</sup>.

## Podsumowanie

Przepisy dyrektywy Wyptalność II, w tym dotyczące modeli wewnętrznych (całkowitych, częściowych), przechodzą ciągłe udoskonalenia. Od zakładów ubezpieczeń, działających na rynkach krajów członkowskich Unii Europejskiej, wymaga się dokonywania oceny zapotrzebowania kapitałowego, uwzględniającego charakterystyczny dla ubezpieczyciela profil ryzyka, która poprawi jakość zarządzania i wspomogę podejmowanie decyzji w zakładach ubezpieczeń.

Przeprowadzone w II połowie 2010 roku przez Komitet Europejskich Nadzorów Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (CEIOPS) kolejne, piąte badanie ilościowe QIS5, którego wyniki opublikowano w marcu br., dostarczyło krajowym organom nadzoru wielu informacji w obszarze funkcjonujących już lub rozwijanych przez ubezpieczycieli modeli wewnętrznych (całkowitych, częściowych).

Badanie QIS5 przeprowadzone wśród zakładów ubezpieczeń krajów Unii Europejskiej objęło, opisane w artykule, aspekty jakościowe modeli wewnętrznych. Liczba uczestników badania, chociaż wyższa niż w badaniu QIS4, dostarczyła wyników, które wymagają ostrożnej analizy, chociażby z powodu niewielkiej liczby przekazanych modeli wewnętrznych. Bardzo szczegółowy zakres badania wymagał od zakładów ubezpieczeń zaangażowania wielu osób, zwłaszcza tam, gdzie przy rozwijaniu modeli korzystano z pomocy zewnętrznej (ekspertów, oprogramowania). Uzyskane wyniki pomogły organom nadzoru określić ich możliwości czy ewentualne potrzeby do sprawnej i rzetelnej realizacji zadań wynikających z przepisów dyrektywy Wyptalność II. Badanie wykazało duże zaangażowanie zakładów ubezpieczeń w tworzenie modeli wewnętrznych. Z pewnością im szybciej doprecyzowane zostaną wytyczne dyrektywy Wyptalność II, tym sprawniej przebiegać będzie proces finalizowania własnych modeli wewnętrznych ubezpieczycieli.

## Wykaz źródeł:

CEIOPS, *Qualitative\_questionnaire\_excel*, 6 sierpnia 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_excel\\_20100913\\_05\\_10\\_10\\_tcm75-24020.xls](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_excel_20100913_05_10_10_tcm75-24020.xls).

CEIOPS, *Qualitative\_questionnaire\_internal\_model*, 23 sierpnia 2010, [http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative\\_questionnaire\\_internal\\_model\\_20100906\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24019.doc](http://www.knf.gov.pl/Images/qualitative_questionnaire_internal_model_20100906_5_10_2010_tcm75-24019.doc).

---

36. *Ibidem*.



CEIOPS, *CEIOPS's Advice for Level 2 Implementing Measures on Solvency II: Partial internal models*, styczeń 2010, [https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx\\_dam/files/consultations/consultationpapers/CP65/CEIOPS-L2-Advice-Partial-Internal-Models.pdf](https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/consultations/consultationpapers/CP65/CEIOPS-L2-Advice-Partial-Internal-Models.pdf).

EC, *QIS5 Technical Specifications*, 5 lipca 2010,

[http://www.knf.gov.pl/Images/technical\\_specifications\\_en\\_tcm75-23614.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/technical_specifications_en_tcm75-23614.pdf).

EC, *Errata to the QIS5 Technical Specification*, 27 września 2010,

[http://www.knf.gov.pl/Images/technical\\_specifications\\_errata\\_en\\_1\\_5\\_10\\_2010\\_tcm75-24011.pdf](http://www.knf.gov.pl/Images/technical_specifications_errata_en_1_5_10_2010_tcm75-24011.pdf).

EIOPA, *Report on the fifth Quantitative Impact Study (QIS5) for Solvency II*, 14 marca 2011

[https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx\\_dam/files/publications/reports/QIS5\\_Report\\_Final.pdf](https://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/publications/reports/QIS5_Report_Final.pdf).

## **Qualitative aspects of internal models in QIS5 – SUMMARY**

*Internal models (total or partial ones) which insurance companies in the European Union currently use or intend to use have again become an object of interest of the Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors (CEIOPS), which has conducted QIS for the fifth time. The article presents the detailed scope of the study in the field of qualitative aspects of internal models as well as QIS5 results and their influence on the provisions of Solvency II Directive which are currently being improved.*

**Dr JOANNA WARTINI** jest adiunktem w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie.

Recenzenci: dr Marcin Kawiński, prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec.



KRYSTYNA CIUMAN

## Redystrybucyjno-kapitałowa funkcja ubezpieczeń gospodarczych

*W artykule zawarto rozważania dotyczące funkcji redystrybucyjnej ubezpieczeń gospodarczych i zwrócono uwagę na złożoność redystrybucji ubezpieczeniowej we współczesnej gospodarce rynkowej. W celu spełnienia zasady realności ochrony ubezpieczeniowej, a także dla utrzymania się na rynku, działalność zakładów ubezpieczeń nakierowana jest na zdobywanie, utrzymywanie oraz inwestowanie kapitałów. Prowadzi to do konkluzji, że ubezpieczenia gospodarcze pełnią funkcję redystrybucyjno-kapitałową.*

### Wprowadzenie

W nr 4/2010 „Wiadomości Ubezpieczeniowych” ukazał się artykuł T. H. Bednarczyk pt. „Powiązania sektora ubezpieczeń z systemem finansowym i sferą realną gospodarki”. Z uwagi na szeroki zakres omawianych zagadnień autorka przedstawiła pewne kwestie w sposób ramowy. Stąd pomysł pełniejszego zaprezentowania niektórych zagadnień, a w szczególności ukazania redystrybucyjnej funkcji ubezpieczeń gospodarczych we współczesnej gospodarce rynkowej.

Zawarte w artykule rozważania dotyczą:

- istoty redystrybucji ubezpieczeniowej,
- złożoności funkcji redystrybucyjnej ubezpieczeń gospodarczych,
- wielkości redystrybucji ubezpieczeniowej w stosunku do PKB,
- treści redystrybucyjno-kapitałowej funkcji ubezpieczeń gospodarczych.

### 1. Istota redystrybucji ubezpieczeniowej

W literaturze przedmiotu ubezpieczeniom gospodarczym przypisywane są różne funkcje<sup>1</sup>. W związku z tym, że ubezpieczenia mają zawsze postać finansową, wśród funkcji ubezpieczeń gospodarczych wymienia się także funkcje realizowane przez finanse.

---

1. A. Banasiński, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1993, ss. 13-17, J. Handschke, *Funkcje i zadania ubezpieczeń gospodarczych*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, ss. 73-83, J. Łańcucki, *Podstawy finansów ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, ss. 31-36.

W gospodarce rynkowej są to funkcje odnoszące się do całości finansów oraz wszystkich ich ogniw, a mianowicie funkcja stabilizacyjna, alokacyjna oraz redystrybucyjna<sup>2</sup>.

Funkcja redystrybucyjna ubezpieczeń gospodarczych wiąże się z ich istotą. Najogólniej rzecz ujmując można powiedzieć, że na szczeblu zakładu ubezpieczeń tworzony jest fundusz ubezpieczeniowy ze składek ubezpieczeniowych płaconych przez ubezpieczających, a zatem następuje centralizacja kapitału. Dochodzi do niej, ponieważ podmioty zagrożone skutkami ryzyka szkód losowych rezygnują z konsumpcji części dochodów i wydatkują je na zakup ochrony ubezpieczeniowej. Fundusz ubezpieczeniowy dzielony jest pomiędzy ubezpieczonych (lub podmioty przez nich wskazane), którym po zajściu wypadku ubezpieczeniowego należą się odszkodowania i świadczenia pieniężne. Ubezpieczyciele oferują ochronę ubezpieczeniową, co oznacza „gotowość przejęcia przez zakład ubezpieczeń skutków realizacji ryzyk, będących przedmiotem prawnego stosunku ubezpieczenia, na warunkach i w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia”<sup>3</sup>.

Ubezpieczenia są instytucją finansową, a zatem „mają one silny związek z gromadzeniem i dzieleniem pieniędzy”<sup>4</sup>. Zakład ubezpieczeń jako pośrednik finansowy „bierze udział w transferze środków finansowych pomiędzy tymi, którzy są w określonym ryzyku, a tymi u których to ryzyko się spełniło”<sup>5</sup>.

Jak słusznie zauważył J. Handschke, „pojęcie funkcji ubezpieczeń gospodarczych nie może być zdeterminowane wyłącznie ich istotą.., gdyż jest to zbyt ogólna podstawa do w pełni adekwatnego określenia najważniejszych treści i zadań tej instytucji”<sup>6</sup>. Jednakże sama funkcja redystrybucyjna ubezpieczeń zasługuje na szczególną uwagę, chociażby ze względu na większą jej złożoność we współczesnej gospodarce rynkowej.

## 2. Złożoność funkcji redystrybucyjnej ubezpieczeń

Wśród cech redystrybucji ubezpieczeniowej można wymienić odpłatność ochrony ubezpieczeniowej oraz jej materialny, odszkodowawczy charakter<sup>7</sup>. Stwierdzenie to generalnie nadal jest aktualne. Wydaje się jednak, że w rozważaniach na temat redystrybucji ubezpieczeniowej we współczesnej gospodarce nie powinniśmy poprzestawać jedynie na zewnętrznej formie tej redystrybucji, a zatem składkach ubezpieczeniowych, funduszu ubezpieczeniowym oraz odszkodowaniach i świadczeniach pieniężnych. Zanim bowiem dojdzie do wypłaty odszkodowań i świadczeń mają miejsce różnorodne, często skomplikowane działania mające na celu zapewnienie realności ochrony ubezpieczeniowej oraz umożliwiające utrzymanie się zakładu ubezpieczeń na rynku. Dlatego należałoby zwrócić uwagę na zwiększoną obecnie złożoność redystry-

---

2. Z. Fedorowicz, *Istota i funkcje finansów*, w: *Finanse*, red. J. Ostaszewski, Difin, Warszawa 2003, ss. 20-21.

3. J. Handschke, *Funkcje.., op. cit.* s. 81.

4. S. Owsiak, *Podstawy nauki finansów*, PWE, Warszawa 2002, s. 52.

5. J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia na rynku finansowym*, w: *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke i J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010, s. 347.

6. J. Handschke, *Funkcje.., op. cit.* s. 77.

7. J. Szpunar, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Poznań 1972, s. 84.

bucji ubezpieczeniowej. Złożoność ta ma różne przyczyny wynikające z: charakteru gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń, istnienia rynku alternatywnego transferu ryzyka (ART), konkurencji na rynku ubezpieczeniowym.

Gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń jest po pierwsze specyficzna, co w dużym stopniu związane jest z tym, że w ubezpieczeniach istnieje „odwrotny cykl ekonomiczny”<sup>8</sup>, a po drugie dotyczy ona różnych obszarów. Efekty tej gospodarki zależą głównie od: właściwej kalkulacji składek ubezpieczeniowych, prawidłowego szacowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, posiadania odpowiedniej ilości środków własnych o charakterze gwarancyjnym, właściwej polityki lokacyjnej, dobrego programu reasekuracyjnego. Działalność ubezpieczeniowa związana jest bowiem z działalnością reasekuracyjną, która zwykle wpływa na wielkość funduszu ubezpieczeniowego (rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym). Wykorzystanie reasekuracji pozwala – między innymi – na podział dużego ryzyka, rozproszenie ryzyka, spełnienie ustawowych wymogów dotyczących wypłacalności<sup>9</sup>.

W rzeczywistości określenie redystrybucja ubezpieczeniowa obejmuje również redystrybucję poprzez reasekurację i retrocesję. Każdy ubezpieczyciel może cedować część (w niektórych przypadkach całość) określonego ryzyka reasekuratorowi<sup>10</sup>. Reasekuracja bierna dla ubezpieczyciela (cedenta) jest jednocześnie reasekuracją czynną dla reasekuratora. Podmiot kupujący ochronę reasekuracyjną płaci składkę reasekuracyjną, w konsekwencji czego fundusz ubezpieczeniowy cedenta staje się mniejszy, a fundusz gromadzony przez reasekuratora ulega zwiększeniu i będzie wzrastał wraz ze wzrostem działalności w zakresie reasekuracji czynnej. Jednocześnie reasekurator ma możliwość pozbycia się ciężaru części ryzyka przyjętego do reasekuracji i przekazania go innemu reasekuratorowi, czyli może zastosować retrocesję<sup>11</sup>. Retrocesja bierna dla retrocedenta jest jednocześnie retrocesją czynną dla retrocesjonariusza (po zapłaceniu składki z tytułu retrocesji fundusz gromadzony przez retrocedenta ulega zmniejszeniu, a rośnie fundusz gromadzony przez retrocesjonariusza). Reasekuracja umożliwia wtórny podział ryzyka, który następnie może być zwielokrotniony przez retrocesję. Zarówno reasekuracja, jak i retrocesja, może być krajowa oraz zagraniczna.

Z uwagi na związek reasekuracji oraz retrocesji z działalnością ubezpieczeniową, a także ze względu na to, że retrocesja jest reasekuracją reasekuracji, a reasekuracja jest często określana jako „ubezpieczenie przedsiębiorstw ubezpieczeniowych”<sup>12</sup>, redystrybucja poprzez reasekurację oraz poprzez retrocesję powinna być rozpatrywana w ramach redystrybucji ubezpieczeniowej. Dodatkowym argumentem jest to, że reasekuracja jest sprawą „wewnętrzzną” ubezpieczyciela i ubezpieczający może nawet nie

- 
8. T. Sangowski, *Gospodarka finansowa kapitałami i rezerwami ubezpieczyciela*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 1, red. A. Wąsiewicz, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994, s. 182.
  9. K. Ciuman, *Reasekuracja jako czynnik rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2007, ss. 29-37.
  10. E. Montalbetti, *Reasekuracja*, PWE, Warszawa 1970, s. 13 i dalsze.
  11. M. Hagopian, M. Laparra, *Aspects théoriques et pratiques de la réassurance*, L'argus, Paris 1991, s. 28.
  12. W. Ronka-Chmielowiec, *Reasekuracja w działalności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010, s. 321.

wiedzieć, że ryzyko zostało reasekurowane, a następnie w drodze retrocesji poddane dalszemu podziałowi.

Współcześnie obok reasekuracji tradycyjnej może być stosowana – oparta na długoterminowych umowach – reasekuracja finansowa, umożliwiająca transfer ryzyka ubezpieczeniowego oraz kształtowanie wyniku finansowego<sup>13</sup>.

Wracając do kwestii złożoności redystrybucji ubezpieczeniowej należałoby dodać, że istnieją możliwości transferu dużego ryzyka na rynek kapitałowy, w więc poza sektor ubezpieczeniowy, poprzez ubezpieczeniowe instrumenty finansowe. Pozwala to na dostarczanie dodatkowego kapitału sektorowi ubezpieczeniowemu<sup>14</sup>.

W dalszym ciągu obserwujemy tendencję do zacierania granic pomiędzy różnymi typami instytucji finansowych. Ważną jej przyczyną była „presja konkurencyjna spowodowana internacjonalizacją finansów oraz rozwój technologii informacyjnej i płatniczej”<sup>15</sup>. Wspomniana tendencja wzmacnia jeszcze konkurencję na rynku ubezpieczeniowym, co utrudnia funkcjonowanie zakładów ubezpieczeń.

### 3. Wielkość i charakter redystrybucji ubezpieczeniowej

Wielkość redystrybucji ubezpieczeniowej w Polsce (mierzonej wielkością składek ubezpieczeniowych) w odniesieniu do PKB ukazano w Tabeli 1. W badanym okresie nastąpił ponaddwukrotny wzrost udziału składek ubezpieczeniowych w PKB (z 1,82 proc. w 1992 r. do 3,82 proc. w 2009 r.)<sup>16</sup>. Z kolei stosunek wielkości odszkodowań i świadczeń (zależnej od ilości i wielkości szkód) do PKB w omawianych latach kształtował się różnie i wynosił najmniej 1,09 proc. PKB w 1995 r., a najwięcej 2,99 proc. w 2009 r.

Jeśli chodzi o perspektywy rozwoju ubezpieczeń gospodarczych w Polsce, a tym samym perspektywy wzrostu redystrybucji ubezpieczeniowej, to generalnie są one związane ze wzrostem PKB, a także ze wzrostem zatrudnienia. Obiecujące są perspektywy wzrostu redystrybucji ubezpieczeniowej w dziale I ubezpieczeń połączone z dobrowolnym oszczędzaniem na emeryturę. Wymagałoby to jednak właściwych rozwiązań odnośnie do korzyści podatkowych dla osób, które zatroszczyły się o własną przyszłość. Dlaczego jednak przyszli emeryci mieliby oszczędzać na emeryturę w zakładach ubezpieczeń skoro istnieją inne możliwości? Jeśli chodzi o korzyści dla ubezpieczonych, to częściowe uzasadnienie można by znaleźć w ekonomii behawioralnej. Wyjaśnia ona, że ludzie nie zawsze zachowują się racjonalnie, mogą więc dokonywać niewłaściwych wyborów, a gdy w grę wchodzi upływ czasu, ich decyzje mogą być niekonsekwentne<sup>17</sup>.

---

13. *Ibidem*, s. 334.

14. Szerzej na ten temat pisze D. Brach, *Możliwości transferu ryzyka ubezpieczeniowego na rynek kapitałowy – rynek alternatywnego transferu ryzyka (ART)*, w: *Zastosowanie metod ekonomiczno-statystycznych w zarządzaniu finansami w zakładach ubezpieczeń*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004, ss. 197 -228.

15. H. Rose, *Kluczowa rola finansowych „pośredników”*, w: *Tajniki finansów*, praca zbiorowa, Wydawnictwo K. E. Liber, Warszawa 2000, s. 498.

16. Należałoby nadmienić, że w 2008 r. udział składek ubezpieczeniowych w PKB wynosił 4,65 proc., gdyż skokowo wzrosły składki ubezpieczeniowe działu I. W 2009 r. składki tego działu uległy obniżeniu, natomiast składki ubezpieczeniowe działu II wykazały niewielki wzrost.

17. N. G. Mankiw, M.P. Taylor, *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2009, ss. 622-628.

Stąd za dobre rozwiązanie można uznać powierzanie pieniędzy oszczędzanych na ważny cel podmiotom zajmującym się profesjonalnie udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej i związanej z nią oceną ryzyka oraz działalnością lokacyjną.

**Tabela 1. Rozmiary redystrybucji ubezpieczeniowej w Polsce w stosunku do PKB w wybranych latach**

Wyszczególnienie	1992	1995	2000	2005	2009
Stosunek składek ubezpieczeniowych ogółem do PKB w proc.	1,82	1,95	3,04	3,16	3,82
Stosunek składek ubezpieczeniowych Działu I do PKB w proc.	0,47	0,65	1,22	1,56	2,25
Stosunek składek ubezpieczeniowych Działu II do PKB w proc.	1,35	1,30	1,82	1,60	1,57
Stosunek odszkodowań i świadczeń ogółem do PKB w proc.	1,33	1,09	1,49	1,61	2,99
Stosunek świadczeń Działu I do PKB w proc.	0,29	0,32	0,38	0,77	2,06
Stosunek odszkodowań i świadczeń Działu II do PKB w proc.	1,04	0,77	1,11	0,84	0,93

Źródło: *Roczniki Statystyczne GUS. Obliczenia własne.*

Wśród korzyści dla państwa należałoby wymienić rolę ubezpieczeń w mobilizowaniu oszczędności, a także dostarczaniu funduszy na rynek kapitałowy<sup>18</sup>. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy zmiany w systemie emerytalnym doprowadziły do obniżki procentu składki kierowanej do OFE. Oznacza to, że aktywa OFE będą rosły wolniej i mniej pieniędzy będzie regularnie trafiało na rynek kapitałowy. Relacje aktywów instytucji finansowych (w tym ubezpieczeniowych) do PKB w wybranych latach zaprezentowano w Tabeli 2.

W świetle przeprowadzonych rozważań rodzi się pytanie o wielkość redystrybucji ubezpieczeniowej odniesionej do PKB na świecie. Udział składek ubezpieczeniowych w PKB na świecie wynosił w 2009 r. 7 proc., przy czym udział składek z tytułu ubezpieczeń życiowych 4 proc., a składek z tytułu ubezpieczeń *non-life* 3 proc.<sup>19</sup> Udział składek ubezpieczeniowych ogółem w PKB w krajach OECD w 2008 r. był równy 8,62 proc. (przy czym składki z tytułu ubezpieczeń życiowych stanowiły 5,01 proc. PKB, a składki z tytułu ubezpieczeń *non-life* 3,61 proc.). W tym samym roku w krajach UE – 15 omawiany współczynnik penetracji w ubezpieczeniach ogółem ukształtował się na pozio-

18. S. Owsiak, *Podstawy...*, op. cit., ss. 229 i 230.

19. *L'assurance dans le monde en 2009*, Swiss Re, „Sigma” 2010, nr 2.

mie 8,43 proc. (w ubezpieczeniach życiowych 5,24 proc., a w ubezpieczeniach *non-life* 3,19 proc.)<sup>20</sup>. Z kolei stosunek składek reasekuracyjnych netto zakładów reasekuracji do składek ubezpieczeniowych ogółem na świecie w 2009 r. wynosił 3,72 proc.<sup>21</sup>

Wraz ze wzrostem zapotrzebowania na ochronę ubezpieczeniową w gospodarce rynkowej zwiększają się rozmiary redystrybucji ubezpieczeniowej. Jednakże środki pieniężne nie są jedynie gromadzone i dzielone (jak np. w przypadku FUS), lecz gromadzone w postaci funduszu ubezpieczeniowego (po czym wielkość funduszu ubezpieczeniowego jest korygowana w wyniku procesów dalszego podziału ryzyka), uzupełniane dodatkowymi kapitałami, lokowane i dopiero przeznaczone na wypłatę odszkodowań i świadczeń. W rezultacie funkcjonowanie zakładów ubezpieczeń staje się coraz trudniejsze, jednak zawsze nakierowane jest na zdobycie lub utrzymanie kapitałów (obcych i własnych). Dlatego należałoby raczej mówić nie o redystrybucyjnej, ale o redystrybucyjno-kapitałowej funkcji ubezpieczeń gospodarczych.

**Tabela 2. Relacja aktywów instytucji finansowych w Polsce do PKB w wybranych latach (w proc.)**

Wyszczególnienie	2000	2005	2009
Zakłady ubezpieczeń ogółem	5,6	9,1	10,3
- zakłady ubezpieczeń działu I	3,0	5,4	6,5
- zakłady ubezpieczeń działu II	2,6	3,7	3,8
Banki (komercyjne i spółdzielcze)	62,6	59,8	78,9
Otwarte fundusze emerytalne	1,4	8,8	13,3
Fundusze inwestycyjne	1,0	6,3	7,0

Źródło: Jak w Tabeli 1, „Raport o stabilności systemu finansowego, NBP”, 2010. Obliczenia własne.

System finansowy ubezpieczeń gospodarczych jako element systemu finansowego albo pełni funkcje przypisywane systemowi finansowemu w sposób bezpośredni, albo funkcje te wspomaga. Wśród funkcji systemu finansowego wymienić można: monetarną, kapitałowo-redystrybucyjną, kontrolną<sup>22</sup>. System finansowy ubezpieczeń gospodarczych pełni funkcję kapitałowo-redystrybucyjną oraz kontrolną, a wspomaga funkcję monetarną.

Wydaje się, że w przypadku ubezpieczeń gospodarczych, stosowanie określenia funkcja redystrybucyjno-kapitałowa (zamiast kapitałowo-redystrybucyjna) jest bardziej sensowne. Kładzie bowiem nacisk na istotę działalności ubezpieczeniowej, dotyczącej pierwotnego podziału ryzyka. Kalkulacje ubezpieczeniowe oparte są na przewidywaniach dotyczących przebiegu szkodowości, a zatem fakt, że środki funduszu ubezpieczeniowego mogą okazać się niewystarczające stwarza potrzebę posiadania kapitałów własnych o charakterze gwarancyjnym. Zakłady ubezpieczeń muszą spełniać ustawowe wymogi dotyczące wypłacalności, czego strzeże Komisja Nadzoru Finansowego.

20. OECD. Stat, <http://stats.oecd.org>

21. *Global Reinsurance Highlights*, Standard & Poor's, 2010.

22. Z. Polański, *Wprowadzenie. System finansowy we współczesnej gospodarce rynkowej*, w: *System finansowy w Polsce*, t. 1, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 18.



Zakłady ubezpieczeń są pośrednikami finansowymi, dokonują zatem transformacji oszczędności w kapitał<sup>23</sup>. Czasowo wolne środki pieniężne inwestowane są na rynku finansowym. Fakt ten tłumaczy konieczność rozpatrywania funkcji redystrybucyjnej ubezpieczeń w powiązaniu z funkcją kapitałową i podkreślania jej redystrybucyjno-kapitałowego charakteru.

Jeśli chodzi o funkcję monetarną, to wprawdzie zakłady ubezpieczeń nie kreują nowego pieniądza, ale mogą wpływać na rozmiary tej kreacji poprzez lokowanie czasowo wolnych środków pieniężnych w bankach. Rosną wówczas rezerwy gotówkowe banków komercyjnych, co stwarza podstawy rozszerzania działalności kredytowej, a zatem tworzenia nowego pieniądza. Należałoby również wspomnieć, że poprzez odpowiednie stosowanie strategii *bancassurance*, wspomniane wspomaganie funkcji monetarnej może być bardziej intensywne.

W nawiązaniu do funkcji systemu finansowego w gospodarce rynkowej w literaturze przedmiotu można spotkać się także z wyodrębnieniem funkcji akumulacji kapitałowej ubezpieczeń gospodarczych ze względu na związek istoty ubezpieczeń z procesem kumulowania środków finansowych<sup>24</sup>. W gospodarce rynkowej funkcja akumulacji kapitałowej stała się bardziej wyrazista, ale podkreśla ona głównie kwestie gromadzenia środków pieniężnych.

## Podsumowanie

Ważną funkcją ubezpieczeń gospodarczych jest funkcja redystrybucyjno-kapitałowa. Funkcja ta dotyczy obu działów ubezpieczeń, chociaż akcenty tej funkcji rozkładają się nieco inaczej. Dzieje się tak głównie ze względu na długoterminowy charakter ubezpieczeń działu I oraz uwzględnianie dochodów z lokat rezerwy ubezpieczeń na życie i rezerwy ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający w kalkulacji składek w ubezpieczeniach życiowych.

Ogólnie rzecz biorąc zakłady ubezpieczeń działu I dostarczają środków pieniężnych głównie na rynek kapitałowy, a zatem występują na tym rynku w charakterze inwestora. Z kolei zakłady ubezpieczeń działu II są inwestorami zarówno na rynku pieniężnym, jak i kapitałowym. Ponadto same mogą być zainteresowane pozyskiwaniem kapitałów z rynku kapitałowego przy ubezpieczaniu dużego ryzyka.

Oddzielanie funkcji redystrybucyjnej od kapitałowej czy też ustalanie ich sztywnych granic nie wydaje się potrzebne, gdyż funkcje te często spletają się, a nawet przenikają wzajemnie. Funkcja redystrybucyjno-kapitałowa dobrze odzwierciedla zachodzące w ubezpieczeniach gospodarczych i powiązane ze sobą procesy tworzenia funduszu ubezpieczeniowego, kształtowania jego wielkości, gromadzenia i utrzymywania środków własnych o charakterze gwarancyjnym, lokowania środków pieniężnych oraz dzielenia funduszu ubezpieczeniowego.

---

23. S. Owsiak, *Podstawy...*, op. cit. s. 227.

24. *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. S. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, ss. 102 i 103.

## Wykaz źródeł:

- Banasiński A., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1993.
- Brach D., *Możliwości transferu ryzyka ubezpieczeniowego na rynek kapitałowy – rynek alternatywnego transferu ryzyka (ART)*, w: *Zastosowanie metod ekonometryczno-statystycznych w zarządzaniu finansami w zakładach ubezpieczeń*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004.
- Ciuman K., *Reasekuracja jako czynnik rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2007.
- Fedorowicz Z., *Istota i funkcje finansów*, w: *Finanse*, red. J. Ostaszewski, Difin, Warszawa 2003.
- Global Reinsurance Highlights*, Standard & Poor's, 2010.
- Hagopian M., Laparra M., *Aspects théoriques et pratiques de la réassurance*, L'argus, Paris 1991.
- Handschke J., *Funkcje i zadania ubezpieczeń gospodarczych*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1996.
- L'assurances dans le monde en 2009*, Swiss Re, „Sigma” 2010, nr 2.
- Łańcucki J., *Podstawy finansów ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Mankiw N. G., Taylor M. P., *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2009.
- Monkiewicz J., *Ubezpieczenia na rynku finansowym*, w: *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke i J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010.
- Montalbetti E., *Reasekuracja*, PWE, Warszawa 1970.
- OECD. Stat, <http://stats.oecd.org>
- Owsiak S., *Podstawy nauki finansów*, PWE, Warszawa 2002.
- Polański Z., *Wprowadzenie. System finansowy we współczesnej gospodarce rynkowej*, w: *System finansowy w Polsce*, t. 1, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Ronka-Chmielowiec W., *Reasekuracja w działalności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010.
- Rose H., *Kluczowa rola finansowych „pośredników”*, w: *Tajniki finansów, praca zbiorowa*, Wydawnictwo K. E. Liber s. c., Warszawa 2000.
- Sangowski T., *Gospodarka finansowa kapitałami i rezerwami ubezpieczyciela*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 1, red. A. Wąsiewicz, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994.
- Szpunar J., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Poznań 1972.

## **Redistribution and capital function of commercial insurance – SUMMARY**

*The article contains reflections on the redistribution function of commercial insurance and points out the complexity of insurance redistribution in the contemporary market economy. In order to comply with the principle of insurance protection reality and also to remain on the market, insurance companies' activity is focused on acquiring, maintaining and investing capitals. It leads to the conclusion that commercial insurance plays the redistribution and capital function.*

**Dr hab. KRYSZYNA CIUMAN** jest adiunktem w Katedrze Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

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



EUGENIUSZ KOWALEWSKI

## Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej notariusza – propozycje nowych rozwiązań

*Ubezpieczenie OC notariusza należy do kategorii ubezpieczeń obowiązkowych. Aktualnie środowisko notariuszy korzysta w tym zakresie z ochrony w komercyjnym zakładzie ubezpieczeń; jest nim obecnie PZU SA. Rozwiązanie to budzi liczne zastrzeżenia podnoszone w środowisku notariuszy już od szeregu lat. Najważniejsze z nich dotyczą bardzo niekorzystnego tzw. przebiegu szkodowości albowiem – jak wykazują dostępne dane statystyczne – suma płaconych z tego tytułu składek w i e l o k r o t n i e przewyższa globalną kwotę wypłacanych odszkodowań. Ponadto ubezpieczeni notariusze uzyskują ochronę w zakresie nie odpowiadającym ich rzeczywistym potrzebom i interesom (np. brak ochrony w przypadku szkód wynikłych z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego). W tym stanie rzeczy rozważenie nowych rozwiązań organizacyjnoprawnych w omawianym przedmiocie wydaje się być uzasadnione. W szczególności brane jest pod uwagę utworzenie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych notariuszy (TUW-u) bądź utworzenie w jednym z działających już na polskim rynku TUW-ie tzw. związku wzajemności członkowskiej notariuszy. To drugie rozwiązanie wydaje się być – zdaniem autora – koncepcją odpowiednią i możliwą do w miarę szybkiego i „taniego” wprowadzenia w życie.*

### Wprowadzenie

Radykalna przebudowa systemowo-ustrojowa polskiego notariatu, dokonana ustawą z dn. 14 lutego 1991 r. Prawo o notariacie<sup>1</sup> polegająca przede wszystkim na odejściu od formuły notariatu publicznego<sup>2</sup> i przywracająca tej instytucji znamiona tzw. korporacyjnego zawodu prawniczego, postawiła na porządku dziennym kwestię odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem czynności notarialnych. Notariusz przestał być postrzegany jako funkcjonariusz państwowy w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego (art.417) za którego odpowiedzialność odszkodowawczą ponosił do tej pory Skarb Państwa<sup>3</sup>. Ciężar tej odpowiedzialności został przesunięty na notariusza jako

1. Dz. U. Nr 22, poz. 91 ze zm. (zwana dalej „ust. o not.”).
2. Szeroko na ten temat – zob. M. Kolasiński, *Odpowiedzialność cywilna notariusza*, Toruń 2005, s. 24 i n.
3. Szerokie omówienie tej kwestii zob. A. Wąsiewicz, *Odpowiedzialność cywilna notariusza i jej*

autonomicznego wykonawcę czynności notarialnych – mówiąc w pewnym uproszczeniu – wyłącznie na jego własny rachunek. Innymi słowy, naturalną konsekwencją prywatyzacji notariatu, stało się obarczenie notariusza samodzielną legitymacją odszkodowawczą w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody przez niego wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności notarialnych. Powstała więc oczywista potrzeba – silnie odczuwana w środowisku notariuszy już z początkiem lat 90. ubiegłego stulecia – poszukiwania adekwatnych form gwarancji, niwelujących lub przynajmniej łagodzących ryzyko odpowiedzialności, zwłaszcza w jego aspekcie finansowym.

Niezależnie od ochrony i zabezpieczenia własnego potencjału odszkodowawczego notariuszy (*Enschädigungsvermögen*)<sup>4</sup> uwidoczniła się bardzo rychło potrzeba stosownego zabezpieczenia także i interesów potencjalnych odbiorców usług notarialnych (a także innych poszkodowanych w następstwie wadliwych czynności notarialnych)<sup>5</sup>, w szczególności uchronienia ich przed ewentualną niewypłacalnością odpowiedzialnego cywilnie za szkodę notariusza. Ponieważ potencjalny krąg „odbiorców” usług notarialnych jest bardzo duży a jednocześnie trudny *a priori* do oszacowania, potrzeba odpowiednich gwarancji odszkodowawczych dla ogółu poszkodowanych nabiera wymiaru społecznego (ogólnego), co leży już w obszarze zainteresowań nie tylko samych notariuszy ale także ustawodawcy, którego motywuje np. do ustanowienia przymusu ubezpieczenia OC.

## I. Rozwój ubezpieczenia OC notariusza po roku 1991

Polski ustawodawca nie wprowadził w ust. o not. (w jej pierwotnej wersji z 1991 r.) obowiązku ubezpieczenia OC notariusza, choć w trakcie prac legislacyjnych rozwiązanie takie brane było pod uwagę<sup>6</sup>. Ponieważ jednak potrzeba takiego ubezpieczenia, i to już w pierwszych miesiącach od przeprowadzenia „prywatyzacji” notariatu, była silnie odczuwana w środowisku notariuszy, jednostki samorządu zawodowego zaczęły nakładać na swoich członków obowiązek takiego ubezpieczenia na mocy stosownych uchwał. Upoważnia to do stwierdzenia, że – w miejsce przymusu ustawowego – wprowadzono tzw. korporacyjny przymus ubezpieczenia<sup>7</sup>.

---

*ubezpieczenie (w: ) Księga Pamiątkowa. Pierwszy Kongres Notariuszy R.P.*, red. A. Oleszko, R. Szytk, Poznań-Kluczbork 1993, ss. 301-317.

4. Aksjologia prawa odszkodowawczego powinna zakładać niezbędną równowagę pomiędzy potencjałem „szkodzenia” po stronie sprawcy (*Schadensvermögen*) a jego potencjałem odszkodowawczym (*Entschädigungsvermögen*). Jeśli potencjały te pozostają w dysproporcji, możemy mówić o niewydolności albo nawet o kryzysie odpowiedzialności cywilnej, przynajmniej w jej wymiarze ekonomicznym. Szerzej – H.Hartung, *Die allgemeine Haftpflichtversicherung. Deckungsbereich und Grenzen*, Berlin 1957, s. 179 oraz E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Bydgoszcz 1992, s. 197 i n.
5. Notariusz może w związku z wykonywaniem czynności notarialnych wyrządzić szkodę nie tylko bezpośrednim „uczestnikom” czynności notarialnej, ale także osobom spoza tego kręgu (osobom trzecim). Szerzej – B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Uwagi o zasadach rządzących cywilną odpowiedzialnością notariusza*, „Przegląd Sądowy”, 1995, nr 2, s. 29 i n. oraz M. Kolasiński, ..., *op.cit.*, Toruń 2005, s. 131 i n.
6. Szeroko na ten temat: A. Wąsiewicz, *op. cit.*, s. 312 i n.
7. Zob. na ten temat: M. Kolasiński, *op. cit.*, s. 235.

Rozwiązanie takie posiadało istotne mankamenty a nade wszystko rodziło podejrzenie, co do legalności wprowadzenia takiego przymusu bez wyraźnej podstawy ustawowej; argument ten stał się nośny zwłaszcza po wejściu w życie Konstytucji R.P. z dn. 2 kwietnia 1997 r.<sup>8</sup>.

Pomijając aspekt niekonstytucyjności, formuła prawna prowadzonych w owym czasie (aż do roku 2000<sup>9</sup>) quasi-obowiązkowych ubezpieczeń OC notariuszy wykazywała i inne mankamenty i niedoskonałości. Niejasny był przede wszystkim prawny status stosunków ubezpieczenia OC notariuszy, co skutkowało zbyt daleką idącą swobodą kontraktową w zakresie ustalania i narzucania przez zainteresowanych ubezpieczycieli „swoich” OWU, w których mnożono ograniczenia i wyłączenia ochrony, nie idące w parze ani z interesem ubezpieczonych (notariuszy), ani – tym bardziej – osób przez nich poszkodowanych. Krótko mówiąc, prawny stosunek ubezpieczenia OC notariuszy był stosunkiem *u m o w n y m*, zawierającym na podstawie wzorca (OWU) ustalanego niemal dyskrejonalnie przez proponenta (ubezpieczyciela). Najbardziej jaskrawym przykładem takiej „dezynwoltury” było nagminne wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej w przypadku szkód kwalifikowanych, tzn. spowodowanych winą umyślną lub rażącym niedbalstwem notariusza a niekiedy także osób, za które ponosi on odpowiedzialność (asesorzy, pracownicy, zastępcy, aplikanci). Ponadto notariusz naruszający korporacyjny obowiązek ubezpieczenia, nie mógł być efektywnie ukarany, gdyż uchwały samorządu notarialnego zobowiązujące do zawarcia takiego ubezpieczenia, nie przewidywały w tym zakresie sankcji, zwłaszcza kar finansowych.

Sytuacja uległa radykalnej zmianie dopiero z chwilą nowelizacji ust. o not. w 2000 r., która wprowadziła w nowym art. 19 a. 19 c. ustawy obowiązek ubezpieczenia notariuszy, upoważniając jednocześnie ministra finansów do wydania w formie rozporządzenia ogólnych warunków dotyczących tego (obowiązkowego) ubezpieczenia<sup>10</sup>.

Kolejna zmiana dotycząca formuły prawnej ubezpieczenia OC notariusza nastąpiła z chwilą wejścia w życie ustawy z dn. 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>11</sup>, która zmodyfikowała art. 19 b. ust. (zob. art.143), upoważniający ministra finansów do określenia w drodze rozporządzenia tzw. szczegółowego zakresu ubezpieczenia obowiązkowego notariuszy<sup>12</sup>. Rozporządzenie to określiło m.in. termin powstania obowiązku oraz tzw. minimalną sumę gwarancyjną (równo-

8. (Dz. U. Nr 78, poz. 483). Znamienna w tej kwestii jest treść art. 31, który – gwarantując każdemu jego wolności i prawa – stanowi, że ograniczenia owych konstytucyjnych wolności i praw mogą wynikać tylko z ustaw i tylko pod ściśle określonymi warunkami (ust. 3). Wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia bez podstawy ustawowej jest w omawianym kontekście „niekonstytucyjne”. Zob. E. Kowalewski, *Dylematy prawa ubezpieczeń obowiązkowych a kodeks ubezpieczeń* (w: ) *Studia Iuridica Toruniensia*, T. VII, Toruń 2010, s. 15 i n.
9. Ustawy obowiązek ubezpieczenia został nałożony na notariuszy dopiero w roku 2000 na mocy nowelizacji ust. o not. (Dz. U. z 2000 r. Nr 48, poz. 551).
10. Rozporządzenie ogłoszone w Dz. U. Nr 90, poz. 1002.
11. Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.; ustawa weszła w życie 1 stycznia 2004 r. (dalej zwana ust. o ubezp. obow.).
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dn. 11 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej notariuszy (Dz. U. Nr 218, poz. 2148); uchyliło ono rozp. M.F. wymienione w przypisie 10.

wartość 50 000 euro od jednego zdarzenia oraz od wszystkich zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia). Warto też odnotować, że uregulowana została kwestia sankcji za naruszenie obowiązku ubezpieczenia włącznie z maksymalną możliwą karą finansową<sup>13</sup>.

## II. Funkcjonowanie ubezpieczenia OC notariuszy – uwagi krytyczne

Obecnie środowisko zawodowe notariuszy<sup>14</sup> korzysta w zakresie ubezpieczenia OC z ochrony w komercyjnym zakładzie ubezpieczeń<sup>15</sup>. Według wiedzy autora, aktualnie wszyscy notariusze ubezpieczeni są w PZU SA. Wykorzystuje się przy tym mechanizm tzw. porozumienia generalnego (*sui generis* umowy ramowej), zawartego pomiędzy Krajową Radą Notarialną a wybranym zakładem ubezpieczeń. W przeszłości porozumienia podobnego typu zawierane były przez poszczególne Izby Notarialne<sup>16</sup>, co skutkowało tym, że nie zawsze Izby te wybierały tego samego ubezpieczyciela, często też korzystały z usług innego brokera. Z punktu widzenia konstrukcji prawnej stosunku ubezpieczenia możemy tu upatrywać analogii do tzw. ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 § 1-5 k.c.). Stroną zawierającą umowę ubezpieczenia jest Krajowa Rada Notarialna<sup>17</sup> (jako ubezpieczający), a osobą ubezpieczoną – dany notariusz<sup>18</sup>. Tego rodzaju formuła umowy generalnej (porozumienia) jest dogodna dla członków korporacji, albowiem nie muszą oni indywidualnie zabiegać o zawarcie „własnej” umowy ubezpieczenia, analizować dostępnych na rynku ofert ubezpieczycieli czy też negocjować składek ani tzw. indywidualnych warunków ubezpieczenia. W praktyce ich aktywność w omawianym zakresie wyraża się jedynie w „przystąpieniu” do umowy generalnej i opłaceniu należnych składek. Interesy ubezpieczeniowe poszczególnych notariuszy reprezentowane są bowiem przez Krajową Radę Notarialną, która dodatkowo korzysta z usług profesjonalnego brokera.

13. Za niespełnienie obowiązku ubezpieczenia notariusz odpowiada dyscyplinarnie wg zasad określonych w art. 50-51 ust. o not.
14. Liczy ono nieco ponad 2 200 czynnych zawodowo notariuszy (nie licząc zastępców, asesorów i aplikantów notarialnych).
15. Warto odnotować, że w środowisku notariuszy już od początku lat 90. minionego stulecia, rozważano pomysł powołania „własnego” towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW-u) a także specjalnej „kasy ubezpieczeniowej”, która zaspokajałaby roszczenia osób poszkodowanych w przypadkach nie objętych ubezpieczeniem OC (np. szkód umyślnych). Szerzej o tym – A. Wąsiewicz, *op. cit.*, ss. 315-316.
16. Zob. interesujące uwagi na ten temat: K. Gulis, *Przymus ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej notariusza*, „Prawo Asekuracyjne” 2006 nr 4, ss. 41 – 56.
17. W przeszłości zawieranie takich porozumień generalnych leżało w gestii poszczególnych Izby Notarialnych, co skutkowało niejednorodnością zakresu ochrony poszczególnych notariuszy (różni ubezpieczyciele, niejednorodne warunki ochrony, różne składki i sumy gwarancyjne).
18. Konstrukcja ta nie stanowi jednak typowego ubezpieczenia na cudzy rachunek, ponieważ w praktyce każdy notariusz sam zawiera indywidualną umowę, otrzymuje własną polisę i sam uiszcza składki (które są standardowo ustalane od każdego notariusza). Jednak technika zawierania umowy ubezpieczenia oraz standaryzacja jego warunków dla ogółu notariuszy wyraźnie nawiązuje do algorytmu ubezpieczeń zbiorowych, które powszechnie zalicza się do formy określonej w art. 808 k.c. (do takiej formy zaliczane są np. grupowe ubezpieczenia pracowników na życie).



Na marginesie należy odnotować, że w przeszłości poszczególne Izby Notarialne korzystały z pośrednictwa – nie bardzo wiadomo dlaczego – różnych firm brokerskich. Usługa brokerska jest wprawdzie – z punktu widzenia ubezpieczającego nieodpłatna, gdyż broker otrzymuje prowizję od zainteresowanego ubezpieczyciela (tzw. kurtaż)<sup>19</sup>, tym niemniej jest oczywiste, że „podraża” ona ostateczny koszt ubezpieczenia, gdyż jest w sposób „zakamuflowany” finansowana z płaconych przez ubezpieczających składek. Jeśli do tego dodać, że przeciętny kurtaż na polskim rynku jest stosunkowo wysoki (nierazdo przekracza 10 proc. płaconej przez ubezpieczającego składki), to można zadać pytanie o celowość korzystania przez notariuszy z usług takiego pośrednika. Co prawda profesjonalny broker nie tylko wspomaga ubezpieczającego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, ale także negocjuje dogodne dla niego warunki oraz dba o „niezawyżoną” kalkulację składek, znajdującą odzwierciedlenie w rzeczywistym tzw. przebiegu szkodowym w danym ubezpieczeniu całej grupy ryzyka, ale trudno zaprzeczyć, że jednocześnie usługa taka powoduje wzrost kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Dlatego w środowisku notarialnym w ostatnim okresie pojawiają się głosy, aby zrezygnować z pośrednictwa brokera ubezpieczeniowego, co zasługuje na aprobatę i to nie tylko z powodu potrzeby obniżenia kosztu ubezpieczenia.

Obecnie funkcjonujący model ubezpieczenia OC notariuszy w komercyjnych zakładach ubezpieczeń wywołuje poważne zastrzeżenia (płynące głównie ze środowiska notariuszy) albowiem techniczny wynik tego ubezpieczenia jest – jak się wydaje – niewłaściwie skalkulowany i co za tym idzie – wysoce niekorzystny dla ubezpieczonych notariuszy. Szacunkowe dane na temat tzw. wskaźnika szkodowości (stosunek płaconych składek w roku obrotowym do sumy wypłacanych odszkodowań z tytułu tego ubezpieczenia) dowodzą, że płacone składki w i e l o k r o t n i e przewyższają wielkości wypłacanych odszkodowań i jest to dysproporcja r a ż ą c a<sup>20</sup>. Ponieważ stan ten utrzymuje się w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC notariuszy od szeregu lat, środowisko zawodowe notariuszy zainteresowane jest w poszukiwaniu bardziej korzystnych rozwiązań w zakresie funkcjonowania omawianego ubezpieczenia.

Należy także podkreślić, że zasygnalizowany wynik techniczny (rażąco niekorzystny dla ubezpieczonych) nie jest jedynym mankamentem w funkcjonowaniu ubezpieczenia OC notariuszy na zasadach komercyjnych. Zastrzeżenia budzą także stosowane przez zakłady ubezpieczeń warunki tego ubezpieczenia (tzw. OWU), które nie są należycie dostosowane ani do specyfiki ryzyka odpowiedzialności cywilnej notariuszy, ani też nie zapewniają temu zawodowi należytej (dostatecznie szerokiej) ochrony ubezpieczeniowej<sup>21</sup>.

19. Szerzej zob. E. Kowalewski, *Wynagrodzenie brokera ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2008 nr 2, ss. 3-15.

20. Bardzo interesujące są w tej kwestii dane dotyczące tzw. szkodowości ubezpieczenia OC notariuszy podane przez M. Kolańskińskiego, *op. cit.*, ss. 254-255. Autor ten m.in. stwierdza: „... na każdą złotówkę wypłaconą przez ubezpieczyciela jako odszkodowanie, przypadło w 2001 r. 8,38 zł., a w 2002 r. – 7,78 zł. wpłaconych przez notariuszy tytułem składek” (zob. przypis 474 na s. 255). Jednocześnie autor zwraca uwagę, że od roku 2004 ubezpieczyciele drastycznie podnieśli składki (prawie o 90 proc.).

21. Szczególnie znamienne jest pozbawienie notariuszy ochrony w przypadku umyślnego bądź rażąco niedbałego wyrządzenia szkody (por. art. 11 ust. 2-3 ust. ubezp. obow.). Zastrzeżenie budzi też zasada, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje jedynie szkody będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, tzw. *trigger act committed*

W tym stanie rzeczy poszukiwanie nowej formuły organizacyjnoprawnej tego ubezpieczenia przez środowisko zawodowe notariuszy wydaje się być ze wszech miar uzasadnione.

### III. MOŻLIWE WARIANTY NOWYCH ROZWIĄZAŃ

#### 1. WARIANT I : POWOŁANIE TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH NOTARIUSZY

Już *prima facie* wydaje się, że „zorganizowanie” obowiązkowego ubezpieczenia OC notariuszy na zasadzie ubezpieczenia w z a j e m n e g o wydaje się być rozwiązaniem lepszym od dotychczasowego. Wynika to ze specyfiki towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (TUV) odróżniającej ich funkcjonowanie od ubezpieczeniowych spółek akcyjnych<sup>22</sup>. Przede wszystkim odmienny jest c e l działania tych dwóch form organizacyjno-prawnych prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, w odróżnieniu od spółki akcyjnej, jest podmiotem nienastawionym na zysk, lecz na zaspokajanie potrzeb swoich członków na ochronę ubezpieczeniową (*non profit*). Stąd ustawodawca posługuje się w odniesieniu do TUV-ów pojęciem „nadwyżki bilansowej” (rocznej) w przypadku wystąpienia nadwyżki przychodów nad wydatkami. Nie występuje tu kategoria z y s k u jako wypracowanej i który jest celem ubezpieczeniowej spółki akcyjnej. Owa nadwyżka bilansowa w TUV nie może być także „pobierana” w formie ewentualnego wynagrodzenia przez osoby wnoszące kapitał (udział) do TUV. Nie ma także możliwości zwracania z kapitału zakładowego udziałów własnych członkom, którzy takie udziały wnieśli<sup>23</sup>.

Z powyższego wynika, że beneficjentami nadwyżki bilansowej wypracowanej w danym roku obrotowym przez TUV są ubezpieczeni członkowie, którzy – jeśli statut tak stanowi – otrzymują w takim przypadku odpowiednie z w r o t y zapłaconych składek. Oczywiście zasada powyższa (zwana zasadą wzajemności), może także działać na niekorzyść ubezpieczonych-członków TUV. Jeśli mianowicie dany TUV odnotuje w danym roku obrotowym stratę bilansową, ubezpieczeni członkowie mogą być zobligowani (jeśli tak stanowi statut) do wnoszenia odpowiednich d o p ł a t do składek.

Z poczynionych uwag na temat istoty ubezpieczenia wzajemnego prowadzonego w ramach TUV (z konieczności bardzo rudymenarnych) wynika jedna ważna konkluzja. Mianowicie, wydaje się to być bardziej efektywną i adekwatną formułą w zakresie organizacji ubezpieczeń OC notariuszy od formuły dotychczasowej (tj. w komercyjnych zakładach ubezpieczeń). Największą zaletą tego rozwiązania powinno być p o t a n i e n i e ochrony ubezpieczeniowej poprzez dostosowanie wysokości płaconych składek do rzeczywistego tzw. przebiegu szkodowego. W tej formule prawnoorganizacyjnej nie

---

(art. 9a ust. ubezp. obow.). Zob. szerzej- E. Kowalewski, *Koncepcja „triggerów” na tle znolizowanego art. 822 k. c.*, „Prawo Asekuracyjne” 2003 nr 4, ss. 13-20.

22. Zob. przepisy art. 38-91 ustawy z dn. 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66); zwana dalej „ust. o dział. ub.”).

23. Co do szczegółów zob. E. Kowalewski, T. Sangowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Warszawa 2004, ss. 93-101 oraz E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz-Toruń 2006, ss. 166-167.

będzie już możliwa sytuacja (występująca w tej chwili), że suma składek płaconych przez środowisko ubezpieczonych notariuszy będzie w i e l o k r o t n i e wyższa od sumy wypłacanych z tytułu tego ubezpieczenia odszkodowań przez ubezpieczyciela komercyjnego.

Jednakowoż wdrożenie przedstawionego w tym punkcie rozwiązania ma także swoje „mankamenty” z punktu widzenia zainteresowanego środowiska notarialnego. Wymienię w tym miejscu jedynie najważniejsze:

1. Konieczne jest powołanie (założenie) nowego T UW-u dla prowadzenia ubezpieczeń OC notariuszy (grupa 13 działu drugiego Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Przejęcie bowiem prowadzenia tych ubezpieczeń przez działające już T UW REJENT LIFE nie jest prawnie m o ż l i w e<sup>24</sup>.

2. Procedura związana z powołaniem T UW-u i uzyskaniem zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej jest stosunkowo złożona, sformalizowana i wymaga spełnienia przez członków-założycieli szeregu warunków, przedłożenia licznych dokumentów oraz załączników (nie mówiąc o konieczności posiadania prawnie wymaganego kapitału początkowego, o czym w punkcie następnym). Do wniosku o udzielenie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej przez T UW należy między innymi dołączyć: plan działalności towarzystwa, projekt statutu, projekty OWU w zakresie ryzyk objętych wnioskiem oraz szereg innych dokumentów, sprawozdań, not i oświadczeń określonych przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej<sup>25</sup>.

3. Najistotniejszy warunek związany z utworzeniem T UW-u dotyczy wymaganego kapitału zakładowego, który nie może być niższy niż najwyższa wysokość minimalnego kapitału gwarancyjnego, wymaganego dla grup ubezpieczeń, w zakresie których towarzystwo ubiega się o zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Kapitał ten musi być pokryty w całości wkładem pieniężnym w terminie 30 dni od dnia zarejestrowania towarzystwa. Środki pieniężne na pokrycie kapitału zakładowego nie mogą pochodzić z zaciągniętego kredytu, pożyczek ani nie mogą być obciążone prawami osób trzecich (zob. art. 46 ust. 1-2 ustawy o dział. ubezpieczeniowej).

Wysokość minimalnego kapitału gwarancyjnego dla poszczególnych działów i grup ubezpieczeń określa rozp. Ministra Finansów z dn. 28.11.2003 r. w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń<sup>26</sup>.

W interesującym przypadku, tzn. dla towarzystwa zamierzającego prowadzić obowiązkowe ubezpieczenie OC notariuszy (dział I grupa 13 Załącznika) minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego została określona na poziomie 75 proc. od kwoty 3 mln euro<sup>27</sup>.

24. Por. przepis art. 8 ust. 1 ust. o dział. ub. Przepis ten wprowadza zakaz prowadzenia przez jeden zakład ubezpieczeń ubezpieczeń na życie i pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz majątkowych określonych w dziale II Załącznika do ust. o dział. ub.

25. Co do szczegółów: E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, s. 162 i nast.

26. Dz. U. Nr 211, poz. 2060, zmienione rozp. Ministra Finansów z dn. 2.10.2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń (Dz. U. Nr 172, poz. 1337 oraz Dz. U. Nr 226, poz. 1822).

27. Zob. § 9 pkt. 2.b. w zw. z § 2 ust. 1 rozporządzenia (przypis 25).

4. Z punktu poprzedzającego wynika, że członkowie założyciele TUV-u dla prowadzenia ubezpieczenia OC notariuszy muszą wykazać się posiadaniem kapitału zakładowego na poziomie nieco ponad 2 mln euro (75 proc. od 3 mln). W rzeczywistości jednak może chodzić o środki własne towarzystwa w kwocie znacznie wyższej, a to z uwagi na art. 146 ustawy działalności ubezpieczeniowej<sup>28</sup>.

Sposób wyliczenia marginesu wypłacalności dla poszczególnych działów i grup ubezpieczeń uregulowany jest w załącznikach 1-3 do powołanego już rozp. Min. Fin. z dn. 28.11.2003 r. Wymóg powyższy nie obowiązuje jedynie w odniesieniu do tzw. małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

## **2. WARIANT II : POWOŁANIE MAŁEGO TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH DLA NOTARIUSZY**

Polskie prawo ubezpieczeniowe przewiduje instytucję tzw. małego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych<sup>29</sup> (zwanego dalej „MTUW”). Chodzi o towarzystwo posiadające ograniczony zakres działalności ze względu na małą liczbę członków oraz niewielką liczbę lub niskie sumy zawieranych umów ubezpieczenia albo niewielki terytorialny zasięg działalności. Uznanie danego towarzystwa za „małe” następuje w drodze decyzji organu nadzoru (KNF). Takie uznanie obwarowane jest jednak trzema warunkami określonymi ustawowo<sup>30</sup>. Bardzo istotny jest warunek „limitu kwotowego” dla rocznego przypisu składki; nie może on przekraczać 5 mln euro<sup>31</sup>.

Wydaje się, że dla rozważanego towarzystwa, mającego prowadzić ubezpieczenia OC notariuszy, wymienione przesłanki byłyby spełnione, w szczególności co do „limitu kwotowego” składek<sup>32</sup>.

Jakie zalety miałyby powołanie MTUW-u dla prowadzenia ubezpieczeń OC notariuszy? Można jako najistotniejsze wymienić następujące:

1. towarzystwa nie obowiązuje wymóg, że kapitał zakładowy nie może być niższy od najwyższej wysokości minimalnego kapitału gwarancyjnego dla danej grupy (grup) ubezpieczeń<sup>33</sup>;

---

28. „Zakład ubezpieczeń jest obowiązany posiadać środki własne w wysokości nie niższej niż margines wypłacalności i nie niższej niż minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego”.

29. Zob. art. 43 ust. o dział. ub.

30. Są one następujące: towarzystwo może ubezpieczać jedynie swoich członków, członkami towarzystwa jest zdefiniowany w statucie krąg podmiotów oraz roczny przypis składki nie może przekraczać równowartości 5 mln euro.

31. Szacunkowa wysokość rocznej składki płacona obecnie przez wszystkich notariuszy z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC wynosi ponad 6 mln zł. Oznaczałoby to, że do ustawowego limitu zastrzeżonego dla MTUW pozostaje jeszcze znaczna „rezerwa”. Jest to istotne albowiem – z dniem przekroczenia zastrzeżonego limitu 5 mln euro – towarzystwo z mocy ustawy staje się „zwykłym” TUV-em, ze wszystkimi tego konsekwencjami (art. 43 ust.7 ust. o dział. ubezp.).

32. Co do pozostałych kryteriów (ograniczony zakres działalności, niewielka liczba członków, niskie sumy ubezpieczenia) powstają już jednak poważne wątpliwości. W przypadku ubezpieczenia wszystkich notariuszy, trudno byłoby mówić o ograniczonym zasięgu działania towarzystwa, zwłaszcza w aspekcie terytorialnym i liczbowym. Ponadto wymagana tzw. minimalna suma gwarancyjna w obowiązkowym ubezpieczeniu OC notariuszy (50 tys. euro) również budzi wątpliwości ocenne.

33. Zob. art. 43 ust. 4 w zw. z art. 46 ust. 1-10 ust o dział. ub. Kwoty bazowe, określające minimalny kapitał gwarancyjny dla poszczególnych działów grup ubezpieczeń zostały określone

2. towarzystwo nie ma obowiązku tworzenia kapitału zapasowego<sup>34</sup>;
3. towarzystwo nie musi posiadać środków własnych w wysokości nie niższej niż margines wypłacalności<sup>35</sup>.

Z przedstawionych uwag wynika, że powołanie dla potrzeb prowadzenia ubezpieczeń OC notariuszy MTUW-u jest rozwiązaniem godnym rozważenia z uwagi choćby na wysoce zliberalizowane warunki finansowe (brak konieczności zgromadzenia i opłacenia stosunkowo wysokiego kapitału zakładowego)<sup>36</sup>. Trzeba jednak mocno podkreślić, że decyzja organu nadzoru o uznaniu towarzystwa za „małe” jest obciążona dużym ryzykiem i e p e w n o ś c i, a to choćby z uwagi na wysoce uznaniowe (by nie powiedzieć – dowolne) kryteria, którymi będzie się w tym względzie kierować ten organ (ograniczony zasięg działalności, mała liczba członków, niskie sumy ubezpieczenia, niewielki terytorialny zasięg działalności).

### 3. Wariant III: utworzenie związku wzajemności członkowskiej notariuszy

Polskie prawo przewiduje możliwość tworzenia tzw. związków wzajemności członkowskiej w ramach działającego już towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Utworzenie takiego związku wzajemności bywa w literaturze określane jako „TUV w TUV-ie”<sup>37</sup>. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej nie przewiduje żadnych ograniczeń formalno-prawnych w tym zakresie. Jedynym warunkiem dopuszczalności utworzenia związku wzajemności w danym TUV-ie jest to, aby s t a t u t taką możliwość przewidywał<sup>38</sup>. Jak się tworzy związek wzajemności? Formalności są bardzo zliberalizowane, a ustawa o działalności ubezpieczeniowej ich nie określa, pozostawiając tę kwestię do uregulowań statutowych.

Podstawą utworzenia związku jest umowa c y w i l n o p r a w n a zawierana między związkiem reprezentowanym przez pełnomocników a TUV-em, reprezentowa-

---

w rozp. MF z dn. 28.11.2003 r. wymienionego w przypisie 25. Minimalna wysokość wskazanego kapitału gwarancyjnego dla ubezpieczeń z działu I grupa 13 załącznika do ust. o dział. ub. (w tej grupie plasuje się ubezpieczenie OC notariuszy) wynosi 3 mln euro (w przypadku zakładu ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej) oraz 75 proc. tej wielkości w przypadku TUV-u.

34. TUV niemający cechy „małego” towarzystwa ma obowiązek tworzenia kapitału zapasowego według zasad określonych w art. 396 Kodeksu spółek handlowych (por. art. 45 ust. 1 w zw. z art. 43 ust. 4 ust. o dział. ub.).

35. W tym zakresie nie ma zastosowania art. 146 ust. 1 ust. o dział. ub.

36. Tym bardziej, że z dniem 1.01.2010 r. został uchylony § 10 rozp. MF z dn. 28.11.2003 r. (zob. przypis 25), który do tej pory niejako podważał celowość takiego przedsięwzięcia albowiem wyłączał on w odniesieniu do MTUW-ów prowadzących działalność w dziale II grupa 13 załącznika do ust. o dział. ub. możliwość zwolnienia z rygorów „wysokościowych” obligatoryjnych środków własnych określonych w art. 146 ust. 1 ust. o dział. ub.

W obecnym stanie prawnym należałoby przyjąć, że minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego oraz wysokość marginesu wypłacalności dla wszystkich MTUW-ów wynosi „zero” (skoro art. 43 ust. 4 ust. o dział. ub. *verba legis* uchyla wobec małego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych stosowanie art. 146 ust. 1)

Szerzej – E. Kowalewski, T. Sangowski *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, *op.cit.*, ss. 96-97

37. Zob. E. Kowalewski, T. Sangowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, *op. cit.* s. 95.

38. Art. 42 ust. o dział. ub.

nym przez jego zarząd. Umowa taka podlega z reguły zatwierdzeniu przez radę nadzorczą towarzystwa.

Członkiem związku może zostać osoba (podmiot), która przystąpiła do umowy o utworzeniu związku wzajemności członkowskiej oraz zawarła z towarzystwem umowę ubezpieczenia. Organizację i funkcjonowanie związku wzajemności oraz zasady rozliczeń (także w zakresie rozliczania kosztów ogólnych T UW) określa umowa o utworzeniu związku wzajemności członkowskiej<sup>39</sup>.

Jakie są zalety tworzenia związków wzajemności w działającym już towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych?

Wymieńmy najistotniejsze:

1. zainteresowani (przyszli ubezpieczający) omijają żmudną, skomplikowaną i kosztowną procedurę związaną z utworzeniem „własnego” towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Oznacza to zarazem, że nie muszą zgromadzić kapitału zakładowego w przewidzianej ustawowo wysokości dla „nowo powołanego” towarzystwa. Wystarczy zawarcie umowy cywilnoprawnej z istniejącym już T UW-em oraz umowy ubezpieczenia,

2. wszyscy członkowie związku wzajemności uzyskują status członków danego T UW-u z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia z towarzystwem,

3. związek wzajemności stanowi a u t o n o m i c z n ą grupę (związek ryzyka), która funkcjonuje na zasadzie pełnego rozrachunku (samodzielności finansowej co do kosztów ubezpieczenia objętego umową o utworzenie związku). Nie występuje więc niebezpieczeństwo „alimentowania” innych związków wzajemności ani też innych rodzajów czy grup ubezpieczeń prowadzonych przez dany T UW.

Członkostwo w związku wzajemności nie musi wiązać się z objęciem (pokryciem) udziałów w kapitale zakładowym towarzystwa lub jego kapitale udziałowym. Wówczas członek związku wzajemności staje się „zwykłym członkiem” towarzystwa z chwilą zawarcia z nim umowy ubezpieczenia opartej na zasadzie wzajemności. Takie członkostwo nie daje z reguły (inaczej może stanowić statut danego T UW-u) prawa uczestniczenia w Walnym Zgromadzeniu towarzystwa. Ma to ten mankament, że tacy członkowie nie mają w zasadzie wpływu na działalność T UW-u ani na kierunki jego polityki ubezpieczeniowej. Dlatego znacznie dogodniejszą formułą uczestnictwa w związku wzajemności jest członkostwo połączone z o b j ę c i e m i pokryciem udziałów w kapitale zakładowym lub udziałowym towarzystwa. Takie kwalifikowane członkostwo zapewnia realny wpływ na działalność danego T UW-u oraz na jego politykę ubezpieczeniową (prawo uczestnictwa w Walnym Zgromadzeniu towarzystwa oraz korzystanie z wszystkich innych statutowych prerogatyw przysługujących członkom towarzystwa mających u d z i a ł y członkowskie). Wydaje się, iż taka formuła byłaby optymalna dla potrzeb „uruchomienia” ubezpieczeń OC notariuszy.

---

39. Szerzej – B. Kocięcka, *Związki wzajemności członkowskiej*, w: *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie ubezpieczeń (stan i perspektywy)*, red. T. Sangowski, Poznań 2001, ss. 134-145.

## Podsumowanie

1. Z punktu widzenia potrzeb i oczekiwań środowiska zawodowego notariuszy w zakresie optymalizacji warunków obowiązkowego ubezpieczenia OC najlepszym rozwiązaniem wydaje się być zawarcie umowy o utworzenie związku wzajemności członkowskiej w ramach działającego już towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (wariant III).

2. Formuła związku wzajemności członkowskiej pozwoliłaby całemu środowisku notariuszy (bądź prawie całemu) na aktywne uczestnictwo w strukturach związku, co z kolei umożliwiłoby praktyczną i rzeczywistą realizację zasady wzajemności<sup>40</sup>, a co za tym idzie racjonalne zarządzanie ryzykiem.

3. W zależności od rzeczywistego przebiegu szkodowości w całej grupie ryzyka, funkcjonowałyby dopłaty do składek bądź ich zwroty według ustalonych w umowie o utworzenie takiego związku zasad.

4. Środowisko notariuszy uzyskałoby rzeczywisty wpływ na wszystkie kwestie związane z warunkami ochrony ubezpieczeniowej oraz obsługą ubezpieczeń.

5. Współpraca miałaby charakter wieloletni i pozwalała na rezygnację z udziału pośredników ubezpieczeniowych (brokerów), co miałoby przełożenie na koszt ochrony ubezpieczeniowej. Umożliwiłoby to również minimalizację tzw. kosztów administracyjnych związanych z obsługą ubezpieczeniową.

6. Formuła związku wzajemności członkowskiej umożliwiłaby objęcie ochroną także innych (poza ubezpieczeniem OC) ryzyk, ubezpieczanych dotychczas w zakładach komercyjnych (np. mienie, odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym, ryzyka osobowe).

7. Przedsięwzięcie nie wymagałoby zgromadzenia (opłacenia) kapitału akcyjnego czy zakładowego ani posiadania środków własnych odpowiadającym minimalnemu kapitałowi gwarancyjnemu i marginesowi wypłacalności.

## Wykaz źródeł:

Gulis K., *Przymus ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej notariusza*, „Prawo Asekuracyjne” 2006 nr 4.

Hartung H., *Die allgemeine Haftpflichtversicherung. Deckungsbereich und Grenzen*, Berlin 1957.

Kocięcka B., *Związki wzajemności członkowskiej*, w: *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie ubezpieczeń (stan i perspektywy)*, red. T. Sangowski, Poznań 2001.

Kolasiński M., *Odpowiedzialność cywilna notariusza*, Toruń 2005.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Bydgoszcz 1992.

---

40. Co do istoty tej zasady zob. E. Kowalewski, *Istota ubezpieczeniowej zasady – jej istota i konsekwencje prawne*, „Prawo Asekuracyjne” 1998 nr 1, s. 18 i n.

Kowalewski E., *Dylematy prawa ubezpieczeń obowiązkowych a kodeks ubezpieczeń* (w:) „Studia Iuridica Toruniensia”, T. VII, Toruń 2010.

Kowalewski E., *Wynagrodzenie brokera ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2008 nr 2.

Kowalewski E., *Koncepcja „triggerów” na tle znowelizowanego art. 822 k. c.*, „Prawo Asekuracyjne” 2003 nr 4.

Kowalewski E., Sangowski T., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Warszawa 2004

E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz-Toruń 2006.

Kowalewski E., *Istota ubezpieczeniowej zasady – jej istota i konsekwencje prawne*, „Prawo Asekuracyjne” 1998 nr 1.

Lewaszkiewicz-Petrykowska B., *Uwagi o zasadach rządzących cywilną odpowiedzialnością notariusza*, „Przeгляд Sądowy”, 1995, nr 2.

Wąsiewicz A., *Odpowiedzialność cywilna notariusza i jej ubezpieczenie* (w:) *Księga Pamiątkowa. Pierwszy Kongres Notariuszy R.P.*, red. A. Oleszko, R. Szytk, Poznań-Kluczbork 1993.

## **Third party liability insurance of the notary – proposals of new solutions – SUMMARY**

*TPL insurance of the notary belongs to the category of compulsory insurance. At the moment, in this respect notaries use protection provided by a commercial insurance company: currently it is PZU SA. This solution results in various objections which have been raised by notaries for many years. The most important ones concern very unfavourable so-called claim history, since – according to the statistical data available – the total premium paid on this account exceeds several times the global amount of claims paid. Furthermore, insured notaries obtain protection whose scope does not reflect their actual needs and interests (e.g. lack of protection in the case of losses resulting from insured's deliberate fault or gross negligence). In such a situation, pondering over new organisational and legal solutions with regard to the issue in question seems to be justified. What is taken into account in particular is establishment of a mutual insurance company of notaries (TUW) or establishing as part of one of the TUWs operating on the Polish market a so-called membership mutuality association of notaries.*

*The latter seems to be – according to the author – an appropriate idea which can be implemented relatively fast and „cheap”.*

**Prof. zw. dr hab. EUGENIUSZ KOWALEWSKI** – jest kierownikiem Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego oraz kierownikiem Zakładu Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu.

Recenzenci: dr Dariusz Fuchs, dr Władysław Wojciech Mogiński.



**MACIEJ RAPKIEWICZ**

## Składka zaległa i regres ubezpieczeniowy – cechy wspólne oraz różnice

*W artykule podjęto próbę uporządkowania najważniejszych zagadnień związanych z dwoma podstawowymi kategoriami długów wynikających ze stosunku ubezpieczenia, czyli składki zaległej oraz regresu ubezpieczeniowego. Obie instytucje posiadają duże znaczenie w działalności zakładów ubezpieczeń, a w przypadku gdy ich windykacja prowadzona jest przez zakład ubezpieczeń lub w jego imieniu i na jego rzecz, stanowi czynność ubezpieczeniową. Ponadto w artykule zawarto podstawowe definicje związane ze składką zaległą oraz regresem, jak również wskazano łączące je cechy wspólne, uzasadniające traktowanie jako jednej kategorii – wierzytelności ubezpieczeniowych. Zostały również przedstawione istotne odrębności pomiędzy oboma tytułami dłużnymi.*

### **Wprowadzenie**

Zakład ubezpieczeń, może (podobnie jak każdy podmiot prowadzący działalność gospodarczą) mieć problemy z wysokością należnych długów oraz ich dochodzeniem. Co więcej, dochodzenie i zarządzanie długami, jak również inne zagadnienia związane z gospodarką finansami zakładu ubezpieczeń, zaliczane są do kluczowych w działalności ubezpieczeniowej, ponieważ zakłady ubezpieczeń bardziej niż inni przedsiębiorcy mogą być narażeni na ryzyko niewypłacalności, a jej ewentualne skutki są dotkliwiej odczuwalne dla klientów i rynku<sup>1</sup>. Wyrazem formalnego odzwierciedlenia znaczenia wskazanego obszaru stało się zakwalifikowanie, na podstawie art. 3 ust. 4 pkt 5 lit a ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 roku<sup>2</sup>, prowadzenia postępowań regresowych oraz postępowań windykacyjnych związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia i umów gwarancji ubezpieczeniowych do czynności ubezpieczeniowych. Charakter czynności ubezpieczeniowych zachowany jest także, gdy są one prowadzone na zlecenie zakładów ubezpieczeń, w imieniu zakładu i na jego rzecz,

- 
1. J. Lisowski, *Specyfika należności w działalności ubezpieczeniowej*, w: *Ubezpieczenia*, red. naukowa Stanisław Wieteska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2006, s. 132.
  2. Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z 2003r., z późn. zm.

przez podmioty zewnętrzne<sup>3</sup>. Do czynności ubezpieczeniowych zaliczone zatem zostały postępowania windykacyjne, których przedmiot stanowią regresy ubezpieczeniowe bądź nieopłacona w terminie składka (zwana zaległą), wynikająca z umowy ubezpieczenia.

Tym samym regresy ubezpieczeniowe oraz zaległa składka stanowią kategorie charakterystyczne dla ubezpieczeń gospodarczych o istotnym znaczeniu w działalności ubezpieczeniowej, które znajdują odzwierciedlenie w liczbach. Na koniec roku 2009 należności netto od ubezpieczających z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich (czyli faktycznie ze składki zaległej) przekraczały 3,7 mld zł (z czego ponad 3,25 mld przypadało na zakłady działu II), natomiast oszacowana w bilansach zagregowana wartość regresów (wraz z odzyskami) to ponad 286 mln zł<sup>4</sup>. Natomiast w całym roku 2009 wpływy zakładów ubezpieczeń z tytułu regresów przekroczyły (wraz z odzyskami i zwrotami odszkodowań, stanowiącymi niewielki udział w sumie) 350 mln zł<sup>5</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie podstawowych definicji związanych z obiema kategoriami, wskazanie cech wspólnych, a także wspólnej nazwy. Analizie poddano również odrębności pomiędzy regresami i składką zaległą. W analizie wykorzystano literaturę dotyczącą przedmiotowego zagadnienia. Szczegółowo przeanalizowano także obowiązujące przepisy dotyczące obu kategorii, jak również dane liczbowe wynikające ze sprawozdań zakładów, w tym zagregowane, publikowane przez Komisję Nadzoru Finansowego.

## 1. Pojęcia związane z postępowaniami windykacyjnymi

Analizę obu kategorii powiązanych z windykacją ubezpieczeniową należy rozpocząć od ich definicji. Zaczniemy od składki ubezpieczeniowej, którą to instytucję należy wyjaśnić zanim omówiona zostanie składka zaległa. Składka ubezpieczeniowa z ekonomiczno-finansowej perspektywy jest udziałem ubezpieczającego w tworzeniu funduszu, służącemu zakładowi ubezpieczeń do pokrycia należnych odszkodowań lub świadczeń oraz innych wydatków związanych z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej<sup>6</sup>. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą i wzajemną<sup>7</sup>, a właśnie zapłata składki ubezpieczeniowej stanowi podstawowy obowiązek ubezpieczającego wynikający z tej umowy<sup>8</sup>. Składka jest zatem świadczeniem ponoszonym przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczyciela w zamian za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej<sup>9</sup>. W przepisach, tj. §2 ust. 1 pkt 15 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów

---

3. *Ibidem*, art. 3 ust. 6.

4. Dane publikowane na stronie Komisji Nadzoru Finansowego, [www.knf.pl](http://www.knf.pl).

5. *Ibidem*.

6. T. Sangowski, *Gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń – Wybrane problemy*, Akademia Ekonomiczna, Poznań, s. 13.

7. Np. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Oficyna Branta, Bydgoszcz – Toruń 2002, s. 78; A. Chróścicki, *Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 20.

8. E. Kowalewski, *op. cit.*, s. 88.

9. A. Chróścicki, *op. cit.*, s. 25.

ubezpieczeń i zakładów reasekuracji<sup>10</sup> pojawia się definicja składki przypisanej, przez którą rozumie się kwoty składek należne w danym okresie sprawozdawczym niezależnie czy składka została opłacona (dla Działu I<sup>11</sup>, czyli ubezpieczeń na życie, a w przypadku umów działu II pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych, gdy długość okresu odpowiedzialności nie jest określona), lub kwoty składek należnych za cały okres odpowiedzialności z tytułu zawartych w okresie sprawozdawczym umów, niezależnie czy kwoty opłacono, o ile długość okresu odpowiedzialności jest określona (tylko dla umów z działu II).

Należy zwrócić uwagę, że definicja składki przypisanej zawiera określenie składki należnej i aby została uznana za taką musi upłynąć termin jej płatności, czyli roszczenie musi stać się wymagalnym. Wymagalność roszczenia oznacza zaktualizowanie się obowiązku świadczenia, a wierzyciel uzyskuje wtedy prawną możliwość żądania zaspokojenia przysługującej mu wierzytelności<sup>12</sup>. Natomiast w przypadku, gdy nie następuje wymagalność roszczenia, brak jest podstaw do wdrażania postępowania windykacyjnego. Zatem w sytuacji, gdy zakład udziela ochrony ubezpieczeniowej, a nie minął przesunięty termin płatności składki mimo braku zapłaty, nie występuje wymagalność, a zatem nie powstaje zaległość. Składka zaległa występuje zatem gdy zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej, upłyne termin płatności określony przez strony umowy ubezpieczenia lub wynikający z przepisów prawa.

Odroczenie płatności składki, jak i rozłożenie składki na raty, stanowią rezultat konsensusu pomiędzy zakładem ubezpieczeń i ubezpieczającym. Wyjątek od tej zasady, w postaci automatycznego wznowienia umowy, omówiony został w dalszej części artykułu. Przedstawiona zasada została uregulowana przepisami. Zgodnie z art. 814 § 1 kodeksu cywilnego, zakład ubezpieczeń rozpoczyna udzielanie ochrony od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Wskazany przepis nie ma charakteru bezwzględnie obowiązującego, czyli ubezpieczyciel może udzielać ochrony jeszcze przed terminem zapłaty składki lub jej pierwszej raty. W takiej sytuacji wystąpi kredyt kupiecki, polegający na udzielaniu przez zakład ochrony ubezpieczeniowej, bez otrzymania świadczenia ekwiwalentnego (czyli zapłaty składki), którego termin zostaje przesunięty. Działanie takie spełnia przesłanki umowy zdefiniowanej przepisami art. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim<sup>13</sup>. W myśl niniejszych przepisów, kredyt konsumencki jest to umowa, na mocy której przedsiębiorca (kredytodawca) w zakresie swojej działalności udziela lub daje przyrzeczenie udzielenia drugiej stronie (konsumentowi) kredytu w jakiegokolwiek postaci, w tym m.in. odroczenia terminu spełnienia świadczenia pieniężnego, na mocy którego świadczenie pieniężne konsumenta ma zostać spełnione później niż świadczenie kredytodawcy. Zatem przesunięcie terminu płatności składki, jak również rozłożenie jej płatności na raty, stanowi umowę o kredycie konsumenckim.

10. Dz. U. Nr 226, poz. 1825 z roku 2009.

11. Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z 2003r., z późn. zm., działy zgodne z załącznikiem.

12. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – Część ogólna*, CH Beck, 2005, Wyd. 6, str. 724.

13. Dz. U. Nr 100, poz. 1081 z roku 2001.

Drugą kategorię długów typowo ubezpieczeniowych stanowią regresy ubezpieczeniowe. W znaczeniu prawnym regres ubezpieczeniowy oznacza uprawnienie zakładu ubezpieczeń do roszczenia, jakie przysługuje ubezpieczającemu lub innej osobie, której wypłacono odszkodowanie ubezpieczeniowe, od osoby odpowiedzialnej za szkodę<sup>14</sup>. Natomiast w ujęciu ekonomicznym, regres ubezpieczeniowy to urządzenie społeczno-gospodarcze regulujące powstałe już zakłócenia w formie ujemnych skutków majątkowych, którego celem jest nie tylko prewencyjne oddziaływanie lecz również poprzez sprzężenie zwrotne, zmniejszenie wydatków ubezpieczyciela na pokrycie szkód objętych ochroną ubezpieczeniową<sup>15</sup>. Obowiązuje podział regresu ubezpieczeniowego na typowe oraz szczególne (nietypowe)<sup>16</sup>. Główne różnice pomiędzy rodzajami regresu przedstawia poniższa Tabela nr 1.

Tabela nr 1. Regres typowy i nietypowy

Regres typowy	Regres nietypowy
– skierowany do osoby trzeciej (podmiotu stojącego poza stosunkiem ubezpieczenia),	– skierowany do podmiotów, które są stronami stosunku ubezpieczenia,
– występuje w ubezpieczeniach mienia <sup>17</sup> ,	– występuje w ubezpieczeniach OC,
– podstawa prawna oparta na mechanizmie subrogacji.	– podstawę prawną stanowi przepis szczególny <sup>18</sup> .

Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając, że zarówno składka zaległa, jak i regres ubezpieczeniowy, stanowią przedmiot postępowań windykacyjnych będących czynnościami ubezpieczeniowymi, uzasadnionym wydaje się nadanie im jednej nazwy jako odrębnej kategorii. W literaturze spotyka się pogląd, w myśl którego obie instytucje nazywane są należnościami ubezpieczeniowymi<sup>19</sup>. Zastosowanie takiego pojęcia może jednak prowadzić do utożsamiania tej kategorii z należnościami ujętymi w bilansie zakładu ubezpieczeń, będącymi formą aktywów bieżących występujących w cyklu kapitału obrotowego<sup>20</sup>. Do należności w rozumieniu bilansowym w zakładach ubezpieczeń zaliczane są m.in. składki zaległe będące należnościami od ubezpieczających, choć wysokość tej kategorii nie jest równa składkom zaległym. Natomiast regresy ubezpieczeniowe klasyfikowane są po stronie pasywów (ze znakiem ujemnym). Uzasadnione zatem jest wskazanie innego

14. T. Sangowski, *Regres ubezpieczeniowy*, Warszawa 1977, s. 7.

15. *Ibidem*, s. 33.

16. Więcej na temat różnic regresu typowego oraz nietypowego (szczególnego), np. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Branta, Bydgoszcz-Toruń 2006, s. 343 i n.

17. Za takim poglądem przemawia umiejscowienie regulacji regresu typowego – art. 828 k.c. Przeciwny pogląd prezentuje E. Kowalewski, *op. cit.* w przypisie 14, s. 341, który uważa, że regres może również występować w obszarze ubezpieczeń osobowych.

18. Podstawę regresu nietypowego stanowią przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z roku 2003, z późn. zm.), art. 43 (dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów).

19. J. Lisowski, *Specyfika należności w działalności ubezpieczeniowej*, *op. cit.*, s. 136.

20. J. Czekaj, Z. Dresler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 45.

pojęcia niż należności, które obejmowałoby swoim zakresem zarówno zaległą składkę, jak i regres. W przypadku obu kategorii długów, występuje stosunek zobowiązaniowy, którego elementami są: podmiot uprawniony (wierzyciel), podmiot zobowiązany (dłużnik), przedmiot zobowiązania (świadczenie dłużnika) oraz treść zobowiązania (uprawnienia wierzyciela i odpowiadające im obowiązki dłużnika). Można zatem przyjąć, że z punktu widzenia finansów, zobowiązanie jest dla wierzyciela wierzytelnością, a dla drugiej strony – długiem<sup>21</sup>. Zatem uzasadnione wydaje się określenie, z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń, składki zaległej oraz regresu jako wierzytelności ubezpieczeniowych o charakterze pieniężnym i taka nazwa jest stosowana w niniejszym artykule. Zatem biorąc pod uwagę cechy podstawowych kategorii powiązanych z windykacją ubezpieczeniową, czyli składki zaległej oraz regresu ubezpieczeniowego, wierzytelność ubezpieczeniowa to uprawnienie zakładu ubezpieczeń o charakterze pieniężnym, wynikające ze stosunku ubezpieczenia gospodarczego, które może podlegać windykacji prowadzonej przez zakład ubezpieczeń bądź na jego zlecenie i w jego imieniu przez inny podmiot, a czynność taka jest traktowana jako posiadająca charakter ubezpieczeniowy. Natomiast w znaczeniu ekonomicznym, wierzytelność ubezpieczeniowa oznaczać będzie niewniesiony udział w funduszu ubezpieczeniowym służący pokryciu należnych odszkodowań lub świadczeń bądź zmniejszeniu już poniesionych z tych tytułów wydatków.

Używając pojęcia „wierzytelność ubezpieczeniowa”, należy jednak mieć na względzie, że jest ono stosowane również w innym znaczeniu, tj. jako podmiotowe prawo majątkowe ubezpieczającego o charakterze względnym, którego treścią jest roszczenie do ubezpieczyciela o spełnienie określonego w umowie świadczenia pieniężnego<sup>22</sup>.

## 2. Cechy wspólne wierzytelności ubezpieczeniowych

Podstawową cechą wspólną składki zaległej i regresu ubezpieczeniowego jest podmiot wierzyciela, którym jest zawsze zakład ubezpieczeń. Należy jednak pamiętać, że składka zaległa może powstawać zarówno w zakładach ubezpieczeń na życie, jak i *non-life*, natomiast wierzycielem z tytułu regresu mogą być tylko zakłady Działu II.

Zarówno składka zaległa, jak i regres ubezpieczeniowy, mają charakter pieniężny, tj. przedmiot świadczenia stanowi kwota wyrażona w pieniądzu. Obie instytucje różnią się zatem od odzysku, czyli prawa własności zakładu ubezpieczeń do majątku przejmowanego w zamian za wypłacone odszkodowanie jako wierzytelności o charakterze rzeczowym. Z punktu widzenia praktycznego, charakter pieniężny wierzytelności implikuje inne działania windykacyjne niż w przypadku windykacji rzeczy. Charakter pieniężny regresów i składek sprawia, że do prowadzenia postępowań windykacyjnych w obu kategoriach, zakłady posiadają się identycznymi lub bardzo zbliżonymi rozwiązaniami i procedurami.

Ponadto obie wskazane kategorie wierzytelności ubezpieczeniowych powiązane są ściśle ze stosunkiem ubezpieczenia. Dłużnikiem zakładu jest ubezpieczający bądź osoba

21. K. Adamowicz, *Bezpieczna windykacja należności terminowych*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2007, s. 38.

22. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, op. cit., s. 224.

trzecia (w przypadku regresu typowego), ale i w tym drugim przypadku dług stanowi konsekwencję wypłaty odszkodowania ubezpieczeniowego. Tym samym osobą, przeciwko której toczy się postępowanie windykacyjne o wierzytelność ubezpieczeniową, może być ubezpieczający, ubezpieczony bądź osoba trzecia, która ponosi odpowiedzialność za wyrządzenie szkody ubezpieczonemu. Podmiotem, od którego dochodzona jest wierzytelność ubezpieczeniowa, może być także inny zakład ubezpieczeń, czyli ten w którym osoba odpowiedzialna za wyrządzenie szkody (w przypadku regresu typowego) zawarła umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Również i w takiej sytuacji źródłem długu jest stosunek ubezpieczeniowy. Tym samym do wierzytelności typowo ubezpieczeniowych nie zalicza się należności wobec pośredników ubezpieczeniowych lub gdy dłużnikami są podmioty nie związane bezpośrednio z działalnością ubezpieczeniową (np. należności z tytułu najmu), choćby dług miał charakter pieniężny.

Zaliczenie dochodzenia obu kategorii do czynności ubezpieczeniowych powoduje konsekwencje podatkowe. Zgodnie z załącznikiem nr 4 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług<sup>23</sup>, usługi świadczone przez zakłady ubezpieczeń w rozumieniu przepisów o działalności ubezpieczeniowej oraz świadczone przez podmioty działające w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń nie podlegają podatkowi VAT. *A contrario*, gdy dług w postaci składki zaległej bądź regresu został przez zakład ubezpieczeń przeniesiony na inny podmiot, który w postępowaniu windykacyjnym nie będzie występować w imieniu zakładu (np. sprzedaż wierzytelności), zwolnienie z podatku VAT nie ma zastosowania.

Zarządzanie wierzytelnościami ubezpieczeniowymi może mieć wpływ na wynik finansowy zakładu ubezpieczeń, a także niektóre wskaźniki istotne z punktu widzenia oceny sytuacji finansowej. W przypadku regresów, wartość otrzymanej przez zakład wierzytelności, pomniejsza wysokość wypłaconych odszkodowań i świadczeń<sup>24</sup>, zatem regresy rozliczane są na zasadzie kasowej. Skuteczne dochodzenie regresów prowadzi zatem do poprawy wyniku technicznego z działalności ubezpieczeniowej oraz wyniku finansowego. Składka natomiast rozliczana jest na zasadzie memoriałowej, a przypis ujmowany jest w księgach i stanowi przychód zakładu niezależnie od tego czy składka została opłacona. Natomiast skuteczne dochodzenie składek zaległych wpływa na mniejszy wskaźnik odpisu aktualizującego wartość należności, zatem również wpływa na wynik finansowy. W przypadku obu kategorii, efektywna z punktu widzenia ekonomicznego windykacja, prowadzi do poprawy wyniku z przepływów pieniężnych, mając dalsze konsekwencje w postaci wzrostu środków wykorzystywanych w działalności lokacyjnej zakładu. Dochodzenie wierzytelności ubezpieczeniowych ma ponadto istotne znaczenie z punktu widzenia istotnych wskaźników finansowych ubezpieczycieli, które podlegają analizie przez organ nadzoru. Takimi wskaźnikami są np. wskaźnik płynności finansowej, wskaźniki rentowności czy związane z wysokością należności, tj. cyklu należności czy udziału należności w aktywach bądź środkach własnych.

Kolejną cechą wspólną dla obu kategorii stanowi brak obowiązku dochodzenia roszczeń przez zakład ubezpieczeń. Oznacza to, że wszczęcie i kontynuacja postępo-

---

23. Dz. U. Nr 54, poz. 535 z roku 2004 z późn. zm.

24. Dz. U. Nr 226, poz. 1825 z roku 2009, art. 37 ust. 7.

wania windykacyjnego nie są wymuszone regulacjami a zależą od decyzji ubezpieczyciela. Podstawę podejmowanej decyzji w tym zakresie stanowić powinien jedynie rachunek ekonomiczny. Biorąc pod uwagę aspekt finansowy trudno wyobrazić sobie rezygnację *a priori* z dochodzenia wierzytelności. Zakład natomiast może zrezygnować z dochodzenia poszczególnych roszczeń i to na każdym etapie, jeśli uzna np, że koszty dalszego postępowania są wyższe od przewidywanych wpływów bądź prowadzenie postępowania windykacyjnego nie jest uzasadnione ze względów marketingowych, społecznych itp. Warto jednak pamiętać, że w przeszłości, składki z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych podlegały przepisom o zobowiązaniach podatkowych<sup>25</sup>, a dochodzenie regresów stanowiło obowiązek zakładu ubezpieczeń<sup>26</sup>.

### 3. Różnice pomiędzy wierzytelnościami ubezpieczeniowymi

Funkcjonowanie dwóch różnych instytucji w ramach jednej kategorii wierzytelności ubezpieczeniowych musi oznaczać, że występują pomiędzy nimi odrębności.

Zasadniczą cechą różniącą obie wierzytelności stanowi miejsce powstania danej wierzytelności w procesach realizowanych w zakładach ubezpieczeń. Do podstawowych procesów w zakładach ubezpieczeń zalicza się zarządzanie produktami, sprzedaż ubezpieczeń oraz likwidację szkód<sup>27</sup>. Powstanie składki zaległej, stanowi element procesu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Decyzja o odroczeniu płatności czy też rozłożeniu jej na raty, których konsekwencją może być powstanie składki zaległej, ma miejsce na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. Wyjątek kiedy moment rozpoczęcia udzielania ochrony jest oderwany od płatności składki niezależnie od decyzji zakładu ubezpieczeń stanowi tzw. automatyczne wznowienie umowy, które dotyczy trzech ubezpieczeń obowiązkowych<sup>28</sup> wymienionych w przepisach art. 4 pkt 1-3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK<sup>29</sup>. Nawet w takiej sytuacji, powstanie składki zaległej stanowi rezultat nowej umowy. Warto podkreślić, że aby zidentyfikować brak należnej wpłaty konieczne jest monitorowanie płatności. Podproces monitorowania płatności ubezpieczeniowych klasyfikowany jest jako powiązany z procesem sprzedaży produktów ubezpieczeniowych<sup>30</sup>, a w jego skład wchodzi takie czynności jak kontrola wpłat składki czy monitorowanie płatności przez klientów<sup>31</sup>. Natomiast regres jest pochodną ubezpieczeniowej zasady odszkodowania

25. Przepis art. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 1958 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, Dz. U. Nr 72, poz. 357 z roku 1958.

26. Np. obowiązek taki wprowadzał przepis § 19 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 listopada 1974 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych, Dz. U. nr 46, poz. 274 z roku 1974.

27. L. Gąsioriewicz, *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 27.

28. Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, obowiązkowe ubezpieczenie OC rolników oraz obowiązkowe ubezpieczenie budynków rolniczych.

29. Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z roku 2003, z późn. zm.

30. A. Karmańska (red.), *Rachunkowość finansowa zakładów ubezpieczeń. Pojęcia. Problemy. Zadania.*, Warszawa 2003, Difin, s. 64.

31. L. Gąsioriewicz, *op. cit.*, s. 29.

i jej konsekwencją<sup>32</sup>, a ich dochodzenie możliwe jest dopiero po dokonaniu wypłaty odszkodowania. Górną granicę wysokości roszczeń regresowych, stanowią kwoty wypłacone w postępowaniu likwidacyjnym, zatem regres klasyfikowany jest jako końcowy produkt obsługi ubezpieczeniowej, powiązany z procesem odszkodowawczym i realizacją świadczeń<sup>33</sup>, czyli likwidacją szkód.

Powiązanie kategorii wierzytelności ubezpieczeniowych z określonymi procesami ubezpieczeniowymi prowadzi do kolejnego kryterium ich rozróżnienia, tj. kto może być dłużnikiem z danej wierzytelności. Stronami stosunku ubezpieczenia są ubezpieczyciel i ubezpieczający<sup>34</sup>. Podmiotami stosunku ubezpieczenia mogą być natomiast ubezpieczony, uposażony bądź uprawnione osoby trzecie (np. poszkodowany w ubezpieczeniu OC czy osoba trzecia w umowie zawartej na jej rzecz)<sup>35</sup>. W przypadku składki zaległej, dłużnikiem zawsze jest (były lub obecny) ubezpieczający. Natomiast w przypadku regresu typowego, dłużnikiem (regresantem) może być podmiot, który jest osobą trzecią i nie był nigdy ubezpieczającym w danym zakładzie bądź jest klientem danego zakładu, ale z innej umowy ubezpieczenia niż dochodzonego regresu. W przypadku regresu nietypowego, regresantem jest na ogół (choć nie zawsze) ubezpieczony w zakresie OC w danym zakładzie.

Kolejna różnica pomiędzy wierzytelnościami dotyczy produktów, z którymi może ona być związana. Składka zaległa może występować w zasadzie we wszystkich produktach ubezpieczeniowych, zarówno życiowych, jak i dziale *non-life*, choć jak już zostało wspomniane, w praktyce dotyczy głównie Działu II. Powstanie składki zaległej stanowi konsekwencję odroczenia płatności wynikającej z woli obu stron. Wyjątek od tej reguły stanowi wspomniana wyżej instytucja automatycznego wznowienia umowy w ubezpieczeniach obowiązkowych. Polega ona na automatycznym przedłużeniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres w sytuacji, gdy za poprzedni okres składka została opłacona w całości, a posiadacz przedmiotu ubezpieczenia nie zawiadomił na piśmie zakładu ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy nie później niż na jeden dzień przed końcem okresu na który umowa była zawarta<sup>36</sup>. Natomiast regres ubezpieczeniowy nie występuje w ubezpieczeniach na życie a także w ubezpieczeniach osobowych zawieranych w ramach Działu II<sup>37</sup>, o czym świadczy umiejscowienie art. 828 k.c., natomiast ma zastosowanie w ubezpieczeniach mienia oraz ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej<sup>38</sup>. Z kolei istnieją produkty, w których zawsze – przynajmniej z założenia – może występować prawo do zwrotnego poszukiwania wypłaconych kwot, tj. ubezpieczenia finansowe<sup>39</sup>, choć bywa podnoszona wątpliwość czy zakład ma podstawy do występowania z roszczeniem zwrotnym w przypadku ubezpieczenia transakcji kredytowej.

---

32. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, *op. cit.*, s. 341.

33. A. Karmańska, *op. cit.*, s. 117 i n.

34. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Oficyna Brandta, s. 191.

35. *Ibidem* s. 192.

36. Rozwiązanie dotyczy OC posiadacza pojazdu mechanicznego, OC rolnika oraz ubezpieczenia budynków rolniczych.

37. Istnieje pogląd, który wyraził E. Kowalewski, iż regres może występować także w ubezpieczeniach osobowych, E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, *op. cit.*, s. 192.

38. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, s. 343.

39. J. Kukielka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Branta, Bydgoszcz - Warszawa 2003, s. 513 i n.



Kolejna różnica dotyczy implikacji w zakresie podatku dochodowego. Jak wspomniano wyżej, przychód z tytułu składki powstaje na zasadzie memoriałowej. Regresy natomiast rozliczane są na zasadzie kasowej, czyli dopiero z chwilą otrzymania a nie zidentyfikowania podstaw do jego dochodzenia bądź wszczęcia postępowania windykacyjnego. Wpływy regresowe pomniejszają koszty związane z wypłaconymi odszkodowaniami. Rozliczanie regresów na zasadzie kasowej odbywa się od 2004 r., a wcześniej były również rozliczane na zasadzie memoriałowej, tj. skutek podatkowy powstawał z chwilą wypłaty odszkodowania, gdy stwierdzono podstawę do regresu.

Przyjęcie zasady memoriałowej bądź kasowej niesie za sobą określone skutki, które implikują odmienności obu kategorii wierzytelności. Do takich należy odpis aktualizujący, znajdujący zastosowanie tylko do składek zaległych, rozliczanych według zasady memoriałowej i stanowiących należności bilansowe. Odpisu aktualizującego dokonuje się jeżeli na dzień bilansowy istnieje prawdopodobieństwo, że należność jest nieściągalna. Aktualizacja wartości należności dokonywana w sprawozdaniu finansowym, w którym należności podlegają wycenie w kwocie wymaganej zapłaty, jest przygotowywana z zachowaniem zasad ostrożności. Odpis dokonywany jest, gdy zostały spełnione przesłanki określone w przepisach art. 35b ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>40</sup>. Odpis dokonywany jest bądź w oparciu o ocenę indywidualną, tj. w oparciu o sytuację dłużnika bądź (częściej) w drodze łącznego oszacowania ryzyka utraty wartości portfela należności w oparciu o analizę historycznych danych ściągalności w danym rodzaju długu. Dokonane odpisy mogą przyjmować wysokie wartości, np. w będącym liderem pod względem przypisu składki ubezpieczeń działu II PZU SA, po III kwartałach 2010 r. wartość odpisów na koniec okresu z samych tylko należności z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich (w skład których wchodzi składka zaległa) przekraczała 401 mln zł, podczas gdy należności netto od ubezpieczających przekraczały 1,1 mld zł, zatem odpisy pomniejszały wysokość należności brutto o ponad 26 proc.<sup>41</sup>.

Różne skutki podatkowe, w zależności od kategorii wierzytelności, pojawiają się ponadto dla dłużników, wobec których zakład zastosował ulgę w postaci umorzenia całości bądź części długu. Do takiej sytuacji może dojść wtedy, gdy np. dalsze prowadzenie postępowania windykacyjnego jest ekonomicznie nieuzasadnione a przewidywane wpływy są niższe niż koszty postępowania. Sama decyzja ubezpieczyciela nie musi oznaczać formalnego końca postępowania. Zgodnie z art. 508 kodeksu cywilnego, zobowiązanie wygasa, gdy wierzyciel zwalnia dłużnika z długu, a dłużnik zwolnienie przyjmuje. Zatem dłużnik powinien podpisać zgodę na zwolnienie ze zobowiązania. W sensie podatkowym, zwolnienie z długu mające konkretny wymiar finansowy, oznacza powstanie przychodu podlegającego opodatkowaniu, zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych<sup>42</sup> oraz art. 12 ust. 1 pkt 3 ustawy z 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych<sup>43</sup>. Wspomniane powyżej konsekwencje podatkowe dla zwalnianych z długu dotyczą jednak tylko wierzytelności z tytułu składek zaległych.

40. Dz. U. Nr 121, poz. 591 z roku 1994, z późn. zm.

41. Za: *Śródroczne skonsolidowane sprawozdanie finansowe grupy kapitałowej PZU spółki akcyjnej za III kwartał 2010 roku*.

42. Dz. U. Nr 80, poz. 350 z roku 1991, z późn. zm.

43. Dz. U. Nr 21, poz. 86 z roku 1992, z późn. zm.

Wspomniane powyżej odrębności przekładają się na odmienne umiejscowienie wierzitelności ubezpieczeniowych w sprawozdaniach finansowych zakładu. Zaczniemy od bilansu, który jest częścią sprawozdania finansowego i ma na celu przedstawienie sytuacji majątkowej oraz finansowej podmiotu sporządzającego. Ma on charakter statyczny, zatem przedstawia stan aktywów oraz pasywów na dany dzień, nie zawierając informacji o zmianach jak dany majątek i źródła jego finansowania zachowywały się przez dany okres<sup>44</sup>. Bilans składa się z dwóch części: aktywów i pasywów. Aktywa to majątek zakładu ubezpieczeń, w tym także należności stanowiące formę aktywów bieżących występujących w cyklu kapitału obrotowego<sup>45</sup>. Jak już wspomniano, składki zaległe stanowią należność, zatem występują po stronie aktywów, gdzie ujmowane są według zasady ostrożności, to jest poprzez pomniejszenie wartości nominalnej (brutto) o opisane wyżej odpisy aktualizujące. Regresy natomiast zaklasyfikowane są po stronie pasywów, które stanowią źródło pokrycia majątku przedsiębiorstwa<sup>46</sup>. Wartość bilansowa regresów jest szacowana, a wartość pomniejszana o przewidywane koszty związane z windykacją<sup>47</sup>. Regresy są zapisane po stronie pasywów ze znakiem ujemnym, co oznacza, że ich oszacowana wartość zmniejsza pokrycie majątku zakładu ubezpieczeń. Natomiast w rachunku przepływów pieniężnych zakładu ubezpieczeń, odrębnie ujmowane są wpływy z tytułu składek i regresów. Wpływy z regresów ujmowane są jako jedna kategoria wraz z odzyskami i zwrotami odszkodowań. Nie są natomiast wyodrębniane wpływy ze składki zaległej, czyli otrzymywane przez zakład na skutek podejmowanych działań windykacyjnych, a kategoria ta nie jest wyodrębniana z łącznych wpływów składkowych.

Składka zaległa i regres ubezpieczeniowy posiadają ponadto odmienne implikacje związane z gospodarką finansową zakładu. W działalności ubezpieczeniowej gospodarka finansowa i ściśle związany z nią proces zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń służy przede wszystkim wypełnianiu naczelną zasadą tej działalności, tj. realności ochrony ubezpieczeniowej<sup>48</sup>. Gwarancją ekonomiczną realności ochrony ubezpieczeniowej ma zapewniać odpowiednia zasobność zakładu ubezpieczeń w fundusze o charakterze indemnizacyjnym<sup>49</sup>. Do kluczowych zagadnień w zakresie bezpieczeństwa finansowego należy właściwe zarządzanie aktywami dopuszczalnymi stanowiącymi pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a jedną z reguł stanowi zasada ustawowego określenia rodzajowej kategorii aktywów dopuszczalnych oraz ich limitowania<sup>50</sup>. Zasada ta została określona w ust. 6 art. 154 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a zgodnie z pkt. 16 tego przepisu, należności od ubezpieczających wynikające z zawartych umów ubezpieczenia, w przypadku których od dnia ich wymagalności

44. W. Ronka-Chmielowiec, *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Branta, 2004, s. 80.

45. J. Czekaj, Z. Dresler, *op. cit.*, s. 45.

46. K. Shim Jae, G. Siegel Joel, *Dyrektor finansowy*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 48.

47. Dz. U. Nr 226, poz. 1825 z roku 2009, art. 37 ust. 7.

48. T. Sangowski, *Finanse ubezpieczeń w nowym prawie ubezpieczeniowym*, w: *Finansowe narzędzia zarządzania zakładem ubezpieczeń* (red. T. Sangowski), Poltext, Warszawa 2005, s. 18.

49. J. Handschke, *Zasada realności ochrony ubezpieczeniowej*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze* (red. T. Sangowski), Poltext, Warszawa 1998, s. 87.

50. T. Sangowski, *op. cit.*, w przypisie 47, s. 34.

upłynęło więcej niż 3 miesiące, nie stanowią aktywów uznawanych za pokrywające rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Zatem tylko należności z tytułu składek zaległych, od których terminu płatności minęło nie więcej niż 3 miesiące, mogą być zaliczane do aktywów stanowiących pokrycie rezerw. Tym samym wydłużanie terminu dochodzenia wierzytelności z tytułu składki zaległej może prowadzić nawet do obniżania bezpieczeństwa finansowego ubezpieczycieli. Natomiast jak już zostało wspomniane, regresy ubezpieczeniowe nie są zaliczane do aktywów, a zatem nie mogą stanowić pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

W tym miejscu należy wspomnieć o jeszcze jednym instrumencie wspomagającym prowadzenie postępowania windykacyjnego, który może być stosowany w stosunku tylko do wierzytelności ze składki zaległej, to jest możliwości przekazania danych niesolidnego dłużnika do biura informacji gospodarczej. Instytucja ta została wprowadzona ustawą z dnia 14 lutego 2003 r. o udostępnianiu informacji gospodarczej<sup>51</sup>, która reguluje m.in. jakie warunki muszą zostać spełnione, aby dane niesolidnego dłużnika zostały przekazane do biura oraz jakie podmioty mogą je przekazywać. Do uprawnionych zostały zaliczone m.in. zakłady ubezpieczeń, posiadające uprawnienie do przekazywania danych dłużników z tytułu umów o kredyt konsumencki. Sankcje dla dłużników, których dane znalazły się w biurze informacji gospodarczej, są poważne, ponieważ może być im odmówione zawarcie umowy o kredyt konsumencki lub otrzymać propozycję zawarcia takiej umowy na warunkach mniej korzystnych, w szczególności poprzez żądanie zabezpieczenia wierzytelności wynikających z umowy<sup>52</sup>. Zatem potencjalny klient, mając świadomość zagrożenia, iż jego dane zostaną przekazane do biura, jest bardziej skłonny do realizacji zobowiązań. Tym samym zagrożenie przekazania danych dłużnika do biura informacji gospodarczej stanowi instrument, który może zostać wykorzystany przez wierzyciela, a w przypadku zakładów ubezpieczeń z tytułu składki zaległej, która jest wierzytelnością wynikającą z umowy o kredyt konsumencki. Przesłanie przekazania danych do biura nie spełnia natomiast regres ubezpieczeniowy<sup>53</sup>.

Kolejnym kryterium różniącym dwie kategorie wierzytelności dotyczy przedawnienia ich dochodzenia. Obie instytucje mają charakter majątkowy i jako takie mogą ulegać przedawnieniu, co oznacza, że zobowiązany uzyskuje możliwość uchylenia się od zaspokojenia roszczenia po upływie określonego prawem terminu, pod warunkiem, że nie zrzekł się korzystania z takiego zarzutu. Roszczenie o dochodzenie przez zakład ubezpieczeń składki zaległej, przedawnia się na ogólnych zasadach ubezpieczeniowych i generalnie wynosi 3 lata dla ubezpieczeń lądowych<sup>54</sup> oraz 5 lat w ubezpieczeniach morskich<sup>55</sup>. Początek biegu terminu przedawnienia rozpoczyna się od dnia wymagalności roszczenia, czyli w tym przypadku terminu zapłaty składki. Natomiast roszczenie regresowe (typowe) ubezpieczyciela przedawnia się z upływem takiego samego termi-

51. Dz. U. z roku 2003, Nr 50, poz. 424.

52. Dz. U. Nr 226, poz. 1825 z roku 2009, art. 15 ust. 2.

53. Więcej: M. Rapkiewicz, *Instrumenty poprawiające efektywność procesów związanych z dochodzeniem wierzytelności ubezpieczeniowych* w: *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica* 244, 2010 s. 78 i n.

54. Podstawa: art. 120 § 1 k.c.

55. Podstawa: art. 269 kodeksu morskiego.

nu, w jakim przedawnia się roszczenie odszkodowawcze poszkodowanego w stosunku do odpowiedzialnego cywilnie sprawcy. Termin przedawnienia roszczenia regresowego stanowi zatem różnicę pomiędzy przewidzianym przez prawo cywilne terminem przedawnienia roszczenia deliktowego bądź kontraktowego a okresem, jaki upłynął od terminu wymagalności tego roszczenia do momentu wypłaty odszkodowania ubezpieczeniowego<sup>56</sup>. Zakład ubezpieczeń może nawet zostać pozbawiony możliwości skutecznego dochodzenia regresu z powodu upływu terminu przedawnienia roszczenia regresowego przed terminem, w którym mógł podjąć działania windykacyjne, bez zagrożenia zgłoszenia ze strony regresanta zarzutu przedawnienia. Sytuacja taka może wystąpić, gdy poszkodowany zgłosi swoje roszczenie do zakładu ubezpieczeń przed samym upływem terminu przedawnienia. Istnieje również pogląd, że przedawnienie roszczenia z tytułu regresu szczególnego następuje w terminach ogólnych określonych przepisami art. 118 k.c.<sup>57</sup>, choć w literaturze pojawia się także stanowisko odmienne, zgodnie z którym przedawnienie następuje na zasadach określonych dla roszczenia deliktowego, zgodnie z art. 442 k.c.<sup>58</sup>.

Kolejnym kryterium różniącym wierzytelności ubezpieczeniowe jest możliwość wpływania przez zakład ubezpieczeń na wysokość długu. W przypadku regresów ubezpieczeniowych roszczenie ograniczone jest do wysokości wypłaconego odszkodowania. Ponadto dłużnikowi służą określone instrumenty, celem weryfikacji podstaw odpowiedzialności oraz wysokości roszczenia, w tym wgląd do dokumentacji zgromadzonej przez zakład ubezpieczeń<sup>59</sup>. Zakład ubezpieczeń nie dysponuje zatem możliwościami wpływu na wysokość regresu. Uwzględniając również koszt pieniądza i czas (choćby możliwie najkrótszy) pomiędzy wypłatą odszkodowania a windykacją, w której zakład uzyskuje zwrot całości odszkodowania (co w praktyce ma miejsce nieczęsto<sup>60</sup>), nie następuje realna kompensacja wcześniejszej wypłaty. Należy także pamiętać, że w rachunku ekonomicznym dochodzenia regresów uwzględniane są koszty ich windykacji, które wpływają na obniżenie wyniku. Natomiast w przypadki instytucji składki zaległej, zakład ubezpieczeń dysponuje pewnymi możliwościami zwiększania wysokość przypisu. Zgodnie z art. 814 § 2 kodeksu cywilnego, jeżeli ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki bądź jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostały zapłacone w terminie, ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W sytuacji braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka. W obydwu sytuacjach, to jest wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym, jak i dalszego trwania odpowiedzialności, powstaje wymagalna składka zaległa. Analiza wskazanego przepisu wskazuje, że to od decyzji i polityki danego ubezpieczyciela w danym zakresie zależeć będzie czy:

56. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Oficyna Brandta, Bydgoszcz-Toruń 2002, s. 125.

57. *Ibidem*, s. 127.

58. A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne* Bydgoszcz – Poznań 2001, s. 119.

59. Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z 2003 r., z późn. zm., art. 25 ust. 3.

60. W przypadku regresów, przede wszystkim w ubezpieczeniach obowiązkowych, wynik ścigalności jest słabszy niż dla długów z tytułu składki zaległej, np. z uwagi na niewypłacalność sprawcy. Taki przykład wskazuje S. Wieteska, *Instytucja obowiązku w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej majątkowo-osobowych*, w: *Ubezpieczenia*, 2006 r., s. 30.

- wypowiedać on będzie umowy z nieopłaconą składką niezwłocznie po upływie terminu, w którym składka nie została opłacona,
- będzie czekał na jakiś inny dzień w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do przerwania okresu udzielania ochrony,
- poczeka biernie na koniec okresu, za który przypadła nieopłacona składka, aby umowa rozwiązała się „automatycznie”.

Wysokość składki zaległej jakiej może domagać się zakład można określić wzorem:

$$SZ = \frac{d}{365} * X$$

gdzie:

SZ – wysokość składki zaległej,

d – liczba dni udzielanej przez zakład ochrony bez płatności składki,

X – kwota składki za roczny okres ubezpieczenia.

Wybór dokonany przez ubezpieczyciela, w sprawie wypowiedzenia umowy, niesie ze sobą implikacje finansowe. Im dłużej ubezpieczyciel czeka z wypowiedzeniem umowy tym przez dłuższy okres udziela ochrony ubezpieczeniowej, zatem należność za udzielanie tejże ochrony jest większa, co z kolei przekłada się na wzrost wysokości przypisu składki, który jest niezależny od inkasa. Należy oczywiście mieć na względzie, że wyższy „księgowo” przypis składki bez faktycznej wpłaty to podniesienie kwot podlegających windykacji, która może być dla ubezpieczyciela procesem trudnym i kosztownym.

Natomiast przepis art. 814 § 3 k.c. reguluje sytuację, gdy płatność składki została rozłożona na raty i po opłaceniu pierwszej takiej raty nie została zapłacona kolejna rata. Zgodnie ze wspomnianym przepisem, w razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela tylko wtedy gdy:

- skutek w postaci możliwości wypowiedzenia przez zakład ubezpieczeń przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia oraz
- ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Zatem muszą zostać spełnione dwa powyższe warunki łącznie, a zakładowi ubezpieczeń trudniej będzie odstąpić od umowy niż w przypadku, gdy nie została dokonana odroczone płatność, o której mowa w przepisie art. 814 § 2 k.c. Należy zwrócić uwagę, że działanie zakładu w zakresie rozwiązania umowy, gdy zostały spełnione przesłanki, nie jest obligatoryjne, zatem może on mimo braku płatności raty składki udzielać ochrony w dalszym ciągu. Zaniechanie rozwiązania umowy przez zakład, gdy nie została opłacona kolejna rata składki, prowadzi zatem do analogicznych skutków jak w sytuacji niewypowiedzenia umowy w przypadku braku pierwszej płatności, jednak kwoty wierzytelności z reguły są niższe, ponieważ taka zaległość dotyczy krótszego okresu ubezpieczenia.

## Podsumowanie

Windykacja składek zaległych oraz regresów ubezpieczeniowych stanowi na tyle istotny element działalności finansowej zakładu ubezpieczeń, że została uznana za czynność ubezpieczeniową. Te dwie instytucje można wyodrębnić nie tylko kwalifikując je jako przedmiot postępowań będących czynnościami ubezpieczeniowymi, ale także jako jedną kategorię – wierzytelności ubezpieczeniowych, które mając charakter pieniężny podlegają często tym samym procedurom, w ramach postępowań prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń. Oczywiście należy pamiętać o ich odmiennościach, oddziałujących przede wszystkim na sfery finansową oraz sprawozdawczą, które wskazano w niniejszym opracowaniu.

W kontekście wysokości wierzytelności, tym ważniejsze jest stosowanie przez zakład właściwej polityki i instrumentów w zakresie zarządzania obszarem, również dlatego, iż istnieje ryzyko negatywnego postrzegania zakładu, który prowadzi działania windykacyjne<sup>61</sup>. Szczegółowe omówienie wpływu windykacji na wyniki finansowe, jak i zagadnienia wizerunkowe, wymagają jednak odrębnych opracowań.

## Wykaz źródeł:

Adamowicz K., *Bezpieczna windykacja należności terminowych*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2007.

Chróścicki A., *Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.

Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Gąsioriewicz L., *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009.

Handschke J., *Zasada realności ochrony ubezpieczeniowej, w: Ubezpieczenia gospodarcze* (red. T. Sangowski), Poltext, Warszawa 1998.

Karmańska A. (red.), *Rachunkowość finansowa zakładów ubezpieczeń. Pojęcia. Problemy. Zadania.*, Difin, Warszawa 2003.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych* Oficyna Brandta, Bydgoszcz-Toruń 2006.

Kowalewski E., *Umowa ubezpieczenia*, Oficyna Brandta, Bydgoszcz-Toruń 2002.

Kukielka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Brandta, Bydgoszcz-Warszawa 2003.

Lisowski J., *Specyfika należności w działalności ubezpieczeniowej*, w: *Ubezpieczenia*, red. naukowa Wieteska S., Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006.

Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – Część ogólna*, CH Beck, 2005, Wyd. 6.

Rapkiewicz M., *Instrumenty poprawiające efektywność procesów związanych z dochodzeniem wierzytelności ubezpieczeniowych*, w: *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica* 244, 2010.

Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Branta, 2004.

---

61. J. Kukielka, D. Poniewierka, *op. cit.*, s. 524.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, Dz. U. Nr 226, poz. 1825 z roku 2009.

Sangowski T., *Finanse ubezpieczeń w nowym prawie ubezpieczeniowym*, w: *Finansowe narzędzia zarządzania zakładem ubezpieczeń* (red. T. Sangowski), Poltext, Warszawa 2005.

Sangowski T., *Gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń – Wybrane problemy*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 1995.

Sangowski T., *Regres ubezpieczeniowy*, Warszawa 1977.

Shim Jae K., Siegel Joel G., *Dyrektor finansowy*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z 2003 r., z późn. zm).

Ustawa z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. Nr 100, poz. 1081 z roku 2001).

Ustawa z dnia marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54, poz. 535 z roku 2004 z późn. zm).

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 z roku 1994 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm).

Ustawa z dnia 14 lutego 2003 r. o udostępnianiu informacji gospodarczej (Dz. U. Nr 50 poz. 424 z roku 2003).

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

Wieteska S., *Instytucja obowiązku w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej majątkowo-osobowych*, w: *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2006.

## **Outstanding premium and insurance recourse – similarities and differences – SUMMARY**

*The article attempts to order the most important issues connected with two basic categories of debt resulting from the insurance relationship, i.e. outstanding premium and insurance recourse. Currently, both institution are very significant for the operation of insurance companies, and in the case in which their debt collection is carried out by the insurance company or for and on behalf of it they constitute insurance activity. Furthermore, the article contains basic definitions connected with outstanding premium and recourse, as well as presents their mutual features which justify treating them as one category – that of insurance debts. In addition, important differences between both debt titles have been presented.*

**MACIEJ RAPKIEWICZ** jest doktorantem w Katedrze Ubezpieczeń Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego.

Recenzenci: dr Katarzyna Malinowska, prof. dr hab. Kazimierz Ortyński.





NATALIA BUKOWSKA

## Klauzula rozsądku w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym oraz *Restatement of European Insurance Contracts*

*Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie klauzuli rozsądku, rozumianej jako kryterium oceny wykonania obowiązku umowy oraz oceny stopnia staranności w sferze umowy. W anglosaskim prawie ubezpieczeniowym klauzula rozsądku podniesiona została do rangi zasady. Obecnie znalazła swoje odzwierciedlenie w „Principles of European Contract Law” oraz „Restatement of European Insurance Contracts”. Aby wyczerpująco przedstawić pojęcie i funkcje klauzuli rozsądku w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym, pokrótce omówiono także zasadę dobrej wiary oraz zasadę uberrimae fidei. W artykule klauzula rozsądku przedstawiona została także w świetle ubezpieczeń morskich. Artykuł zamknięta konkluzja autora, zgodnie z którą rola klauzuli rozsądku, jako kryterium obiektywizujące i konkretyzujące winę, ma znacznie mniejsze znaczenie w kontekście umów konsumenckich, jednak w umowach pozakonsumenckich jest w pełni aktualna i zgodnie z przyjętym założeniem „Restatement of European Insurance Law”, w przyszłości stanowić będzie podstawę europejskiej regulacji umowy ubezpieczenia.*

### **1. Zasada dobrej wiary oraz zasada *uberrimae fidei* a koncepcja *reasonable expectations***

Rola klauzuli rozsądku w fazie zawierania umowy ubezpieczenia koncentruje się na wspomaganiu zasady dobrej wiary. Pojawia się w sposób wyraźny w związku z oceną ryzyka przy zawieraniu umowy. O ile zasada dobrej wiary na tym etapie koncentruje się na powinnościach ubezpieczającego, o tyle pojęcie rozsądku nie dotyczy tylko jednej strony umowy lecz „strzeże” równowagi pomiędzy stronami, podkreślając wzajemność zasady dobrej wiary<sup>1</sup>.

By jednak w sposób wyczerpujący przedstawić pojęcie i funkcje klauzuli rozsądku w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym, należałoby pokrótce przedstawić zasadę

---

1. K. Malinowska, *Umowa ubezpieczenia w Europie bez granic*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz - Warszawa 2008 s. 267.

dobrej wiary oraz zasadę *uberrimae fidei* jako szczególną koncepcję anglosaskiego prawa ubezpieczeniowego.

Zasada, iż strony przy zawieraniu umowy i wykonywaniu umów, a w szczególności składaniu oświadczeń woli, powinny postępować zgodnie z dobrą wiarą rozumianą w sensie obiektywnym, a więc zgodnie z pewną obiektywnie przyjętą miarą zachowania, jest w systemach prawa cywilnego państw europejskich przyjęta powszechnie. Postępowanie zgodnie z dobrą wiarą wymagane jest przy zawieraniu i wykonywaniu każdej umowy, a więc również umowy ubezpieczenia i umowy ubezpieczenia morskiego<sup>2</sup>. Umowa ubezpieczenia jest kontraktem najwyższego zaufania – *contractus uberrimae fides*<sup>3</sup>.

Szczególną zasadą anglosaskiego prawa ubezpieczeniowego jest zasada *uberrimae fidei*. Nie posiada ona odpowiedników ani w polskim prawie ubezpieczeniowym, ani też w prawie ubezpieczeniowym kontynentalnych państw europejskich, które wymagają od stron ubezpieczenia postępowania z dobrą wiarą, ale nie przewidują jej stopniowania<sup>4</sup>.

W anglosaskim systemie ubezpieczeniowym pojawiło się pojęcie „najwyższej dobrej wiary” (ang. *utmost good faith*), które przyjęło postać „doktryny najwyższej dobrej wiary” (ang. *doctrine od utmost good faith lub uberrimae fidei*)<sup>5</sup>. Doktryna ta przestawiana jest najczęściej w związku z ciężącym na ubezpieczającym obowiązkiem „ujawniania i złożenia oświadczenia” (*disclosure and representation*) w odniesieniu do każdej okoliczności o znaczeniu istotnym. W wykonaniu tego obowiązku ubezpieczający powinien kierować się najwyższą dobrą wiarą.

Zasada „najwyższej dobrej wiary” w anglosaskim prawie ubezpieczeń została następnie ujęta w Marine Insurance Act w ubezpieczeniach morskich. Zgodnie z art. 17 M.I.A. umowa ubezpieczenia morskiego oparta jest na najwyższej dobrej wierze i jeżeli strona umowy ubezpieczenia jej nie przestrzega, to druga strona może od umowy odstąpić. Naruszenie tego obowiązku nie jest jednak równoznaczne z oszustwem, które zawsze czyni umowę nieważną (*fraus omnia corrumpit*)<sup>6</sup>, ale daje podstawę do odstąpienia od umowy<sup>7</sup>.

2. J. Łopuski, *Doktryna najwyższej dobrej wiary w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym, jej pochodzenie, znaczenia i krytyka*, (w:) *Szkice o ubezpieczeniach*, pod red. M. Kuchlewskiej, Zeszyty Naukowe nr 75, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006., s. 146.
3. M. Orlicki (w:) *System prawa prywatnego*, t. 8. „Prawo zobowiązań – Część szczegółowa”, red. J. Panowicz-Lipska, Warszawa 2004, s. 676; K. Malinowska, *Dobra wiara umowy ubezpieczenia – zmiany art. 815 k.c.*, (w:) „Umowa ubezpieczenia, Dyskusja nad formą prawną i treścią unormowań”, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007, s. 114.
4. *Ibidem*, s. 146.
5. Funkcjonuje głównie w krajach systemu *common law*, tj. USA, Kanada, Australia, Nowa Zelandia, Południowa Afryka.
6. J. Łopuski, *Doktryna najwyższej dobrej wiary...*, s. 149.
7. Obowiązek postępowania zgodnie z zasadą dobrej wiary dotyczy tak treści oświadczeń składanych sobie wzajemnie przez strony (*representation*), jak i niezatajenia znanych im okoliczności (*disclosure*). W sprawie istoty i znaczenia doktryny *uberrimae fidei* w prawie angielskim obszernie *Templeman on Marine Insurance*, oprac. R. J. Lambeth, 6th Ed., Pitman, London 1986, ss. 20-37.

Analiza doktryny ubezpieczeniowej i ustawodawstwa europejskiego prowadzi do wniosku, iż dość często w doktrynie podważa się sens wyodrębnienia w ubezpieczeniach zasady dobrej wiary i nadania jej rangi najwyższego zaufania<sup>8</sup>. Miałoby to być jakoby konsekwencją rozwoju technik informacyjnych, a także zmian w obrębie samej umowy ubezpieczenia, chociażby zamieraniem różnic pomiędzy ubezpieczeniami lądowymi i morskimi<sup>9</sup>.

Podczas gdy obowiązek dobrej wiary we współczesnym ogólnym prawie kontraktowym w Anglii, a tym samym w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym, nie jest powszechnie akceptowany, koncepcja *reasonable expectations*, tj. pozwalająca kreować pewne pozytywne standardy zachowań w stosunkach kontraktowych, a w szczególności w prawie ubezpieczeniowym, wciąż znajduje oddźwięk zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie sądów. Pojęcia te były szeroko znane w całej Europie Zachodniej, stanowiąc wraz z pojęciem dobrej wiary, część *lex mercatoria*<sup>10</sup>. W tej mierze jednak doktryna ma zróżnicowane podejście i część prawników skłonna jest już wyodrębnić zasadę „rozsądnych oczekiwań” jako odrębną zasadę o szerszym wymiarze, tj. zasadę rozsądku.

Z klauzulą rozsądku związane jest również pojęcie *warranty*, które jest określone wyraźnie, jeżeli jego treść odzwierciedla polisa albo jedna z klauzul instytucyjnych tzw. *Institute Warranties*. Angielski termin *warranty* jest trudny do przetłumaczenia na polski język prawniczy<sup>11</sup>. Pod tym terminem *Marine Insurance Act* rozumie „warunek”, od spełnienia którego zależy ważność umowy. W grę wchodzi tutaj zastrzeżenie, że jakaś czynność będzie lub nie będzie spełniona (np. przeprowadzenie inspekcji statku przed załadowaniem ładunku), jakies przedsięwzięcie zostanie lub nie zostanie podjęte (np. statek będzie zdalny do żeglugi przed wyruszeniem w podróż z każdego portu). Zastrzeżenie warunku może nastąpić w sposób wyraźny (*expressed warranty*) albo dorozumiały (*implied warranty*)<sup>12</sup>.

Obowiązek zachowania dobrej wiary także po stronie ubezpieczyciela wynika wyraźnie z tych aktów regulujących umowę ubezpieczenia, które *expressis verbis* statuują zasadę *utmost good faith* (a więc głównie w *Marine Insurance Act* w krajach kultury anglosaskiej)<sup>13</sup>. Dość późno zaczęto zwracać uwagę na powinność ubezpieczycieli w zakresie postrzegania dobrej wiary. Kwestia ta jest również znacznie trudniejsza w ocenie niż w przypadku dobrej wiary ubezpieczającego, która jest definiowana w przepisach prawa. Z tego względu dopiero sądy rozstrzygające spory pomiędzy ubezpieczającymi a ubezpieczycielami definiują dobrą wiarę ubezpieczyciela. Ponieważ trudno wyodrębnić model abstrakcyjny dobrej wiary w odniesieniu do powinności

8. J. Łuski, *Doktryna najwyższej dobrej wiary...*, Poznań 2006, s. 149.

9. *Ibidem*, s. 187.

10. S. Wittaker i R. Zimmermann, *Good faith in European contract law: surveying the legal landscape*, (w:) *Good faith in European Contract Law*, Cambridge University Press, Cambridge 2000.

11. Jako sens najbardziej zbliżony jest do instytucji warunku. Pod pojęciem warunku k.c. (art. 89) rozumie się zdarzenie przyszłe i niepewne. Zob. J. Rajska, *op.cit.*, str. 148.

12. Z. Brodecki, *Prawo ubezpieczeń morskich*, Wydawnictwo Prawnicze „LEX”, Sopot 1999, s. 66.

13. Np. *Pan Atlantic Insurance Co Ltd przeciwko Pine Top Insurance Co Ltd* (1994) 3 WLR 677 at 717 to 718 per Lloyd of Berwick.

ubezpieczyciela, w celu ustalenia jej zachowania lub naruszenia, stosuje się więc różne kryteria. Wśród nich na szczególną uwagę zasługuje teoria rozsądnych oczekiwań (*reasonable expectations*), zgodnie z którą naruszeniem zasady dobrej wiary będzie działanie ubezpieczyciela nastawione na zapewnienie sobie korzyści bez uwzględnienia słuszných interesów ubezpieczającego. Przykłady pochodzące z orzecznictwa sądowego wskazują, że za sprzeczne z zasadą dobrej wiary uznaje się działanie ubezpieczyciela pozbawione rozsądku (*la conduite de l'assureur a été déraisonnable*) oraz działanie umyślne odmawiające objęcia ubezpieczeniem lub opóźniające wypłatę odszkodowania uznanego już za słusne (*l'assureur a intentionnellement nié couverture ou retardé le paiement d'une réclamation qu'il savait valide*)<sup>14</sup>.

## 2. Pojęcie rozsądku

Pojęcie rozsądku jako pojęcie prawne zostało zastosowane po raz pierwszy w systemie *common law*. System prawa używał pojęcia *reason*, *reasonableness* w znaczeniu „uczciwy” i „rozsądny”.

Można uznać, iż klauzula rozsądku jako klauzula generalna, może służyć do wypełniania luk prawnych, jest porównywana do zasady dobrej wiary<sup>15</sup>.

Celem niniejszych rozważań jest próba przedstawienia klauzuli rozsądku w *common law*. Najpierw jednak należałoby dokonać krótkiej wykładni samego pojęcia rozsądku. Pojęcie rozsądku w *common law* sformułowane jest jako test „rozsądnej osoby”. Test „rozsądnej osoby” ma w tym systemie prawa długie tradycje. Jest to kryterium ogólne o charakterze obiektywnym choć wymaga indywidualizacji stosownie do okoliczności, poprzez uwzględnienie cech zastosowanego wzorca osobowego (*reasonable*), któremu należy przypisać cechy posiadane przez strony umowy (doświadczenie, charakter transakcji, wiedzę)<sup>16</sup>.

W regulacjach prawa międzynarodowego i europejskiego wzorzec rozsądku wyznacza „rozsądna osoba tego samego rodzaju, co druga osoba w tych samych okolicznościach”<sup>17</sup>. Zwraca się uwagę, że rozumiana w ten sposób zasada rozsądku wyznacza także etyczny wymiar postępowania, tj. zachowanie osoby rozsądnej powinno być uczciwe (*judicious and fair*). Wynika to z faktu, że przy opracowaniu wzorca bierze się pod uwagę takie wartości jakie są powszechnie akceptowalne w obrocie i jakie uchodzą za właściwe<sup>18</sup>.

---

14. Me Odette Jobin-Laberge, *Les limites de la bonne foi dans les contrats l'assurance, un cas particulier*, Congres du Barreau du Québec 2000, s. 782.

15. E. Rott-Pietrzyk, *Pojęcie rozsądku w projekcie Europejskiego Kodeksu Cywilnego*, (w:) *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa profesora Maksymiliana Pozdana*, Zakamycze-Kraków 2005, s. 715.

16. J. Rajski, *Jednolite reguły wykładni kontraktów zawieranych w międzynarodowym obrocie gospodarczym*, [w:] *Studia prawa cywilnego i gospodarczego, Księga pamiątkowa dedykowana profesor Czesławie Żuławskiej*, pod red. B. Gneli, J. Koczanowskiego R. Szostaka, Wyd. AE, Kraków 2000.

17. E. Rott-Pietrzyk, *Pojęcie rozsądku w projekcie Europejskiego Kodeksu Cywilnego...*, s. 716.

18. *Ibidem*.

Współcześnie klauzula rozsądku zaliczana jest w systemach prawa cywilnego do klauzul generalnych<sup>19</sup>, stanowiących standard oceny w procesie wykładni oświadczeń woli. W tym względzie należy uznać, że pojęcie rozsądku zbliża się do funkcji zasady dobrej wiary, która oprócz obowiązku kontraktowego wyznacza także wykładnie kontraktu<sup>20</sup>. Ponadto wskazuje się, że klauzula rozsądku może stanowić metodę wykładni nie tylko oświadczeń lecz także zachowań ludzkich (*reasonable behaviour*), a więc jako klauzula generalna może służyć do wypełniania luk prawnych. Pod tym względem zasada rozsądku może być porównywana do zasady dobrej wiary<sup>21</sup>.

Podobnie jak w prawie kontynentalnym w Wielkiej Brytanii, pojęcie rozsądku nie występuje zasadniczo w ustawodawstwie stanowym. Jedynym wyjątkiem jest ustawa o nieuczciwych postanowieniach umownych z 1977 r.<sup>22</sup>. Przepisy tej ustawy odnoszą się w szerokim stopniu do pojęcia rozsądku jako kryterium ważności (bądź nieważności) poszczególnych postanowień umownych. Załącznik do ustawy zawiera nawet wskazówki co do stosowania pojęcia rozsądku (inaczej zwanego testem na rozsądnosc). Zgodnie bowiem z przepisami ustawy zakazane jest stosowanie *unreasonable indemnity clauses*, które powodowałyby nakładanie na konsumenta odpowiedzialności za niewykonanie umowy lub z innego powodu, z wyjątkiem takich, które zgodne są z pojęciem rozsądku (*except insofar as the contract term satisfies the requirement of reasonableness*)<sup>23</sup>.

W *common law* zasadniczą rolę w wykładni kontraktów sprawują sądy decydując o przyjętej metodzie interpretacji. Propagowanie pojęcia rozsądku w prawie *common law* leżało od początku w zakresie zainteresowania *Court of Equity*, a w szczególności Sądu Kanclerskiego (*Court of Chancery*)<sup>24</sup>. Zadaniem tych sądów było właśnie znajdowanie środków zaradczych, w sytuacjach kiedy zastosowanie systemu precedensów prowadziło do „nierozsądnych” skutków<sup>25</sup>. Ma to jednak szczególny wymiar głównie w zasadach odpowiedzialności cywilnej. Dla przykładu w tym względzie podawane jest słynne orzeczenie Izby Lordów<sup>26</sup> w sprawie *Dooghue: Mac Alister przeciwko Stevenson*, w którym to zauważono, iż zasada rozsądku jest w niniejszej sprawie wszechobecna, a bycie *prudent* jest obowiązkiem każdego.

Lord Atkin<sup>27</sup> zasiadający w Izbie Lordów dokonał opisu tzw. zasady sąsiedzkiej, mającej być sztandarowym przykładem zasady odpowiedzialności cywilnej, rozumianej

19. G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, PUF, Paris 1987, s. 705 i nast., patrz też E. Rott-Pietrzyk, *Pojęcie rozsądku...*, s. 705 i nast.

20. J. Rajski, *Wykładnia kontraktów...*, ss. 261-262.

21. E. Rott-Pietrzyk, *Pojęcie rozsądku...*, s. 715.

22. J. Bowman (ed.), *Halsbury's Statutes, Contract, Butterwords*, London, 1985, s. 222.

23. *Ibidem*, s. 222 i nast.

24. K. Malinowska, *Umowa ubezpieczenia...* s. 255.

25. Ch. Perelman, *Le raisonnable et le déraisonnable en droit*, Arch. Philo. dr., t. 23, 1978, s. 35 i nast; repr. w: *Le raisonnable et le déraisonnable en droit – réflexions sur le droit*, (wybór artykułów), LGDJ, 1984, przedm. M. Villey, s. 11 i nast., s. 18.

26. G. Weiszberg, *Le <Raisonné> en Droit du Commerce International*, praca doktorska na uniwersytecie Panthéon – Assas (Paris II), 7 listopada 2003, (rozdz. 11), dostępna pod adresem: [www.cisg.law.pace.edu/cisg/biblio/Reasonableness.html](http://www.cisg.law.pace.edu/cisg/biblio/Reasonableness.html), teza 74.

27. cytowane za H.A. Schwartz-Libermann von Wahlendorf, p. 69. *Quelques années plus tard, Ce dernier auteur écrivait dans Le juge <Législateur>, L'approche anglaise, préc.*, RIDC 1999, s. 1110.

jako samoograniczenie w dokonywaniu działań, które mogą być źródłem szkody. Opisywał ją „powinieneś w rozsądnym stopniu dołożyć starań, aby uniknąć działań lub zaniechań, które według twoich rozsądnych oczekiwań mogłyby wyrządzić twojemu sąsiadowi szkodę. Któż więc według prawa jest moim sąsiadem? Odpowiedź zdaje się brzmieć: osoby których moje zachowanie dotyka tak blisko i bezpośrednio, iż powinieniem w rozsądnym zakresie mieć je na względzie jako potencjalnie dotknięte w chwili, gdy nakierowuję mój umysł na owe działania lub zaniechania”.

Należy jednak pamiętać, iż w prawie angielskim pojęcie rozsądku ma nieco inne znaczenie niż w prawie kontynentalnym. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż nie koreluje ono tak bardzo z zasadą dobrej wiary oraz z zasadą słuszności. Stąd też zachowanie strony kontraktu może zachować standard rozsądku, jednocześnie jednak nie odpowiadać wzorcowi uczciwości i dobrej wiary<sup>28</sup>.

### 3. Znaczenie klauzuli rozsądku przy wykładni umowy ubezpieczenia w systemie *common law*

Głównym celem niniejszych rozważań jest próba odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie ma klauzula rozsądku przy wykładni umowy ubezpieczenia w systemie *common law*?

Na pytanie to stara się odpowiedzieć doktryna *reasonable expectations*. Doktryna ta uznawana jest za jedną z zasad umowy ubezpieczenia lub przynajmniej jedną z zasad wykładni umowy ubezpieczenia. To sąd według ogólnych zasad bada ogólny zamiar stron umowy, w jego braku zaś poszukuje znaczenia treści, wykorzystując przy tym test „rozsądnej osoby”<sup>29</sup>.

Doktryna rozsądnych oczekiwań ma korzenie w prawie anglo-amerykańskim i jest stosowana przez sądy w celu rozstrzygnięcia głównie o tym czy można zastosować postanowienia umowy niebędące przedmiotem negocjacji, a jeżeli tak, to w jaki sposób<sup>30</sup>. Stosowanie doktryny *reasonable expectations* dotyczy podmiotu i zakresu świadczenia podmiotu profesjonalnego na rzecz słabszej strony umowy i polega na wykładni uzasadnionych oczekiwań takiej strony w stosunku do świadczenia profesjonalisty<sup>31</sup>.

Zgodnie z zasadą rozsądnych oczekiwań, służącą za dyrektywę wykładni umowy ubezpieczenia, sąd przeprowadza interpretację umowy z uwzględnieniem przede wszystkim wspólnego zamiaru stron umowy. Dopiero zaś gdy to zawiedzie posłużyć się może pojęciem rozsądku, tj. tzw. „rozsądnej osoby” będącej adresatem oświadczenia woli<sup>32</sup>. Zgodnie z orzeczeniem w sprawie *Solway* przeciwko *Lloyd's Underwrites*<sup>33</sup> sąd określił, iż normalne zasady konstrukcji umowy ubezpieczenia wymagają poszukiwania

---

28. P. Jones, *Reasonableness, Honesty and Good Faith*, International Sales Quarterly, (marzec 1995), s. 8

29. J. Fisher, *Why are insurance contracts subject to special rules of interpretation? Text versus context*, Arizona State Law Journal, Fall, 1992, s. 1003.

30. J. J. A. Burke, *Standard Form Contracts*, Lex2k Project, 2004, s. 103.

31. sprawa *Gray* przeciwko *Zurich Insurance Co.*; sprawa *Insurance Co. of North America* przeciwko *Adkinson*.

32. K. Malinowska, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 260.

33. 2005 ONSC 10650, [www.admiraltylaw.com/insurance.html](http://www.admiraltylaw.com/insurance.html) – podsumowanie wyroku *Solway* przeciwko *Lloyd's Underwriters*.

wykładni, która poprzez całość umowy, realizuje rzeczywisty zamiar stron w chwili zawierania umowy, wskazując jednocześnie, iż ogólne zasady wykładni umowy ubezpieczenia obejmują:

- 1) zasadę *contra proferentem*,
- 2) zasadę według której przepisy dotyczące zakresu ochrony ubezpieczeniowej powinny być konstruowane w sposób szeroki, wyłączenia spod ochrony zaś w sposób wąski,
- 3) potrzebę zapewnienia realizacji rozsądnym oczekiwaniom stron.

Powstaje jednak pytanie, czy zasadę rozsądnych oczekiwań można zastosować także wtedy, gdy umowa ubezpieczenia nie zawiera niejednoznacznych treści. W sprawie *Smith* przeciwko *Crown Life Insurance Company*<sup>34</sup> sąd uznał, iż nawet w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia nie zawiera niejednoznacznych treści, jest on uprawniony do zbadania czy ubezpieczający mógł w sposób rozsądny oczekiwać ochrony ubezpieczeniowej.

Zatem w zakresie ubezpieczeń reguła rozsądnych oczekiwań, stanowiąca zasadę ograniczającą swobodę umów, oznacza iż umowa ubezpieczenia powinna być konstruowana zgodnie z obiektywnymi, rozsądnymi oczekiwaniami ubezpieczonego oraz innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia, bez względu na dosłowne brzmienie umowy<sup>35</sup>.

Doktryna „rozsądnych oczekiwań” pod względem praktycznym, to wzorce umowne umowy ubezpieczenia i występujące w nich niejasności, zamiar ukrycia wyłączeń odpowiedzialności, natomiast same warunki umowy muszą być publicznie znane.

W doktrynie doszło do wyodrębnienia dwóch nurtów. Pierwszy przewiduje, że doktryna „rozsądnych oczekiwań” jest jedynie instrumentem wykładni w przypadkach, gdy umowa jest niejasna. Drugi wskazuje, że doktryna jest niezależnym instrumentem o wymiarze społecznym, mającym na celu ustalenie granic, do których może posunąć się ubezpieczyciel, ograniczając swoją odpowiedzialność przewidzianą w kontrakcie<sup>36</sup>.

Obiektywnie rozumiane rozsądne oczekiwania ubezpieczającego powinny podlegać ochronie ze strony sądu nawet w przypadku, gdy szczegółowa analiza językowa wzorca umownego musiałaby doprowadzić do zanegowania owych orzeczeń<sup>37</sup>. Doktryna *reasonable expectations* rozwijała się sukcesywnie przez lata w krajach *common law* głównie w celu ochrony ubezpieczających przed „mantrą powtarzaną przez ubezpieczycieli: pobieramy składki – nie płacimy odszkodowań...” w celu ochrony potrzebnej do zaspokojenia rozsądnych oczekiwań ubezpieczających po zawarciu umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający nie powinni być przedmiotem technicznych obostrzeń, ukrytych pułapek, a ich umowy ubezpieczenia powinny być konstruowane w sposób liberalny tak, aby ochrona została udzielona w możliwie pełny sposób na jaki tylko pozwala interpretacja zapisów umowy<sup>38</sup>.

34. *Allstate Ins. Co. przeciwko Grayes*, 216 Ga. App.419,422(3),454 S.E.2d 616(1995); sprawa *Smith* przeciwko *Crown Life Insurance Company* (Ont.Ct. Gen.Div.)(1999).

35. C.S. Carroll, *The reasonable Expectations Doctrine In Illinois*, DCBA Brie Online, Jurnal od the DuPage Country Bar Association, 9/2004.

36. D. Knox, *Policyholder Expectations & Consumer Responsibilities, Managing Regulatory Change In Life Insurance ond Pansions Training Course*, 9.03.2001 r., s. 5 i nast.

37. R. Keeton, *Insurance Law Rights at Variance with Policy Provisions*, 83 Harv. L. Rev. 961, 967 (1970).

38. K. Shigley, *Reasonable expectations of insured*, *Atlanta Injury Law & Civil Litigation Blog*, April 2005, s. 104.

Klauzula rozsądku kształtująca się w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych oraz Kanadzie, była efektem łączenia pojęcia rozsądku z zasadą dobrej wiary w trakcie zawierania umowy ubezpieczenia, a ściślej przy notyfikacji ryzyka w celu oceny faktów nieujawnionych wcześniej przez ubezpieczającego, istotnych lub nieistotnych dla ubezpieczyciela działającego w sposób rozsądny (*reasonable insurer*). Ubezpieczyciel obciążony został ciężarem udowodnienia, że pominięta informacja miała taki charakter, iż mogłaby wpłynąć na decyzję rozsądnego ubezpieczyciela<sup>39</sup>.

Podkreślić jednak należy, iż weryfikacja pojęcia rozsądku następuje dopiero po zgłoszeniu wypadku ubezpieczeniowego i w trakcie rozpatrywania zasadności roszczenia ubezpieczającego. Bierze się wówczas pod uwagę wpływ zatajenia okoliczności istotnych dla ryzyka oraz ich wpływ na decyzję rozsądnego ubezpieczyciela (zawarcie samej umowy, jej składka, decyzja o zmianie warunków ubezpieczenia). Na rozwiązanie umowy w przypadku nieumyślnego błędnego zinterpretowania lub nieumyślnego zatajenia zezwala kalifornijski kodeks ubezpieczeniowy, który stanowi iż istotność okoliczności powinna być oceniana wyłącznie na podstawie prawdopodobnego i rozsądnego wpływu danych faktów na decyzję ubezpieczyciela<sup>40</sup>.

Ocena, czy w danej sprawie zostały ujawnione okoliczności istotne, jest główną funkcją pojęcia rozsądku na etapie zgłoszenia zajścia wypadku ubezpieczeniowego oraz rozpatrywania zasadności roszczenia ubezpieczającego. Okoliczności podlegające ujawnieniu muszą być rozsądnie istotne, co oznacza, że nie jest możliwe stosowanie subiektywnej oceny dokonywanej przez danego ubezpieczyciela, lecz konieczne jest zastosowanie kryteriów obiektywnych, takich jakie byłyby zastosowane przez innych ubezpieczycieli znajdujących się w takiej samej sytuacji<sup>41</sup>.

Warto również zaznaczyć jak rozsądne oczekiwania ubezpieczającego mogą wpłynąć na umowę ubezpieczenia w stadium dochodzenia roszczeń z jej tytułu. Orzecznictwo sądów amerykańskich wskazuje, że ubezpieczyciel zamierzający ograniczyć swoją odpowiedzialność, powinien upewnić się, że jest to zgodne z rozsądnymi oczekiwaniami ubezpieczającego, natomiast żadna ze stron umowy nie powinna polegać wyłącznie na literalnym brzemieniu umowy. A zatem, przed podjęciem decyzji o umowie świadczenia, ubezpieczyciel powinien co najmniej uprawdopodobnić (jeśli nie udowodnić), że rozsądne oczekiwania stron co do ochrony ubezpieczeniowej nie zostały naruszone przez odmowę wypłaty odszkodowania<sup>42</sup>.

W sprawie *Lehrhoff przeciwko Aetna Cas. And Sur. Co*<sup>43</sup> sąd stwierdził, że tylko bardzo doświadczony i kompetentny czytelnik wiedząc jakich informacji szuka w tekście umowy, byłby w stanie je znaleźć i zrozumieć. Dokument umowy ubezpieczenia jest bardzo trud-

---

39. Sprawa *Compagnie mutuelle d'assurances Wawanesa przeciwko GMAC Location Itée* (J.E. 2005-429 (C.A.), 2005 QCCA 197).

40. A. Swierkiewicz, *Insurers: To Rescind Or Not to Rescind?*, CPCU, Vol. 2, Czerwiec 2004.

41. E. B. Lyall, *Fraud In disability claims, Insight conference*, Vancouver, April 30, 2004; [www.fasken.com/web/fmdwebsitefrench.nsf/0/1E3416E0DD3BAEA288256EAE005F1F13/\\$File/FRAUD\\_IN\\_DISABILITY\\_CLAIMS.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/web/fmdwebsitefrench.nsf/0/1E3416E0DD3BAEA288256EAE005F1F13/$File/FRAUD_IN_DISABILITY_CLAIMS.PDF?OpenElement).

42. B. Zalma, *Contract Interpretation &The „Reasonable Interpretations of the Insured”*, Oktober 6, 2003, dostępne pod adresem <http://www.zalma.com/reasonable.htm>.

43. 638 A.2d 889, N. J. Duper. A. D., 1994.



ny, a przeciętny ubezpieczający ma duże problemy z analizą i zrozumieniem całego dokumentu, zwłaszcza jeśli chodzi o znalezienie wzajemnych współzależności między poszczególnymi jej postanowieniami. Trudno więc oczekiwać, że przeciętny ubezpieczający odnajdzie i zinterpretuje we właściwy sposób wszystkie wyłączenia, wyjątki od wyłączeń, warunki i ograniczenia oraz wszelkie inne postanowienia bez względu na to jaką np. czcionką zostały napisane oraz jakim językiem (jasnym czy niejasnym)<sup>44</sup>.

Podobne zasady zostały przyjęte przez sądy na terenie całych Stanów Zjednoczonych. W sprawie John R. MacKinnon przeciwko Truck Insurance Exchange<sup>45</sup>, Sąd Najwyższy Kalifornii stwierdził jednomyślnie, iż umowa ubezpieczeń musi być interpretowana zgodnie z doktryną rozsądnych oczekiwań ubezpieczonego i ubezpieczyciela. Sąd ten ustanowił doktrynę rozsądnych oczekiwań zasadą prawną interpretacji kontraktów ubezpieczeniowych<sup>46</sup>.

Rozstrzygając o rozsądnych oczekiwaniach ubezpieczającego, sąd będzie brał pod uwagę jedynie ich znaczenie obiektywne. W szczególności nie mogą być uważane za rozsądne subiektywne i osobiste oczekiwania ubezpieczającego, które nie mają uzasadnienia w treści umowy<sup>47</sup>. Zatem przeprowadzając test „rozsądnej osoby” uwzględnić należy zasadę należytej staranności, wymaganą przy wykonywaniu zobowiązań. Różnica polega jednak na tym, iż staranność pojmowana będzie odmiennie w stosunku do ubezpieczającego i ubezpieczyciela. W przypadku ubezpieczającego, owa staranność może być „przeciętna”, natomiast w przypadku ubezpieczyciela, zwłaszcza na etapie konstruowania umowy i następnie interpretowania wyłączeń odpowiedzialności, miernik staranności jest wyższy.

Wymóg rozsądnosci w zakresie terminu do zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego pojawia się także w systemie *common law*. Orzecznictwo stwierdza, iż zawiadomienie o wypadku powinno być dokonane w terminie przewidzianym w umowie lub w przypadku braku takiego terminu w terminie rozsądnym<sup>48</sup>. Wszystkie sformułowania zawarte w umowach ubezpieczenia, takie jak „niezwłocznie”, interpretuje się z wykorzystaniem zasady rozsądku.

#### 4. Klauzula rozsądku w świetle ubezpieczeń morskich oraz *Restatements of European insurance contracts*

Uznać należy, iż klauzula rozsądku pełni ważną rolę wspomagającą zasadę dobrej wiary. Często uznawana jest, obok zasady dobrej wiary, za jedną z zasad umowy ubezpieczenia. Pojęcie „rozsądku” występuje również, wspólnie z klauzulą *uberrimae fidei*, w prawie ubezpieczeń morskich. Powyższe klauzule ujęte są w przepisach ustawy o ubezpieczeniach morskich z 1906 roku (English Marine Insurance Act 1906) oraz Instytutowych klauzulach ładunkowych (C), 1/1/82.

44. K. Shigley, *Reasonable Expectations of the insured*, Atlanta Injury Law & Civil Litigation Blog, April 2005.

45. 31 Cal.4th 635, 73 P.3d 1205.

46. Także inne sądy stosowały doktrynę rozsądnych oczekiwań w sprawach dotyczących sporów o interpretację umowy ubezpieczenia; patrz np. sprawy: *AIU Insurance Co. przeciwko Superior Court*.

47. K. Malinowska, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 274.

48. M. A. Clarke, *The law insurance contracts*, LLP 1997, s. 715.

W państwach, w których doktryna *uberrimae fidei* była wcześniej stosowana w ubezpieczeniu morskim, jest ona obecnie kwestionowana, a nawet wręcz odrzucana jako nieprecyzyjny i wywołujący anachronizm<sup>49</sup>. Efektem tej ewolucji będzie osłabienie roli najwyższego zaufania w ubezpieczeniach i „zdegradowanie” go do „zwykłej” dobrej wiary. Powyższe wskazuje na zjawisko umacniania się „zasady rozsądku” obok zasady dobrej wiary w anglosaskim prawie ubezpieczeń morskich.

Zapisy Marine Insurance Act 1906 w części dotyczącej wyjawienia okoliczności i przedstawienia danych o wypadku ubezpieczeniowym, zawierają określenie „rozważny ubezpieczyciel”<sup>50</sup>. Dane przedstawione ubezpieczycielowi są istotne jeżeli mają wpływ na osąd rozsądnego ubezpieczyciela, co do ustalenia składki lub decyzji o przyjęciu ryzyka<sup>51</sup>. Przedstawienie faktu jest prawdziwe, o ile jest zasadniczo poprawne, to znaczy o ile różnica pomiędzy tym, co zostało przedstawione, a tym, co jest rzeczywiście poprawne, nie zostałaby przez rozsądnego ubezpieczyciela uznana za istotną<sup>52</sup>. Zakłada się, że ubezpieczonemu znane są wszelkie okoliczności, które powinny być mu znane w normalnym trybie jego działalności<sup>53</sup>.

Z pojęciem „rozsądku” w Marine Insurance Act 1906 spotykamy się także w przepisach dotyczących szkód częściowych, ściślej strat częściowych statku<sup>54</sup>, gdzie mowa o rozsądnych kosztach naprawy statku przysługującym ubezpieczonemu oraz odszkodowaniu za rozsądną utratę wartości.

Kolejnym przejawem pojęcia „rozsądku” w *Marine Insurance Act* jest przepis dotyczący klauzuli o wydatkach poniesionych w celu usunięcia szkody i zmniejszenia jej rozmiarów. Przepis ten traktuje o obowiązkach ubezpieczonego i jego agentów, którzy powinni podejmować rozsądne kroki w celu uniknięcia szkody i zmniejszenia jej rozmiaru.

*Marine Insurance Act* wyjaśnia również w art. 88, co rozumiemy pod pojęciem „rozsądny czas”, „rozsądna składka”, „rozsądna pilność” wskazując, że co jest rozsądne, jest kwestią faktów.

Instytutowe warunki ubezpieczenia ładunków od ryzyk wojennych oraz od ryzyk strajkowych stosowane są w wersji 1/1/82<sup>55</sup>. Każda z nich zawiera 14 klauzul, wśród których wymienia się klauzulę o działaniu bez zwłoki (*Reasonable Despatch*).

Instytutowe klauzule ładunkowe (C), również odnoszą się do pojęcia „rozsądku”. Mamy z nimi do czynienia w kontekście klauzul o kosztach wysyłki<sup>56</sup>, gdzie mowa, że ubezpieczyciel powinien zwrócić ubezpieczonemu wszelkie koszty słusznie i rozsądnie poniesione na wyładunek, składowanie oraz wysyłkę. Pojęcie rozsądku występuje także

---

49. J. Łopuski, *Doktryna najwyższej dobrej wiary...*, s. 153.

50. Art. 20 ust 2 *English Marine Insurance Act 1906* – An Act to codify the Law relating to Marine Insurance [ 21 grudzień 1906, Anglia.

51. Art. 20 ust. 4 *English Marine Insurance Act 1906*.

52. Patrz tłumaczenie *Marine Insurance Act* zawarte w: Z. Brodecki, *Prawo ubezpieczeń morskich*, przez M. Sodolski, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1999, ss. 181-210.

53. Art. 69 ust. 1 pkt 2, 3 *English Marine Insurance Act 1906*.

54. Art. 78 ust 4 *English Marine Insurance Act 1906*.

55. N. G. Hudson, J. C. Allen, *op.cit.*, ss. 223-233. Większość klauzul ma taką samą treść jak odpowiednie klauzule ICC (A), (B), (C). Specyficzne akcenty pojawiają się w klauzulach o wyłączeniach.

56. Art. 12 Instytutowe klauzule ładunkowe (C), 1/1/82.

w przepisach dotyczących klauzuli o stracie całkowitej konstruktywnej<sup>57</sup> – roszczenie z tytułu straty całkowitej zostanie uznane tylko wtedy, gdy zostanie rozsądnie zgłoszone *abandon* przedmiotu zgłoszenia.

Przepisy Instytutowych klauzul ładunkowych (C), dotyczące zmniejszenia szkód, wskazują, że należy podejmować rozsądne działania w celu uniknięcia lub zmniejszenia szkody<sup>58</sup>. Ubezpieczyciel powinien natomiast zwrócić ubezpieczonemu wszelkie koszty słusznie i rozsądnie poniesione dla wykonania powyższych obowiązków.

Pojęcie rozsądku w fazie wykonywania umowy ubezpieczenia, występuje także w *Restatement of European insurance contracts*, którego zapisy wskazują, iż ubezpieczyciel powinien mieć na uwadze rozsądne oczekiwania ubezpieczającego. Obecnie można w sposób zasadny wnioskować, iż *Restatement* stanowi prawdopodobny kierunek rozwoju europejskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych o umowie ubezpieczenia w najbliższej przyszłości<sup>59</sup>. Należy także podkreślić, iż *Restatement* ma stanowić, zgodnie z założeniami, model dla prawodawcy europejskiego oraz, co równie istotne, dla legislatorów z poszczególnych państw członkowskich, a także pełnić rolę punktu odniesienia dla przedsięwzięć podejmowanych przez europejski rynek ubezpieczeniowy w celu ujednolicenia stosowanych w obrocie warunków ubezpieczeń. Jako imperatyw, który ma zostać zrealizowany za pomocą *Restatement* i niewątpliwie rzutuje zarówno na konstrukcję klauzul, jak i na ich treść, jest traktowany postulat zapewnienia w skali całej Europy jednolitej ochrony ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu do świadczeń z umowy ubezpieczenia, jak i ochrony interesu publicznego<sup>60</sup>.

Założenia *Insurance Restatement* są wyrazem kompromisu poglądów poszczególnych członków *Project Group* i poprzedzone zostały szczegółową analizą prawnoporównawczą<sup>61</sup>.

Zapisy *Restatement* propagują ideę rozsądku również poprzez nakładanie na ubezpieczającego obowiązku zachowania przy dokonywaniu notyfikacji ryzyka. Pojęcie rozsądku postrzegane może być dwojako – jako obowiązek dla ubezpieczającego, ale także jako ochrona przed wyciąganiem zbyt rygorystycznych konsekwencji z błędów popełnionych przy notyfikacji ryzyka.

Zasada rozsądku pojawia się w każdej sytuacji, gdy mamy do czynienia z wypowiedzeniem umowy w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, gdzie zarówno postanowienia odnoszące się do wypowiedzenia umowy, jak i wykonanie owych postanowień muszą być rozsądne, a tym samym uzasadnione<sup>62</sup>.

Analizując dalsze postanowienia *Restatement of European Insurance Contract* odnoszące się do klauzul abuzywnych, postępujemy się zasadą rozsądku w przypadku

57. Art. 13 Instytutowe klauzule ładunkowe (C), 1/1/82.

58. Art. 16.1 Instytutowe klauzule ładunkowe (C), 1/1/82.

59. D. Fuchs, *Restatement of European Insurance Contract Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń*, (w:) *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, praca zbiorowa pod redakcją E. Kowalewskiego, Toruń 2009, s. 128.

60. D. Fuchs, *Dobro powszechne (ogólne) jako wyznacznik ewolucji wspólnotowego prawa ubezpieczeń gospodarczych*, (w:) *Prawo gospodarcze Wspólnoty Europejskiej na progu XXI wieku*, praca zbiorowa pod redakcją C. Mika, Toruń, 2002 r., ss. 71-95.

61. Jurgen Basedow, John Birds, Malcolm Clarke, Herman Cousy, Helmut Heiss. ed. *Principles of European Insurance Contract Law*. Munich: Selier, 2009.

62. Art. 2:604 *Restatement of European Insurance Contracts*.

warunków umowy, będących w sprzeczności z wymogami dobrej wiary i dobrych praktyk rynkowych, które wcześniej nie były przedmiotem negocjacji między stronami. Wówczas umowa ubezpieczenia w pozostałej części obowiązuje. Jeżeli jest to jednak niemożliwe warunki te powinny być zastąpione warunkami, na które zdecydowały się rozsądne strony umowy. Określenie „rozsądny” odnosi się zarówno do ubezpieczającego, jak i ubezpieczyciela<sup>63</sup>.

Kolejnym przejawem funkcjonowania zasady rozsądku w *Restatments of European Insurance Contracts* jest przepis dotyczący ustalania okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, który zobowiązuje strony do współpracy z ubezpieczycielem w celu ustalenia okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego poprzez odpowiedź na racjonalne żądanie ubezpieczyciela o dostarczeniu informacji o przyczynach i efektach wypadku ubezpieczeniowego<sup>64</sup>.

Zasada rozsądku ma także zastosowanie przy określeniu kosztów poniesionych w związku z zastosowaniem środków prewencyjnych, które to ubezpieczyciel powinien zwrócić ubezpieczonemu. Przepisy *Restatement of European Insurance Contracts* wskazują, iż koszty te mają wymiar racjonalny<sup>65</sup>.

W dalszej kolejności odniesiono się do kluczowego zagadnienia zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym do: przedkontraktowych obowiązków ubezpieczającego z obowiązkami informacyjnymi na czele wraz z określoną sankcją za uchybienia w tym zakresie<sup>66</sup>.

Jak wynika z analizowanych przepisów, pojęcie rozsądku ma służyć ochronie interesów ubezpieczających, nie ograniczając jednak nadmiernie swobody umów między stronami.

## Podsumowanie

Pojęcie rozsądku obecne jest w różnych systemach prawa, nawet w tych, w których nie zostało wyrażone w tekstach prawa. Obecność ta staje się powoli rzeczywistością, choć to nie systemy prawa państw członkowskich stały się źródłem jego coraz powszechniejszego zastosowania<sup>67</sup>. Zasada rozsądku nie jest obca prawu brytyjskiemu, choć jej zastosowanie w porównaniu z prawem amerykańskim jest nieporównywalnie skromniejsze<sup>68</sup>. Faktem jest, że tak zwany *common sense* jest szeroko stosowany. Bez względu na zmianę terminologii chodzi właśnie o zasadę rozsądku<sup>69</sup>.

Zasadę rozsądku zapoczątkowały akty prawa międzynarodowego. W anglosaskim prawie ubezpieczeniowym podniesiona ona została do rangi zasady. Obecnie zasada

---

63. Art. 2:304 *Restatement of European Insurance Contracts*.

64. Art. 6:102 *Restatement of European Insurance Contracts*.

65. Art. 9:102 *Restatement of European Insurance Contracts*.

66. D. Fuchs, *Restatement of European Insurance Contract Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń*, (w:) *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, praca zbiorowa pod redakcją E. Kowalewskiego, Toruń 2009, *op. cit.*, s. 135.

67. Z. Brodecki, *Przedmowa do Umowa Ubezpieczenia w Europie bez Granic*, K. Malinowska, s. 13.

68. M. Clark, *The law insurance contracts*, LLP 1997, s. 364.

69. M. Clark, *The law...*, s. 571.

rozsądku znalazła swoje odzwierciedlenie w *Principles of European Contract Law* oraz *Restatement of European Insurance Contracts*.

Klauzula „rozsądnych oczekiwań” ubezpieczającego co do treści ubezpieczenia, co jest to już szeroko praktykowane w *common law*, a w przyszłości jak wskazuje ustawodawstwo europejskie, podlegać będzie weryfikacji szczególnie na etapie dochodzenia roszczeń. Klauzula rozsądku ma w istocie moc korygowania zobowiązań stron wynikających z zawartej umowy w sposób wykraczający poza jej wykładnię. Stosowana jest do niwelowania wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej zawartych w warunkach ubezpieczeń.

Klauzulę rozsądku należy rozumieć jako kryterium oceny wykonania obowiązku umowy oraz oceny stopnia staranności w sferze umowy. Stanowi dodatkowe kryterium konkretyzujące i obiektywizujące zarzut zawinienia, służy weryfikacji stopnia ostrożności i ma charakter prokonsumencki. Pełni zatem funkcję ochronną strony słabszej umowy ubezpieczenia tj. ubezpieczonego.

Jeżeli chodzi o umowy konsumenckie, uznać należy, że znaczenie klauzuli rozsądku słabnie. Zarówno w polskim systemie prawnym, jak również w orzecznictwie i literaturze zauważamy, iż przepisy zakazują stosowania klauzul umownych, uznanych za niedozwolone. Kodeks cywilny w art. 385<sup>3</sup> k.c. zawiera otwarty katalog klauzul. Wymienione w komentowanym przepisie klauzule umowne mają tę cechę wspólną, że nie są jako takie, ani zabronione w obrocie powszechnym, ani konsumenckim, a jedynie mogą zostać uznane za niedozwolone wobec konsumentów, co więcej „w razie wątpliwości” powinny być za takie uznane<sup>70</sup>. Rola klauzuli rozsądku, jako kryterium obiektywizujące i konkretyzujące winę, ma zatem znacznie mniejsze znaczenie w kontekście umów konsumenckich, jednak w umowach pozakonsumenckich jest w pełni aktualna.

Zgodnie z przyjętym założeniem, *Restatement of European Insurance Law*, klauzula rozsądku w przyszłości stanowić będzie podstawę europejskiej regulacji umowy ubezpieczenia.

## Wykaz źródeł:

- Basedow J., Birds J., Clarke M., Cousy H., Heiss H. ed. *Principles of European Insurance Contract Law*, Munich: Selier, 2009.
- Bowman J. (ed.), *Halsbury's Statutes, Contract*, Butterwords, London, 1985 r.
- Brodecki Z., *Prawo ubezpieczeń morskich*, Wydawnictwo Prawnicze „LEX”, Sopot 1999.
- Burke J. J. A., *Standard Form Contracts*, Lex2k Project, 2004.
- Carroll C.S., *The reasonable Expectations Doctrine In Illinois*, DCBA Brie Online, Jurnal od the DuPage Country Bar Association, 9/2004.
- Clarke M.A., *The law insurance contracts*, LLP 1997.
- Cornu G., *Vocabulaire juridique*, PUF, Paris 1987.

70. E. Łętowska, *Ochrona niektórych praw konsumentów. Komentarz*. Wydawnictwo C.H. Beck, 2001, s. 112.

*English Marine Insurance Act 1906 - An Act to codify the Law relating to Marine Insurance*, 21 grudzień 1906, Anglia.

Fisher J., *Why are insurance contracts subject to special rules of interpretation? ,Text versus context*, Arizona State Law Journal, Fall, 1992.

Fuchs D., *Dobro powszechne (ogólne) jako wyznacznik ewolucji wspólnotowego prawa ubezpieczeń gospodarczych*, (w:) *Prawo gospodarcze Wspólnoty Europejskiej na progu XXI wieku*, praca zbiorowa pod redakcją C. Mika, Toruń, 2002.

Fuchs D., *Restatement of European Insurance Contracts Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń*, [w:] *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, praca zbiorowa pod redakcją E. Kowalewskiego, Toruń 2009.

Hudson N. G., Allen J. C., *The Institute Clauses Handbook*, Lloyd's of London Press Ltd, 1986. *Institutowe klauzule ładunkowe* (C).

Jones P., *Reasonableness, Honesty and Good Faith*, International Sales Quarterly, (marzec 1995).

Keeton R., *Insurance Law Rights at Variance with Policy Provisions*, 83 Harv. L. Rev. 961, 967 (1970).

Knox D., *Policyholder Expectations & Consumer Responsibilities*, Managing Regulatory Change In Life Insurance and Pensions Training Course, 9.03.2001.

Lyall E. B., *Fraud In disability claims*, Insight conference, Vancouver, April 30 2004.

Łętowska E., *Ochrona niektórych praw konsumentów. Komentarz*. Wydawnictwo C.H. Beck, 2001.

Łopuski J., *Doktryna najwyższej dobrej wiary w anglosaskim prawie ubezpieczeniowym, jej pochodzenie, znaczenia i krytyka*, [w:] *Szkice o ubezpieczeniach*, pod red. M. Kuchlewskiej, Zeszyty Naukowe nr 75, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006.

Malinowska K., *Dobra wiara umowy ubezpieczenia – zmiany art. 815 k.c.*, (w): *„Umowa ubezpieczenia, Dyskusja nad formą prawną i treścią unormowań”*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.

Malinowska K., *Umowa ubezpieczenia w Europie bez granic*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa, 2008.

*Marine Insurance Act* zawarte w: Brodecki Z., *Prawo ubezpieczeń morskich*, przez Sodolski M., Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1999.

Me Odette Jobin-Laberge, *Les limites de la bonne foi dans les contrats l'assurance, un cas particulier*, Congres du Barreau du Québec, 2000.

Orlicki M. (w:), *System prawa prywatnego*, t. 8. *„Prawo zobowiązań – Część szczegółowa”*, red. Panowicz-Lipska J., Warszawa 2004.

Perelman Ch., *Le raisonnable et le déraisonnable en droit*, Arch. Philo. dr., t. 23, 1978, repr. w: *Le raisonnable et le déraisonnable en droit – réflexions sur le droit*, (wybór artykułów), LGDJ, 1984, przedm. M. Villey.

Rajski J., *Jednolite reguły wykładni kontraktów zawieranych w międzynarodowym obrocie gospodarczym*, [w:] *Studia prawa cywilnego i gospodarczego, Księga pamiątkowa dedykowana profesor Czesławie Żuławskiej*, pod red. Gnelli B., Koczanowskiego J., Szostaka R., Wyd. AE, Kraków 2000.

*Restatement of European Insurance Contracts*.

Rott-Pietrzyk E., *Pojęcie rozsądku w projekcie Europejskiego Kodeksu Cywilnego*, (w:) *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa profesora Maksymiliana Pozdana*, Zakamycze-Kraków, 2005.

Schwartz-Libermann von Wahlendorf H.A., p. 69. *Quelques années plus tard, Ce dernier auteur écrivait dans Le juge <législateur>, L'approche anglaise*, préc., RIDC, 1999.

Weiszberg G., *Le <Raisonné> en Droit du Commerce International*, praca doktorska na uniwersytecie Panthéon – Assas ( Paris II ), 7 listopad 2003, ( rozdz. 11), dostępna pod adresem: [www.cisg.law.pace.edu/cisg/biblio/Reasonableness.html](http://www.cisg.law.pace.edu/cisg/biblio/Reasonableness.html).

Swierkiewicz A., *Insurers: To Rescind Or Not to Rescind?*, CPCU, Vol. 2, Czerwiec 2004.

Wittaker S. i Zimmermann R., *Good faith in European contract law: surveying the legal landscape*, [w:] *Good faith in European Contract Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000.

Zalma B., *Contract Interpretation & The „Reasonable Interpretations of the Insured”*, October 6, 2003, dostępne pod adresem <http://www.zalma.com/reasonable.html>.

## **Clause of reasonableness in the Anglo-Saxon insurance law and Restatement of European Insurance Contracts – Summary**

*This article aims to present the clause of reasonableness understood as a criterion for assessment of performance of the contract obligation and for assessment of the degree of care as regards the contract. In the Anglo-Saxon insurance law, the clause of reasonableness has been raised to the level of a principle. Currently, it has been reflected in Principles of European Contract Law and Restatement of European Insurance Contracts. In order to present exhaustively the concept and function of the clause of reasonableness in the Anglo-Saxon insurance law, the good faith principle and uberrimae fidei principle have also been briefly discussed. In the article, the clause of reasonableness has been presented in the context of maritime insurance. The article ends with author's conclusion according to which the clause of reasonableness, as a criterion which makes the blame more objective and concrete, has much smaller significance in the case of consumer contracts, but as regards non-consumer contracts it is fully up to date and in accordance with the principles of Restatement of European Insurance Law, and in the future it will constitute the basis of the European regulation of the insurance contract.*

**NATALIA BUKOWSKA** jest doktorantem w Zakładzie Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu oraz aplikantem adwokackim w Okręgowej Radzie Adwokackiej w Gdańsku.

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





**MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL**

# Prawa pacjentów na wspólnym rynku Unii Europejskiej według nowej dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady UE

*Dnia 2 lipca 2008 r. Komisja Europejska, korzystając z inicjatywy ustawodawczej zgodnie z art. 293 (Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej) TFUE, przedłożyła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie projekt dyrektywy w sprawie wykonywania praw pacjenta w transgranicznym zaopatrzeniu zdrowotnym<sup>1</sup>. Projekt ten po dość długim okresie oczekiwania został przyjęty przez Radę Unii Europejskiej podczas jej szczytu w dniach 16-17 grudnia 2010 r. Osiągnięto tam kompromis dotyczący ostatecznego kształtu dyrektywy. Następnie Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej przyjęli ten projekt w ostatecznej wersji 9 marca 2011 r. Celem dyrektywy, mającej swój początek w orzeczeniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (TS), jest stworzenie przejrzystych ram do transgranicznego świadczenia usług medycznych wewnątrz Unii Europejskiej oraz stworzenie opieki medycznej o wysokim standardzie, która jednocześnie byłaby wydajna i bezpieczna.*

## **Wprowadzenie**

Transgraniczne zaopatrzenie medyczne wewnątrz Unii Europejskiej napotyka, na pierwszy rzut oka, na dwie zasady prawne, które nie dają się ze sobą połączyć. Po jednej stronie zasada wyłącznej odpowiedzialności państw członkowskich za kształtowanie swoich systemów zabezpieczeń społecznych i zdrowotnych, a po drugiej stronie prawo gospodarcze zawarte w Traktacie o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) dające wszystkim osobom fizycznym i prawnym prawa i wolności gospodarcze i jednocześnie zobowiązujące państwa członkowskie do takiego stanowienia prawa, aby chroniło te wolności.

Samodzielność państw członkowskich UE w kształtowaniu swoich systemów zabezpieczeń społecznych oznacza w szczególności wolność do podjęcia decyzji o obowiązywaniu

---

1. Dziennik Urzędowy UE 4.04.2011, L88/45. W dalszej części opracowania nazywana dyrektywą medyczną. Projekt ten w jego skonsolidowanej wersji z dnia 19.01.2011 r. jest dostępny pod adresem: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+20110119+SIT+DOC+PDF+V0//PL&language=PL>.

zasady świadczeń rzeczowych, a jednocześnie możliwość niestosowania zasady zwrotu kosztów leczenia. Prawo wspólnotowe powinno respektować tę suwerenną decyzję danego państwa członkowskiego. Zgodnie z art. 168 ust. 5 TFUE odpowiedzialność państw członkowskich za organizację systemu zdrowotnego należy tylko i wyłącznie do nich.

Utworzona w ten sposób możliwość kształtowania prawa ubezpieczeń zdrowotnych państw członkowskich jest szeroka, ale jednocześnie niepozbawiona granic. Granica przebiega tam, gdzie pod względem prawnym ubezpieczenia zdrowotne mogą zostać zakwalifikowane jako sprawy dotyczące rynku wewnętrznego. Tu z kolei obowiązują wolności gospodarcze. Wartością, która ma w tym kontekście duże znaczenie i będzie miała zastosowanie jest zasada solidarności. TFUE będzie stosowany tam, gdzie ubezpieczenie zdrowotne pozbędzie się swojego socjalnego charakteru. Tutaj, obok myśli, że zainteresowane osoby poruszają się w systemie świadczeń zdrowotnych jako prywatne podmioty prawne, pojawia się aspekt zorganizowanego systemu zabezpieczenia w razie choroby, jako części państwowej opieki.

## **1. Orzecznictwo ETS w sprawach transgranicznego świadczenia usług medycznych**

Państwa członkowskie przy wykonywaniu upoważnienia do samodzielnego kształtowania swoich systemów zabezpieczeń społecznych muszą jednocześnie podporządkowywać się prawu wspólnotowemu<sup>2</sup>. Zgodnie z orzeczeniami TS, świadczenie usług medycznych i handel artykułami medycznymi podlegają zasadom wolności zawartym w TFUE<sup>3</sup>. TS uznał, iż co do zasady ani szczególny charakter, ani sposób organizacji lub finansowania opieki zdrowotnej nie powodują wyłączenia jej z zakresu podstawowej zasady swobody świadczenia usług. Miejsce świadczenia usługi, a więc rozróżnienie pomiędzy leczeniem, które wykonywane jest w szpitalu i leczeniem pozaszpitalnym, nie ma tu znaczenia<sup>4</sup>.

### **1.1. MOŻLIWOŚCI OGRANICZENIA SWOBODY ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH**

Państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować, że ograniczy zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej z powodów związanych z jakością i bezpieczeństwem świadczonej opieki zdrowotnej, gdy jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym dotyczącym zdrowia publicznego. Państwo członkowskie ubezpieczenia może również przyjąć dodatkowe środki oparte na innych przesłankach, jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym. Pojęcie „nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym”, do którego odnoszą się niektóre przepisy projektu dyrektywy, zostało ukształtowane przez TS w orzecznictwie dotyczącym art. 49 i 56 TFUE i może podlegać dalszej ewolucji. Trybunał wielokrotnie orzekał, że nadrzędne względy podyktowane interesem ogólnym

---

2. TS, sprawa C-120/95 (Decker).

3. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-120/95 (Decker.); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

4. TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms).

nym mogą uzasadniać ograniczenie swobody świadczenia usług. Takimi względami są np. wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia o wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich. TS uznał również, że cel jakim jest utrzymanie – w interesie zdrowia publicznego – zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich opieki medycznej i szpitalnej, może także być objęty jednym z odstępstw przewidzianych w art. 52 TFUE, jeżeli przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. TS stwierdził też, że postanowienia Traktatu umożliwiają państwom członkowskim ograniczenie swobody świadczenia usług medycznych i szpitalnych w takim zakresie, w jakim uznanie zdolności do leczenia lub kompetencji medycznych na terytorium krajowym jest niezbędne dla zdrowia publicznego.

## **1.2. ZWROT KOSZTÓW LECZENIA I WPROWADZENIE OBOWIĄZKU UZYSKANIA ZGODY W ORZECZENIACH TS**

TS w swoim orzecznictwie<sup>5</sup> uznał prawo pacjentów, jako ubezpieczonych, do zwrotu, w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego, kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim. Jednocześnie zauważył, że obowiązek zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej powinien być ograniczony jedynie do opieki, do której jest uprawniona osoba ubezpieczona zgodnie z przepisami państwa członkowskiego ubezpieczenia.

W świetle orzecznictwa TS, uzależnienie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim przez ustawowy system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej od uprzedniej zgody, jest ograniczeniem w swobodnym przepływie usług. Zatem, co do zasady, państwo członkowskie ubezpieczenia nie powinno uzależniać pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w tym państwie członkowskim od uprzedniej zgody, w przypadku gdy koszty tej opieki – jeżeli udzielono by jej na terytorium tego państwa – zostałyby sfinansowane przez jego system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej. TS zauważył również, iż uzasadnione jest takie ograniczenie możliwości korzystania ze świadczenia osoby ubezpieczonej, które polegałoby na konieczności uzyskania zgody na przeprowadzenie usług poza macierzystym systemem świadczeń zdrowotnych. W dziedzinie leczenia szpitalnego jest to, zdaniem Trybunału, uzasadnione tym, że liczba szpitali, ich geograficzne położenie, ich rozbudowa i podległe im jednostki, jak również rodzaj specjalizacji usług medycznych, które świadczą z uwagi na cel ich działalności – czyli zapewnienia wysokiej jakości standardu usług w sposób wystarczalny dla mieszkańców – musi być „jawni” względnie „powszechnie znany”<sup>6</sup>. W dziedzinie leczenia ambulatoryjnego TS nie przewidział takiego ograniczenia i stwierdził, iż nie jest udowodnione, aby określone ograniczenia były konieczne do utrzymania świadczeń na odpowiednim poziomie<sup>7</sup>.

5. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-120/95 (Decker.); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

6. TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

7. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

## 2. Cele dyrektywy

Po tym jak nie udało się zawrzeć orzecznictwa ETS w ramach dyrektywy o świadczeniu usług<sup>8</sup>, Komisja wszczęła proces konsultacji do uregulowań sektorowych<sup>9</sup>. Wynikiem tych prac jest omawiana dyrektywa medyczna. W uzasadnieniu do dyrektywy Komisja konkretyzuje cel, jakim jest stworzenie w ramach Wspólnoty Europejskiej systemu transgranicznej bezpiecznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości. W ten sposób ma zostać stworzona wspólna podstawa dla wszystkich wspólnotowych systemów zdrowotnych, specjalne ramy transgranicznej opieki zdrowotnej i współpraca w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej<sup>10</sup>. Ta wspólna podstawa prawna powinna przynieść wyjaśnienie systemu refundowania kosztów leczenia w innym niż własne państwie członkowskim, a również stworzyć warunki do powstania systemu zdrowotnego o wysokim standardzie usług.

## 3. Budowa i treść dyrektywy

Dyrektywa medyczna jest podzielona na 5 rozdziałów. Pierwszy rozdział dotyczący przepisów ogólnych w art. 1 ust. 1 zawiera cel dyrektywy. Jest nim ustanowienie przepisów ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i promocja współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 1 ust. 2, dyrektywa ma zastosowanie niezależnie od rodzaju organizacji systemu i finansowania opieki zdrowotnej. Przy zastosowaniu przepisów dyrektywy nie ma znaczenia czy chodzi o publiczny, czy prywatny system opieki zdrowotnej. Art. 1 ust. 3 spod regulacji dyrektywy wyłącza świadczenia w dziedzinie opieki długoterminowej, prawo do otrzymywania przeszczepów oraz programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Art. 2 reguluje związek projektu z innymi przepisami Wspólnoty.

### 3.1. OBOWIĄZKI PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO LECZENIA

Państwo członkowskie leczenia oznacza państwo członkowskie, na terenie którego faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna (art. 3 lit. C). Aby zapewnić bezpieczeństwo leczenia, państwo leczenia powinno zapewnić odpowiednie standardy jakości (art. 4 ust. 1), a także dostęp pacjentów do informacji pomagających im w dokonywaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia. Dalej, państwo leczenia powinno zapewnić podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych, a także przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji w celu dochodzenia odszkodowań. Obowiązkiem państwa leczenia jest również zapewnienie pacjentom w celu zapewnienia kontynuacji opieki do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 4 ust. 2). Państwo członkowskie leczenia

---

8. Kom (2004) 2.

9. Kom Sek (2006) 1195/4.

10. KOM (2008), 414, s. 4; oraz art. 1 proj. Dyrek.

zobligowane jest do zapewnienia stosowania przez świadczeniodawców tej samej skali opłat, skalkulowanej zgodnie z obiektywnymi niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych (art. 4 ust. 4).

Ważnym zapisem jest art. 4 ust. 3 dyrektywy wprowadzający możliwość przyjęcia przez państwo leczenia – jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami dobra ogólnego<sup>11</sup> – środków dotyczących dostępu do leczenia. Środki te muszą być ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne, nie mogą stanowić arbitralnej dyskryminacji oraz są z wyprzedzeniem podawane do publicznej wiadomości.

### 3.2. RODZAJE I GRANICE KORZYSTANIA Z TRANSGRANICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

#### Zwrot kosztów leczenia

W rozdziale III, w art. 7 - 9 dyrektywy zostały zawarte przepisy regulujące korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej. Art. 7 ust. 1 dyrektywy formułuje zasadę zwrotu kosztów stanowiącą, że państwo członkowskie ubezpieczenia<sup>12</sup> zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia. Jeżeli chodzi o wysokość, do której koszty te będą pokrywane, to zasada znajduje się w art. 4 ust. 4. Stanowi on, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej. Pozostałymi kosztami zostanie obciążona osoba korzystająca z leczenia zagranicznego. Oczywiście, jeżeli państwo ubezpieczenia uzna to za słuszne, może zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości lub zwrócić inne koszty związane z leczeniem, jak np. koszty noclegu i podróży (art. 7 ust. 4). Państwa członkowskie zobowiązane są do wprowadzenia procedur administracyjnych zwrotu kosztów opieki zdrowotnej opartych na obiektywnych i niedyskryminujących kryteriach i proporcjonalnych do celu, jakie mają osiągnąć (art. 4 ust. 6 i art. 9 ust. 1).

Art. 7 ust. 8 dyrektywy zawiera zasadę stanowiącą, że państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależnić zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody. Od tej jasnej zasady istnieją jednak wyjątki zawarte w art. 8 dyrektywy. Ponadto zgodnie z art. 7 ust. 9 dyrektywy, państwo członkowskie może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych wspomnianym już interesem ogólnym<sup>13</sup>.

11. Takimi jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych i ludzkich.
12. Czyli to państwo członkowskie, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym jest uprawniona do świadczeń chorobowych zgodnie z prawodawstwem tego państwa (art. 3 lit. C).
13. Dyrektywa wymienia przykładowo dwa wypadki: wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia lub dotyczące woli

### System uprzedniej zgody

W drodze wyjątku od zasady zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, w określonych przypadkach, państwo członkowskie może przewidzieć konieczność wprowadzenia systemu udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Państwo członkowskie wprowadzając taki system jest zobowiązane do podania do publicznej wiadomości jaki rodzaj opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi uzyskania poprzedniej zgody (art. 8 ust.7). W art. 8 ust. 2 dyrektywy zostały przewidziane trzy takie przypadki. Wprowadzenie systemu udzielania uprzedniej zgody jest możliwe, gdy:

- opieka zdrowotna wymaga zaplanowania w celu wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie lub woli kontrolowania kosztów i uniknięcia marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz:
  - obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
  - występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej,
- obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa,
- jest świadczone przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki podlegającej prawodawstwu unijnemu.

Uregulowanie art. 8 ust. 2 dyrektywy kodyfikuje stworzone przez TS zasady wewnątrzpaństwowego leczenia szpitalnego. W orzeczeniu *Smits/Peerboom*<sup>14</sup> sędziowie uznali wprowadzenie systemu zezwoleń na leczenie transgraniczne w przypadku leczenia szpitalnego za zgodne z prawem europejskim<sup>15</sup>. W orzeczeniu tym TS argumentuje potrzebę wprowadzenia systemu pozwoleń w przypadku leczenia szpitalnego. Faktem jest, iż leczenie to jest kosztowniejsze, a państwo w celu zapewnienia odpowiednich standardów opieki zdrowotnej musi zachować możliwość planowania<sup>16</sup>. W orzeczeniach *Müller-Faure/van Riet* i *Vanbrakel* TS odniósł się do innych kryteriów dotyczących wprowadzenia systemu pozwoleń<sup>17</sup>.

Państwo członkowskie z kolei, zgodnie z art. 8 ust. 5 dyrektywy, nie może odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli taka opieka nie może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, w oparciu o obiektywną ocenę stanu zdrowia pacjenta, historii i prawdopodobnego przebiegu jego choroby, stopnia bólu oraz charakteru jego niepełnosprawności w chwili składania lub ponawiania wniosku i udzielenie zgody.

Państwo członkowskie ubezpieczenia może odmówić wydania uprzedniej zgody w następujących przypadkach:

- jeżeli bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować,

---

kontrolowania kosztów i unikania marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.

14. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

15. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

16. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

17. TS sprawa C-385/99, (*Müller-Faure/van Riet*); TS sprawa C-386/98, (*Vanbraeckel*).

- jeżeli istnieje dostateczna pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na znaczne zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku świadczenia danego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej,
- jeżeli dany rodzaj opieki zdrowotnej jest udzielany przez świadczeniodawcę, który budzi poważne i szczególnie wątpliwości związane z poszanowaniem norm i wytycznych odnośnie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów,
- jeżeli taka opieki zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby.

Inaczej zostali potraktowani pacjenci cierpiący na choroby rzadkie. I tak zgodnie z art. 8 ust. 4 dyrektywy, gdy występują oni o udzielenie uprzedniej zgody, eksperci w tej dziedzinie mogą przeprowadzić ocenę kliniczną. Jeżeli w państwie ubezpieczenia nie ma takich ekspertów, to państwo członkowskie ubezpieczenia może wystąpić o poradę naukową (art. 8 ust. 4).

### 3.3. PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

Przepisy dotyczące obowiązków informacyjnych świadczonych przez usługodawcę i prawo do informacji pacjenta dotyczące jego praw wynikających z transgranicznej opieki zdrowotnej, zostały porozrzucone po całym tekście projektu dyrektywy<sup>18</sup>. Dyrektywa medyczna formułuje zobowiązanie państw członkowskich do sprecyzowania postępowania administracyjnego dotyczącego otrzymywania zezwoleń tak, aby było ono wystarczająco przejrzyste (art. 9). W celu osiągnięcia tego skutku państwa członkowskie zostały zobowiązane do utworzenia punktów kontaktowych. Ich zadaniem jest udzielanie informacji dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej, jak i również postępowania w jej zakresie (art. 6).

### 3.4. INNE PRZEPISY

Obok stojących w centrum dyrektywy medycznej problemów związanych z ponoszeniem kosztów, projekt zawiera regulacje dotyczące współpracy państw członkowskich w świadczeniu usług medycznych (art. 10 i nast.) jak np. stworzenie europejskiej sieci referencyjnej (art. 12), za pomocą której świadczący usługi medyczne, spełniając wymogi postawione przez Komisję, mogą się łączyć w celu tworzenia transgranicznego *know-how*, aby wszyscy obywatele państw członkowskich mieli do nich dostęp do odpowiednich usług medycznych.

## 4. Ocena projektu dyrektywy

Po analizie dyrektywy i uzasadnienia dotyczących praw pacjenta odnosi się wrażenie lektury streszczenia orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości. Jest to, jak pisze Komisja w uzasadnieniu, rzeczą zamierzoną<sup>19</sup>. Nasuwa się więc pytanie – co nowego przyniesie nam ta dyrektywa i czy była w ogóle konieczna skoro istniało już orzecznictwo?

18. Odnosi się to też do informacji dotyczących otrzymywania odszkodowań.

19. KOM (2008) 414, s. 1.

Zasadniczo należy powiedzieć iż dyrektywa likwiduje problem wprowadzenia odpowiednich regulacji do przepisów prawnych państw członkowskich. Dyrektywa zobowiązuje wszystkie państwa członkowskie do wprowadzenia odpowiednich przepisów umożliwiających i ułatwiających korzystanie pacjentów z transgranicznej opieki medycznej. Projekt dyrektywy porządkuje te przepisy i wprowadza przejrzystość postępowania w sprawach dotyczących zagranicznego leczenia, a jednocześnie przyczynia się do umocnienia praw pacjentów.

Zasadniczo, pozytywnie należy ocenić propozycję Komisji, aby transgraniczna opieka zdrowotna, co do zasady, umożliwiała całe leczenie na terenie Unii Europejskiej bez ograniczeń. Dalsze rozważanie dotyczące możliwości wprowadzenia ograniczeń w określonych przypadkach polegających na wprowadzeniu systemu uzyskiwania uprzedniej zgody przy spełnianiu określonych warunków, są już odstępstwem od reguły.

Pozytywnie należy również ocenić to, że Komisja uregulowała aspekt zapewnienia jakości transgranicznego świadczenia usług medycznych. Komisja poszła śladami wyznaczonymi przez Trybunał Sprawiedliwości ustanawiając regułę zharmonizowanego dostępu do wykonywania zawodu i zapewnienia równego standardu. Zapewnienie równego standardu usług medycznych oznacza poza zrównaniem zasad wykonywania zawodu również planowanie przedsięwzięć lekarskich, sposobu i metod leczenia, prowadzenia dokumentacji i kontroli, jak i również pomiaru zmiany stanu zdrowia, zadowolenia pacjenta i rodzaju komplikacji.

## 5. Czego można się spodziewać w przyszłości

Przedłożony projekt dyrektywy wprowadza w życie orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości w związku z transgranicznym świadczeniem usług i zobowiązuje państwa członkowskie w art. 21 projektu dyrektywy do odpowiedniego dostosowania krajowych systemów ubezpieczeń zdrowotnych. Ma to nastąpić w terminie 30 miesięcy od daty wejścia w życie niniejszej dyrektywy. Zgodnie z art. 22 dyrektywa wchodzi w życie dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Publikacja miała miejsce 4 kwietnia 2011 r., a zatem dyrektywa zacznie funkcjonować od 25 października 2013 r.

Dyrektywa ułatwi obywatelom Unii Europejskiej przede wszystkim równy dostęp do opieki zdrowotnej, zarówno publicznej, jak i prywatnej, na terenie innego państwa UE, ustalając przejrzyste zasady zwrotu kosztów leczenia. Jest skierowana szczególnie do osób z rzadkimi chorobami, którzy mają kłopot ze specjalistyczną opieką w swoim kraju zamieszkania. Dyrektywa przewiduje zwrot kosztów leczenia do poziomu gwarantowanego w kraju ubezpieczenia, a jeśli kwota jest niższa, zwrot faktycznie poniesionych kosztów. Jeśli leczenie jest droższe, to różnicę musi pokryć pacjent z własnej kieszeni, co oznacza, że Polacy będą musieli w wielu przypadkach dopłacać. Zmiana w porównaniu z obecnie obowiązującymi przepisami unijnymi polega na tym, że pacjent nie będzie musiał udowadniać konieczności skorzystania z usługi medycznej za granicą (np. z powodu zbyt długich kolejek osób oczekujących na zabieg w kraju), jeśli w grę nie wchodzi hospitalizacja. Wcześniejsza zgoda NFZ będzie wymagana w przypadku leczenia szpitalnego już od jednej nocy szpitalnej. Wszelka inna forma leczenia nie będzie



wymagała wcześniejszej autoryzacji NFZ pod warunkiem, że jest ona objęta tzw. kosztyem świadczeń gwarantowanych. Jeśli państwo członkowskie nie zezwala pacjentom na specjalistyczne leczenie na poziomie krajowym, niniejsza dyrektywa nie tworzy żadnego nowego prawa pacjentom do otrzymania takiego leczenia za granicą oraz do otrzymania zwrotu kosztów. Wyjątek stanowią przypadki osób z rzadkimi chorobami, ale tu też wymagana jest wcześniejsza zgoda NFZ na leczenie.

Obecnie tylko 1 proc. Europejczyków korzysta ze służby zdrowia za granicą, włączając w to nagłe przypadki, np. wypadki narciarzy. Obecnie najczęściej z leczenia za granicą korzystają osoby mieszkające blisko granicy, pochodzące z małych krajów, przebywające w regionach turystycznych albo osoby cierpiące na rzadkie choroby.

## Wykaz źródeł:

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej Dziennik Urzędowy UE 4.4.2011, L88/45.

Konsultacje dotyczące akcji Wspólnoty w sprawie ochrony zdrowia – KOM Sek (2006) 1195/4.

Orzeczenie z dnia 28 kwietnia 1998 r. Nicolas Decker v Caisse de maladie des employes pri-ves - TS, sprawa C-120/95 (Decker).

Orzeczenie z dnia 28 kwietnia 1998 r. Raymond Kohll v Union des caisses de maladie -TS, sprawa C-158/96 (Kohll).

Orzeczenie z dnia 12 lipca 2001 r. B.S.M. Geraets-Smits v. Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen -TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms).

Orzeczenie z dnia 13 maja 2003 r. V.G. Müller-Fauré v. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA und E.E. - TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

Orzeczenie z dnia 9 marca 200 r. Komisja Europejska v. Republice włoskiej - TS sprawa C-386/98, (Vanbraeckel).

Prawa pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w wersji skonsolidowanej na dzień 19 stycznia 2011 r., <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+20110119+SIT+DOC+PDF+V0//PL&language=PL>

Projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie wykonywania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Bruksela 2.7.2008 r. – KOM (2008) 414.

Propozycja Komisji Europejskiej w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady o usługach na rynku wspólnotowym – KOM (2004) 2.

## **Patients' rights on the common European Union market according to the new European Parliament and EU Council directive – SUMMARY**

*On July 2, 2008 the European Commission, taking advantage of legislative initiative under Article 293 of TFUE (Treaty on the Functioning of the European Union) presented to the European Parliament and the Council the draft directive on the exercising patient's rights in*

*cross-border provision of healthcare. The draft, after quite a long waiting period, was adopted by the Council of the European Union during its summit on December 16-17, 2010. A compromise on the final form of the directive was reached there. Subsequently, the European Parliament and the Council of the European Union adopted the final version of the draft on March 9, 2011. The aim of the directive, which has its beginnings in judgements of the European Court of Justice, is to establish a transparent framework for cross-border provision of medical services within the European Union and to establish high standard health care, which, at the same time, would be efficient and safe.*

**Dr MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL, LL.M.** jest adiunktem w Katedrze Nauk Ekonomicznych WPiA Uniwersytetu Szczecińskiego.

Recenzenci: dr Katarzyna Malinowska, dr Magdalena Osak.

DOROTA MAŚNIAK

## Znaczenie Otwartych Funduszy Emerytalnych w kontekście zmian dokonanych w systemie emerytalnym – aspekty prawne

*Znaczenie Otwartych Funduszy Emerytalnych w kształcie przewidzianym przez twórców reformy emerytalnej zapoczątkowanej 12 lat temu zależy od tego czyim interesem będziemy się kierować dokonując oceny. Skutkiem wprowadzonych w tym roku zmian w systemie ubezpieczeń społecznych będzie osłabienie roli OFE. Jednocześnie zmniejszenie składki ubezpieczeniowej przekazywanej do OFE zmniejszy przyrost długu publicznego przyczyniając się tym samym do poprawy stanu finansów publicznych. Idąc dalej, uchroni obywateli przed konsekwencjami wdrażania procedur ostrożnościowych i sanacyjnych prowadzących się do oszczędności w sferze budżetowej i wzrostu obciążeń w sferze produkcyjnej. Kierując się interesem ubezpieczonego emeryta dostrzegamy rolę OFE jako kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego. Charakter prawny OFE, zarządzanych przez uczestników rynku finansowego, umożliwia inwestowanie składek ubezpieczeniowych, przekładające się na wzrost świadczeń emerytalnych – niemożliwy do uzyskania poprzez ewidencjonowanie składek na subkoncie w funduszu celowym zarządzanym przez ZUS.*

### 1. II filar reformy emerytalnej w świetle jej założeń

Zgodnie z założeniami reformy z 1999 roku część obowiązkowa systemu emerytalnego jest finansowana ze składki wynoszącej 19,52 wynagrodzenia brutto<sup>1</sup>. W części jest ona gromadzona na funduszu celowym zarządzanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za jaki uznać należy Fundusz Ubezpieczeń Społecznych stanowiący I filar systemu, a pozostała część trafia do Otwartych Funduszy Emerytalnych zarządzanych przez Powszechne Towarzystwa Emerytalne działające na rynku finansowym w formie spółek

---

1. Art. 22 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. Dz.U. z 2005, Nr 205, poz. 1585.

akcyjnych, stanowiących II filar systemu (docelowo 3,5 proc. składki<sup>2</sup>). Do niedawna podkreślano podobieństwo tych filarów wynikające z przyjęcia w nowym systemie emerytalnym zasady zdefiniowanej składki.

Powołana zasada oznacza, że przyszłe świadczenie emerytalne jest uzależnione proporcjonalnie od wcześniej zapłaconych składek, a ściślej od zgromadzonych z tego tytułu oszczędności emerytalnych. Przy bliższej analizie zaczynają się rysować różnice pomiędzy dwoma filarami, które legły u podstaw wprowadzonych zmian w 2011 roku. Na powyżej wskazane oszczędności składają się bowiem nie realne środki gromadzone na Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a ekspektatywy świadczeń emerytalnych w wysokości określonej przez ZUS na indywidualnych kontach przyszłych emerytów w oparciu o zapłaconą składkę. Uprawnienia te są waloryzowane tak, że wzrastają o tempo realnego wzrostu funduszu płac w gospodarce, przy czym indeksacja nie może być ujemna. Taki sposób waloryzacji zapisywanych na indywidualnych kontach składek z pozoru chroni ZUS przed skutkami finansowymi pogorszenia struktury demograficznej. Uzależnia on wzrost od poziomu zatrudnienia. Jeśli będzie ono malało i pogarszała się relacja zatrudnionych do emerytów waloryzacja składek na koncie będzie niższa, a w efekcie niższe będą wydatki ZUS na emerytury wypłacane, gdy ubezpieczeni osiągną odpowiedni wiek. Jednakże założenie indeksacji nieujemnej może zagrozić samofinansowaniu się systemu w sytuacji spadku tempa wzrostu gospodarczego. System może nieco się „rozjeżdżać” pod względem sumy wpłaconych środków a sumy zapisanych zobowiązań emerytalnych. Zgodnie z założeniami na indywidualnych kontach w Otwartych Funduszach Emerytalnych gromadzone być powinny realne środki i inwestowane na rynku kapitałowym.

Wszyscy – zarówno twórcy założeń reformy emerytalnej, jak i wprowadzonych zmian<sup>3</sup> – zgadzają się co do tego, że reforma w dużej mierze uodparnia polski system zabezpieczenia społecznego na zagrożenia związane ze starzeniem się społeczeństwa. Zdaniem unijnych ekspertów spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej, w perspektywie wielu lat tj. do 2060 r., to właśnie w Polsce uda się w największym stopniu ograniczyć obciążenie pokolenia pracującego wypłatą emerytur<sup>4</sup>. W uzasadnieniu projektu zmian ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych czytamy, że „reforma zapewnia właściwe bodźce do utrzymywania aktywności zawodowej, a także dzięki funkcjonowaniu OFE pozwala na dywersyfikację ryzyka wypłaty świadczeń i zwiększenie ich oczekiwanej wysokości dzięki lokowaniu części składek emerytalnych na rynkach kapitałowych”<sup>5</sup>. W świetle wprowadzonych zmian w istotny sposób ograniczających rolę OFE słowa te mogą budzić zdziwienie.

2. Do końca 2016 r. część składki wynosi: 2,3 proc. podstawy jej wymiaru za okres od 1.05.2011 r. do 31.12.2012 r., 2,8 proc. – za okres od 1.01. do 31.12.2013 r., 3,1 proc. – za okres od 1.01. do 31.12.2014 r., 3,3 proc. – za okres od 1.01.2015 r. do 31.12.2016 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 75, poz. 398, art. 21).
3. Ustawa z 25 marca 2011 roku o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych Dz.U. Nr 75, poz. 398 weszła w życie 1 maja 20, z zastrzeżeniem wejścia w życie wskazanych przepisów 1 stycznia 2012 r.
4. The 2009 Aging Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Luksemburg 2009, s. 296.
5. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych z dnia 23.01.2011, s. 1.

FUS i OFE stanowią odmiennie działające części systemu, uzupełniające się i umożliwiające skuteczniejszą ochronę dzięki rozproszeniu ryzyka. Zapisy na indywidualnych kontach w I filarze są bardzo wrażliwe na zmiany demograficzne – liczbę osób zatrudnionych, emerytów, stopę wzrostu płac w kraju. Są to determinanty waloryzacji składek ewidencjonowanych na kontach w FUS. Inaczej rzecz się ma II filarze. W OFE stan rachunku zależy od koniunktury na rynkach kapitałowych oraz od umiejętności zarządzania tymi środkami przez powszechne towarzystwa emerytalne. Fakt, iż ryzyka wynikające z sytuacji na rynku pracy i ryzyka dekonunktury na rynkach kapitałowych pojawiają się zwykle w innych okresach wskazywany jest jako czynnik neutralizujący ryzyka wpływające na FUS i OFE z osobna<sup>6</sup>. Takie rozwiązanie ma zapewnić większą emeryturę z obu filarów aniżeli każdego z nich z osobna<sup>7</sup>.

## 2. Sposób gromadzenia składki przekazywanej do OFE a wzrost długu publicznego

Twórcy rządowego projektu zmian wprowadzonych do ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych określają składkę trafiającą do OFE jako „koszt refundacji z budżetu państwa ubytku składki emerytalnej w FUS wskutek jej przekazania do OFE”<sup>8</sup>. Takie ujęcie wyraźnie przesądza o traktowaniu publicznego i kapitałowego filaru nierównorzędnie, co więcej sugeruje podporządkowanie jednego z nich potrzebom drugiego. W takim ujęciu funkcjonowanie kapitałowej części systemu emerytalnego uznać można za istotne obciążenie dla sektora finansów publicznych.

Faktem jest, iż obok zadłużenia Skarbu Państwa i długu jednostek samorządu terytorialnego i zarządzanych przez ZUS funduszy stanowi największą pozycję, a składają się na to zadłużenie niemal w całości zobowiązania Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zobowiązania wymagalne FUS stanowią głównie rezultat problemów z terminowym przekazywaniem do OFE należnej części składek w latach 1999-2002. Zobowiązania powstałe w tym okresie, wraz z narosłymi odsetkami, były od listopada 2003 r. do końca 2008 przejmowane przez Skarb Państwa i konwertowane na obligacje skarbowe<sup>9</sup>. To rozwiązanie stanowi jeden z argumentów w debacie na temat roli OFE, dyskredytujący ich rolę jako kapitałowego „bufora” systemu emerytalnego. Prowadzi ono do sytuacji, w której OFE stają się wierzycielami Skarbu Państwa, czyli środki z tytułu składek ubezpieczeniowych nie są inwestowane na rynku kapitałowym w sposób rokujący wysoką stopę zwrotu, a wracają do sektora publicznego. Ich gromadzenie, a w konsekwencji i wydatkowanie, staje się uzależnione od Skarbu Państwa – jako zobowiązanego do wykupu skarbowych papierów wartościowych emitenta.

6. Uwagi Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (druk senacki Nr 1172).

7. A. Chłoń-Domińczak, *Wpływ sytuacji gospodarczej na system emerytalny, w: Gospodarka i czynniki demograficzne a system emerytalny*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, czerwiec 2010, s. 42.

8. *Ibidem*, s. 1.

9. Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2010-2012, Ministerstwo Finansów, Warszawa wrzesień 2009, s. 21.

Tego typu powiązania nie można jednak utożsamiać ze sposobem gromadzenia poprzez ewidencjonowanie składek ubezpieczeniowych na koncie czy subkoncie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Obligacje skarbowe stanowią papiery wartościowe znajdujące się w publicznym obrocie, które obok finansowania potrzeb pożyczkowych budżetu państwa i spełniania funkcji pożyczkowo-budżetowej pełnią funkcję lokacyjno-oszczędnościową<sup>10</sup>. Ponadto taki sposób gromadzenia środków przez OFE jest wymuszony z powodów leżących po stronie Skarbu Państwa, a nie Powszechnych Towarzystw Emerytalnych zarządzających OFE i narzucony przepisami prawa.

W myśl art. 40c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych środki gromadzone na subkoncie w ramach II filara są waloryzowane według średniego wzrostu PKB z ubiegłych 5 lat, z zastrzeżeniem nieujemności stopy waloryzacji. W wyniku przeprowadzonej waloryzacji stan subkonta nie może ulec zmniejszeniu. Zdaniem prawodawcy ten sposób waloryzacji zapewnić ma w długim terminie podobny zwrot ze środków gromadzonych na subkoncie ZUS do zwrotu z obligacyjnej części OFE. W krótkim terminie, zdaniem twórców wprowadzonych zmian, należy spodziewać się takiego wzrostu PKB, który znacznie przekroczy oprocentowanie obligacji<sup>11</sup>. Pomijając ocenę wiarygodności tych optymistycznych prognoz (w szczególności długoterminową odnoszącą się do rentowności obligacji i nominalnego wzrostu PKB) zastanowić należy się nad zasadnością porównywania proponowanego rozwiązania do inwestowania składek gromadzonych w OFE w akcje. Tym bardziej, że rozwiązania prawne wprowadzone jednocześnie w ustawie o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych<sup>12</sup> stanowią wyraz liberalizacji regulacji prawnych dotyczących swobody inwestowania pozostałej w gestii OFE składki, o czym poniżej.

### **3. Sposób gromadzenia składki przekazywanej od OFE a interes ubezpieczonego – emeryta**

Wraz z obniżeniem wysokości składki ubezpieczeniowej przekazywanej do OFE wprowadzone zostało stopniowe zwiększanie udziału akcji w II filarze systemu emerytalnego. Zgodnie z art. 142 ust. 5a ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, zwiększony zostaje limit inwestycji w określone instrumenty finansowe, w tym przede wszystkim w akcje spółek giełdowych, do wysokości 90 proc. aktywów funduszu. Rada Ministrów w drodze rozporządzenia z dnia 26 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat,<sup>13</sup> wprowadziła

---

10. Zob. I. Weiss, *Obligacje (w:) Papiery wartościowe*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000, ss. 292-293.

11. Por. *Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem ...*, ss. 5-7.

12. Ustawa z dnia 28 sierpnia 1998 r o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz.U. z 2010, Nr 34, poz. 189 ze zm.).

13. To rozporządzenie (Dz. U. Nr 90 poz. 516) zastąpiło Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 roku w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat oraz dodat-

regulacje określające stopniowe zwiększanie limitu lokat aktywów otwartych funduszy w akcje spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym prawa poboru, prawa do akcji, obligacje zamienne na akcje tych spółek oraz akcje narodowych funduszy inwestycyjnych.

Przewidziano, iż do końca roku 2020 limit zaangażowania OFE w akcje dojdzie do poziomu 62 proc., co pozwoli na nabycie takiej wartości instrumentów udziałowych, które stanowić będą ok. 45 proc. aktywów całego II filara. Zalecono, aby po 2020 roku rozważyć dalsze stopniowe zwiększanie limitu lokat w powyższe instrumenty, aż do uzyskania limitu w wysokości 90 proc. z końcem 2033 roku). W uzasadnieniu do projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych czytamy, że wprowadzone zmiany limitu OFE na akcje pozwolą osiągnąć stopy zwrotu z całego II filara (OFE wraz z subfunduszem w ZUS) na poziomie z pewnością nie niższym niż oczekiwane stopy zwrotu przy składce ówczesnie trafiającej do OFE (na poziomie 7,3 proc. podstawy wymiaru), przy uwzględnieniu obowiązującego przed zmianami limitu zaangażowania OFE w akcje wynoszącego 40 proc.<sup>14</sup> Nasuwa się pytanie, jak wobec powyższego kształtowałyby się stopy zwrotu w sytuacji pozostawienia składki trafiającej do OFE na ówczesnym poziomie (wskazanych 7,3 proc.) przy jednoczesnym wprowadzeniu obecnych zmian (dotyczących istotnego podwyższenia) limitów zaangażowania OFE w akcje. Wydaje się, że dopiero takie rozwiązanie uwzględniałoby interes ubezpieczonego – przyszłego emeryta i uzasadniło odrębność II filara i istnienie OFE, jako uczestników rynku finansowego.

Na państwie ciąży obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa emerytalnego. Powstaje pytanie o zakres ciężącego na nim obowiązku gwarancyjnego. W art. 67 Konstytucji dochodzi do ustanowienia zobowiązania państwa do zabezpieczenia społecznego co najmniej na poziomie minimalnym z uwagi na ustalony obowiązek tworzenia systemu zabezpieczenia społecznego. Znaczenie tej normy konstytucyjnej podkreślają zasady ogólne, w szczególności zasada państwa prawa (art. 2 Konstytucji), zasada społecznej gospodarki rynkowej i zasada solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych (art. 20 Konstytucji). Wskazują one naczelną znaczenie koncepcji solidaryzmu dla filozofii i polityki tworzenia prawa. Powiązaną z zasadą sprawiedliwości społecznej zasadą solidaryzmu rozumieć można, jako troskę o wzajemne zrozumienie i współpracę między jednostkami, ugrupowaniami społecznymi i państwem<sup>15</sup>. Wydaje się nie budzić wątpliwości objęcie całości obowiązkowego systemu emerytalnego państwową gwarancją emerytury minimalnej.

Na gruncie art. 21 Konstytucji można mówić o gwarancji wypłaty świadczeń z filara II co najmniej na poziomie wynikającym z realnej wartości przekazanych składek do OFE. Przywołany przepis zobowiązuje państwo do ochrony własności w szerokim znaczeniu, również uwzględniającym udziały w funduszach ubezpieczeniowych i eme-

---

kowych ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności lokacyjnej przez fundusze emerytalne (Dz.U. Nr 32, poz. 276 z późn. zm.).

14. Szerzej na temat działalności lokacyjnej w otwartych funduszach emerytalnych zobacz T. Sowiński, *Finanse ubezpieczeń emerytalnych*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 187 i n.
15. Zob. C. Kosikowski, *Gospodarka i finanse publiczne w nowej Konstytucji*, PiP 1997, nr 11-12, s. 156.

rytalnych. W doktrynie głoszona jest hipoteza przyjmująca istnienie na podstawie art. 67 i art. 21 Konstytucji normy prawnej zobowiązującej państwo do ochrony przymusowo odebranej własności, które zostają przekazane do FUS i OFE tytułem składki ubezpieczeniowej w zamian za obietnicę świadczeń. Przyjmując, że państwo pozbawia swych obywateli własności z uwagi na przymus składkowy, uznać je należałoby za odpowiedzialne za wypłaty świadczeń emerytalnych na poziomie nie niższym od nominalnej wielkości uiszczonych składek powiększonych o wskaźnik inflacji<sup>16</sup>.

#### 4. Charakter prawny Otwartych Funduszy Emerytalnych

Na skutek reformy emerytalnej doszło do zróżnicowania form prawnych obecności państwa w systemie emerytalnym. Powołane po 31 grudnia 1998 roku Otwarte Fundusze Emerytalne weszły w wyznaczone przez państwo miejsce w publicznym ubezpieczeniu społecznym. Zostały powierzone im składki emerytalne uznawane za środki publiczne<sup>17</sup>. Środki publiczne gromadzone w Otwartych Funduszach Emerytalnych zarządzane są przez prywatne podmioty – Powszechnie Towarzystwa Emerytalne działające w formie spółek akcyjnych. Powstaje pytanie o charakter prawny Otwartych Funduszy Emerytalnych. Większość przedstawicieli doktryny opowiada się za prywatnoprawnym statusem OFE<sup>18</sup>, ale nie są odosobnione stanowiska zwracające uwagę na ich publicznoprawną rolę<sup>19</sup>. Za dominującym poglądem przemawia charakter założyciela funduszu, którym jest podmiot prywatny PTE. Z drugiej strony wykonują one zadania z zakresu ubezpieczenia społecznego, stanowiące zadania publiczne.

Rozstrzygnięcie tego dylematu i uznania jako wiodących publiczno- lub prywatnoprawnych znamion OFE, nie stanowi jedynie problemu teoretycznego i niesie za sobą istotne konsekwencje dla finansów publicznych. Uznanie OFE za podmioty publiczne gromadzące środki publiczne rozwiązałoby problem zadłużenia FUS. Gdyby roszczenie OFE o zapłatę zaległych składek miało charakter publiczny to przestałby istnieć problem długu ZUS wobec OFE. Byłoby to korzystne dla państwa z punktu widzenia walki z niebezpiecznie narastającym zadłużeniem, ale czy również dla ubezpieczonych członków OFE. Zachowanie prywatnoprawnych właściwości wydaje się przydatne z punktu

---

16. R. Pacud, *Oczekiwanie prawne na emeryturę dożywotnią*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006, ss. 261-262.

17. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 czerwca 2008, II UK 12/08, OSNP 2009/21-22/291, OSP 2010/10/102, stwierdzając, iż „składki na ubezpieczenie emerytalne odprowadzane do funduszu nie są prywatną własnością członka funduszu, a pochodzą z podziału przekazywanej zakładowi składki na to właśnie ubezpieczenie i przeliczone na jednostki rozrachunkowe stanowią podstawę nabywania przez członka funduszu uprawnień częściowych do przyszłej emerytury do czasu nabycia prawa do całości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie. Mają one publicznoprawny, ubezpieczeniowy charakter, który zachowują po przekazaniu przez ZUS jej części do OFE”.

18. Zob. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Bezrobocie i pomoc społeczna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze 2001, ss. 114-115; K. Ślebzak, *Próba charakterystyki prawnej ubezpieczenia społecznego pracowników*, PiP 2001, nr 12, s. 73.

19. Por. K. Antonów, *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia emerytalnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1999, nr 11, s. 14; II filar za element finansów publicznych uznał J. Wantoch-Rekowski w: *Składki na ubezpieczenie emerytalne. Konstrukcja i charakter prawny*, TNOiK, Toruń 2005.



widzenia ochrony praw członków OFE, dbając o realizację obowiązków przekazywania składek. Tylko pozostając na zewnątrz sektora finansów publicznych, jako podmioty prywatne lub z nimi zrównane, OFE są w stanie wyegzekwować od państwa realizację obowiązków konstytucyjnych wobec ubezpieczonych obywateli.

Sformułowana została w doktrynie teza określająca OFE jako podmiotu mieszanego o złożonym charakterze. Z perspektywy członków OFE oceniany jest on jako podmiot prywatny, natomiast z punktu widzenia pełnionej roli sprowadzającej się do zastępowania państwa jako podmiot publicznoprawny<sup>20</sup>. Odnosząc się do znanych instytucji prawnych uznać można OFE jako formę pośrednią pomiędzy funduszem celowym a funduszem inwestycyjnym. Jako osoba prawna gromadząca środki publiczne (składki ubezpieczeniowe) celem realizacji zadań publicznych (zabezpieczenie emerytalne) przypomina fundusz celowy. Nie może być jednak za takowy uznany, bowiem nie spełnia przesłanek określonych w art. 29 ustawy o finansach publicznych. Jako osoba prawna wspólnego inwestowania (członków OFE) zarządzana przez specjalistyczną spółkę akcyjną (PTE) przypomina otwarty fundusz inwestycyjny określony ustawą o funduszach inwestycyjnych<sup>21</sup>. Z uwagi na sposób gromadzenia i wydatkowania środków podobieństwo to jest jednak mocno ograniczone i sprowadza się do zewnętrznej formy. Wydaje się, że najbliższej OFE do funduszy tworzonych przez prywatnych ubezpieczycieli działających w sektorze ubezpieczeń na życie. Należna składka ubezpieczeniowa z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na wypadek dożycia określonego wieku akumulowana jest we właściwym funduszu, które może być własnym funduszem ubezpieczyciela lub częścią obcego funduszu inwestycyjnego. Wartość zgromadzonych środków z tytułu składki decyduje o wysokości przyszłego świadczenia ubezpieczeniowego. Członkostwo w OFE stanowi konsekwencję nawiązania stosunku ubezpieczenia emerytalnego. Z tego punktu widzenia OFE to rodzaj funduszu ubezpieczeniowego<sup>22</sup>.

## 5. III filar reformy emerytalnej – rozwiązanie problemu czy utopia?

Twórcy reformy emerytalnej od początku zakładali, iż system emerytalny obejmuje trzy filary. Godziwą emeryturę zapewnić może dopiero świadczenie emerytalne, na które składają się wypłaty z trzech źródeł: dwóch obowiązkowych i trzeciego dobrowolnego. W sytuacji braku wydolności dwóch pierwszych filarów wzrasta na znaczeniu rola trzeciego. Istotne jest podkreślenie faktu trójfilarowości systemu emerytalnego, a co za tym idzie roli państwa w tworzeniu czy też wspieraniu ich budowy. Przesądza o tym również treść przywołanego już wyżej art. 67 Konstytucji – ustalającego obowiązek tworzenia systemu zabezpieczenia społecznego.

Obowiązki państwa różnią się w zależności od filarów. Organizowanie publicznych usług emerytalnych, zarządzanie ich wykonywaniem poprzez wyspecjalizowaną instytucję publiczną oraz gwarantowanie minimalnej skuteczności socjalnej ubezpieczenia emerytal-

20. Szerzej zob. R. Pacud, *Oczekiwanie prawne na emeryturę ...*, ss. 270-271.

21. Ustawa z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 146, poz. 1546 z późn. zm.).

22. R. Pacud, *Oczekiwanie prawne na emeryturę ...*, ss. 272-273.

nego definiują rolę państwa w I filarze. W filarze II państwo organizuje zasady nabywania powszechnych świadczeń emerytalnych, nadzoruje zarządzanie kapitałami emerytalnymi powierzonymi instytucjom prywatnym i gwarantuje jego określone rezultaty. Natomiast w III filarze państwo organizuje podsystem i gwarantuje jego określone rezultaty<sup>23</sup>. Przez organizację podsystemu należy rozumieć wprowadzenie takich rozwiązań prawnych, które zachęcać będą do dodatkowego oszczędzania na emeryturę. Dopiero wprowadzenie realnych zachęt umożliwi zagwarantowanie określonych rezultatów.

Uzupełnieniem systemu obowiązkowego ubezpieczenia społecznego miały stać się pracownicze programy emerytalne<sup>24</sup> tworzone przez pracodawcę dla pracowników<sup>25</sup>. Wskazana w zakładowej umowie emerytalnej instytucja finansowa gromadzi środki z tytułu składki podstawowej – finansowanej przez pracodawcę oraz środki z tytułu składki dodatkowej – finansowanej przez uczestnika z jego wynagrodzenia<sup>26</sup>. Na dzień 1.03.2011 uczestnikami pięciu funkcjonujących pracowniczych programów emerytalnych było 57 256 osób, a aktywa tych funduszy stanowiły 1 618 mln złotych<sup>27</sup>. Liczby te świadczą o bardzo niskiej efektywności tej formy gromadzenia dodatkowych środków na przyszłą emeryturę. Złożył się na nią brak zachęt podatkowych dla pracodawców tworzących program, skomplikowana procedura tworzenia i niska świadomość potencjalnych uczestników.

Drugą zachętę stanowić miały IKE, czyli Indywidualne Konta Emerytalne<sup>28</sup>. Są one prowadzone na podstawie umowy zawartej przez oszczędzającego z funduszem inwestycyjnym, podmiotem prowadzącym działalność maklerską, zakładem ubezpieczeń w formie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub bankiem<sup>29</sup>. Zachętą do oszczędzania, różniącą IKE od innych form oszczędzania, miało być ograniczone limitem zwolnienie z podatku od zysków kapitałowych. Zachęta okazała się niewystarczająca, co nie może dziwić w kontekście funkcjonujących na rynku finansowym licznych tzw. „produktów antybelkowych”. Liczba prowadzonych IKE na dzień 31.12.2010 r. wyniosła razem jedynie 792 466<sup>30</sup>. Wraz z niepełnym wykorzystaniem narzuconych limitów liczba oszczędzających na IKE przekłada się na wartość zgromadzonych środków, która na dzień 31.12.2010 r. wyniosła 2 726 mln złotych.

Nie rezygnując z tej formy oszczędzania wprowadzono aktualnie zmiany polegające na możliwości założenia dodatkowego indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego i przyjęcie założenia, że wpłaty na IKZE będą stanowić ulgę podatkową korygującą podstawę opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych (do

---

23. *Ibidem*, s. 267.

24. Wprowadzone ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. Nr 116, poz. 1207, z późn. zm.).

25. Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenia emerytalne III filary*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2001, s. 287.

26. Por. T. Sowiński, *Finanse ubezpieczeń ...*, ss. 215-218.

27. Raport kwartalny rynek PPE 2/2011 [http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek\\_emerytalny/dane\\_o\\_rynku/rynek\\_ppe\\_ike/dane\\_kwartalne\\_pfe/dane\\_kwartalne.html](http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_emerytalny/dane_o_rynku/rynek_ppe_ike/dane_kwartalne_pfe/dane_kwartalne.html).

28. Zgodnie z ustawą z 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych (Dz.U.Nr 116, poz. 1205 z późn. zm.).

29. Szerzej na temat IKE zob. T. Sowiński, *Finanse ubezpieczeń emerytalnych ...*, s. 224 i n.

30. Zwrócić uwagę należy na wiodącą rolę zakładów ubezpieczeń prowadzących IKE dla 579 090 oszczędzających – zob. Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw ..., s. 14.

wysokości 4 proc. tej podstawy). Przepisy ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych dotyczące ich funkcjonowania nie przewidują w czasie oszczędzania wypłaty zgromadzonych na tym koncie środków. Ta zasada stanowi argument dla opodatkowania zwrotu całkowitego z IKZE wypłat z tego konta po zakończeniu okresu oszczędzania oraz wypłat środków zgromadzonych przez oszczędzającego na IKZE na rzecz osoby uprawnionej na wypadek śmierci oszczędzającego. Wypłaty te stanowią mający przychody, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, czyli tzw. przychody z innych źródeł.

Opodatkowanie wypłat oceniane bywa jako obniżające atrakcyjność IKZE jako zachęty do oszczędzania. Z uwagi na cel IKZE założyć należy, iż zwrot dokonywany będzie w większości przypadków w dalekiej przyszłości – po kilkudziesięciu latach. Trudno przewidzieć jakie stawki podatkowe będą wówczas obowiązywać. A wiedza na ten temat pozwoliłaby realnie ocenić efektywność wprowadzanego rozwiązania z punktu widzenia przyszłego emeryta. Z drugiej strony takie rozwiązanie „wpisuje” III filar w cały system ubezpieczenia społecznego, który charakteryzuje opodatkowanie świadczeń emerytalnych przy jednoczesnym nieopodatkowaniu składki<sup>31</sup>.

Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami środki zgromadzone przez oszczędzającego po zakończeniu okresu obowiązywania umowy mogą być wypłacone jednorazowo lub w ratach rozłożonych na okres minimum 10 lat. Sposób opodatkowania zwracanych środków traktowanych jak przychód preferuje ratalną wypłatę. W razie wyboru opcji wypłaty jednorazowej na oszczędzającym podatniku ciąży obowiązek wykazania kwoty wypłaty z IKZE w zeznaniu za rok, w którym wypłatę otrzymał – w oparciu o informację otrzymaną z instytucji dokonującej wypłaty. Wypłata w ratach rodzi obowiązek pobierania zaliczek na poczet podatku przez płatnika, którego kompetencje pełnić ma instytucja wypłacająca.

Powstaje ponadto wątpliwość co do zgodności ulgi podatkowej z art. 112 c ustawy o finansach publicznych, na mocy którego wprowadzono zakaz przyjmowania przez Radę Ministrów projektów ustaw określających ulgi, których skutkiem finansowym może być zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych w stosunku do wielkości wynikających z obowiązujących przepisów, obowiązującego do czasu objęcia Polski procedurą nadmiernego deficytu. Wprowadzenie zachęt podatkowych doprowadzi do mniejszych dochodów podatkowych sektora. Koszt wprowadzenia ulgi podatkowej rozłoży się na poszczególne szczeble samorządu zgodnie z udziałami procentowymi wynikającymi z ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Uzasadnione wydaje się jednak ocenianie rozwiązań dotyczących IKZE w kontekście wszystkich proponowanych zmian, których podstawowym celem jest doprowadzenie do zmniejszenia potrzeb pożyczkowych państwa oraz tempa narastania jawnego długu publicznego poprzez ograniczenie składki emerytalnej przekazywanej do OFE. W tym kontekście wprowadzona ulga podatkowa to jedynie niewielka rekompensata dla jednostki – emeryta<sup>32</sup>.

31. T. Szumlicz, *Uzasadnienie i wstępne symulacje dotyczące zwolnienia podatkowego wpłat na indywidualne konta emerytalne (IKE)* (w:) *Oszczędzaj na emeryturę*, red. T. Szumlicz, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” numer specjalny 1/2009, ss. 37-38.

32. Średnia składka (prognozowana na podstawie obecnego średniego wynagrodzenia) wyniesie bowiem w latach 2012 -2014 ok. 80 złotych (maksymalny limit roczny: ok. 2.000 zł), w latach 2015-2016 ok. 120 złotych (maksymalny limit roczny: ok. 3.000 zł), zaś od roku 2017 – ok.

## 6. Podsumowanie

Uzasadnienie funkcjonowania Otwartych Funduszy Emerytalnych w kształcie przewidzianym przez twórców reformy emerytalnej zapoczątkowanej 12 lat temu zależy od tego czyim interesem będziemy się kierować dokonując oceny.

Interes państwa leży u podstaw wprowadzonych zmian, których skutkiem będzie osłabienie roli OFE. Pozostawiając poza ramami referatu ocenę rozwiązań alternatywnych, trudno zaprzeczyć, że zmniejszenie składki ubezpieczeniowej przekazywanej do OFE zmniejszy przyrost długu publicznego przyczyniając się tym samym do poprawy stanu finansów publicznych. Idąc dalej, uchroni obywateli przed konsekwencjami wdrażania procedur ostrożnościowych i sanacyjnych sprowadzających się do oszczędności w sferze budżetowej i wzrostu obciążeń w sferze produkcyjnej.

Kierując się interesem ubezpieczonego emeryta dostrzegamy rolę OFE jako kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego. Charakter prawny OFE zarządzanych przez uczestników rynku finansowego umożliwia inwestowanie składek ubezpieczeniowych, przekładające się na wzrost świadczeń emerytalnych – niemożliwy do uzyskania poprzez ewidencjonowanie składek na subkoncie w funduszu celowym zarządzanym przez ZUS. FUS i OFE stanowią odmiennie działające części systemu, uzupełniające się i umożliwiające skuteczniejszą ochronę dzięki rozproszeniu ryzyka.

Preferując interes publiczny należy uwzględnić interes jednostki. Wyrazem tego powinno być wspieranie przez państwo organizacji III dobrowolnego filaru ubezpieczeń społecznych. Pozytywnie ocenić należy propozycję wprowadzenia od dawna postulowanej ulgi podatkowej umożliwiającej odliczenie od podstawy opodatkowania podatku dochodowego wpłat na indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego. Nie jest jednak jasny cel wprowadzania nowej instytucji w sytuacji, gdy wystarczyłaby zmiana konstrukcji obowiązujących indywidualnych kont emerytalnych. Na poziom zainteresowania ulgą wpłynie z pewnością narzucony przez prawodawcę niewielki limit.

## Wykaz źródeł:

Antonów K., *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia emerytalnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1999”, nr 11.

Chłoń-Domińczak A., *Wpływ sytuacji gospodarczej na system emerytalny*, w: *Gospodarka i czynniki demograficzne a system emerytalny*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, czerwiec 2010.

Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenia emerytalne III filary*, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2001.

Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Bezrobocie i pomoc społeczna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze 2001.

Kosikowski C., *Gospodarka i finanse publiczne w nowej Konstytucji*, PiP 1997, nr 11-12.

---

160 złotych (maksymalny limit roczny: ok. 4.000 zł). – zgodnie ze Stanowiskiem Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych wobec projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu emerytalnego (projekt z dnia 23stycznia 2011 r.). <http://www.igte.com.pl/matiinf/2011/01.11.stanowisko.uwagi.ogolne.pdf>.

- Pacud R., *Oczekiwanie prawne na emeryturę dożywotnią*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.
- Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2010-2012, Ministerstwo Finansów, Warszawa wrzesień 2009.
- Sowiński T., *Finanse ubezpieczeń emerytalnych*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Szumlicz T., *Uzasadnienie i wstępne symulacje dotyczące zwolnienia podatkowego wpłat na indywidualne konta emerytalne (IKE) w: Oszczędzaj na emeryturę*, red. T. Szumlicz, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” numer specjalny 1/2009.
- Ślęzak K., *Próba charakterystyki prawnej ubezpieczenia społecznego pracowników*, PiP 2001, nr 12.
- The 2009 Aging Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Luksemburg 2009.
- Wantoch-Rekowski J., *Składki na ubezpieczenie emerytalne. Konstrukcja i charakter prawny*, TNOiK, Toruń 2005.
- Weiss I., *Obligacje (w:) Papiery wartościowe*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000.
- Raport kwartalny rynek PPE 2/2011 [http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek\\_emerytalny/dane\\_o\\_rynku/rynek\\_ppe\\_ike/dane\\_kwartalne\\_pfe/dane\\_kwartalne.html](http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_emerytalny/dane_o_rynku/rynek_ppe_ike/dane_kwartalne_pfe/dane_kwartalne.html)

## **Significance of Open Pension Funds in the context of changes made in the pension system – legal aspects – Summary**

*The significance of Open Pension Funds (OFE) in the shape envisaged by the authors of the pension reform initiated 12 years ago depends on whose interest we will take into account while making an assessment. The result of the changes introduced to the social insurance system this year will be the weakening of OFE's role. At the same time, the reduction of the insurance premium transferred to OFE will reduce growth of the public debt, thus contributing to the improvement of public finances. Furthermore, it will protect citizens against consequences of implementation of prudence and recovery procedures, which consist in savings in the public sector and additional burdens in the manufacturing sector. Taking into account the interest of an insured pensioner, we notice OFE's role as the capital part of the compulsory pension system. The legal nature of OFE managed by financial market participants enables investment of insurance premiums, which contributes to an increase in pension benefits – which cannot be achieved by means of recording premiums in a sub-account of a special purpose fund managed by ZUS.*

**Dr DOROTA MAŚNIAK** jest adiunktem w Katedrze Prawa Cywilnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego.

Recenzenci: dr Dariusz Stańko, prof. zw. dr hab. Tadeusz Szumlicz.



**TADEUSZ P. LENART**

## Recenzja książki „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych” – Jarosław W. Przybytniowski

Wieś Jutra, Warszawa 2010, ss. 196

Książka pt. „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych” Jarosława W. Przybytniowskiego wydana przez Wieś Jutra w roku 2010 roku stanowi jedną z nielicznych publikacji poświęconych problematyce najnowszych trendów w pośrednictwie ubezpieczeniowym.

W pracy autor zastosował opis koncepcji funkcjonowania pośrednictwa ubezpieczeniowego odbiegający od większości polskich opracowań literaturowych. Podkreśla w nim subiektywny charakter działalności pośrednictwa, będący konsekwencją przeświadczenia o uwikłaniu działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego w świat wartości, często różniących się, co do rodzaju, funkcji, zadań jak i hierarchii u poszczególnych podmiotów rynku ubezpieczeniowego. Przyjęta przez autora koncepcja funkcjonowania agenta i brokera ubezpieczeniowego pozwoliła na uporządkowanie problematyki pośrednictwa ubezpieczeniowego, przewyższając w ten sposób nieład definicyjny panujący zarówno w praktyce, jak i dorobku naukowym<sup>1</sup>.

Tematyka opracowania określona w jego tytule jest istotna poznawczo.

### Struktura opracowania

Książka składa się z wstępu, pięciu rozdziałów, podsumowania, załączników, bibliografii, spisu tabel, wykresów, schematów i podsumowania w języku angielskim (196 stron). Autor we wstępie określa zakres merytoryczny (uzasadnienie tematu), cel pracy i hipotezy badawcze oraz metodykę badań i zakres badań.

---

1. J. W. Przybytniowski, *Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych*, Wieś Jutra, 2010 r., str. 8.

Głównym celem rozprawy jest rozpoznanie i analiza znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego (agenta i brokera) na polskim rynku ubezpieczeń w oparciu o spełniane funkcje oraz poprawę świadomości i przezorności ubezpieczeniowej konsumentów.

Przedmiotem przeprowadzonych badań są zagadnienia:

1. Teoretyczne, tj. uwarunkowania historyczne rozwoju pośrednictwa ubezpieczeniowego
2. Praktyczne, tj. występujące w wybranych organizacjach gospodarczych.

Zakresem przedmiotowym rozprawy nie zostały objęte wszystkie formy pośrednictwa występujące w Polsce. Z badań wyłączone brokerów reasekuracyjnych wykonujących pośrednictwo ubezpieczeniowe jedynie w zakresie reasekuracji, podmioty świadczące morskie usługi agencyjne lub morskie usługi maklerskie, które podlegają odrębnym przepisom prawnym oraz akwizytorów na rzecz Otwartych Funduszy Emerytalnych (OFE). Opracowanie nie zawiera szczegółowej analizy takich kanałów bezpośrednich jak – *direct*, pracownicy ubezpieczyciela oraz kanałów pośrednich – poczta, bank, dealerzy, agencje turystyczne, czy agencje nieruchomości. Jednakże w uzasadnionych przypadkach zakres merytoryczny pracy został poszerzony o analizę innych uczestników rynku ubezpieczeniowego, świadczących pośrednictwo ubezpieczeniowe.

Zakres czasowy rozprawy obejmuje okres pomiędzy 1996–2008. Przyjęcie roku 1996 za początek szeregu czasowego uzasadniony został zmianą przepisów prawnych regulujących pośrednictwo ubezpieczeniowe (nowelizacja ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej). Autor przyjął jedno odstępstwo od analizowanego przedziału czasowego: jest nim prezentacja historii rozwoju pośrednictwa ubezpieczeniowego. Dane empiryczne przedstawione w rozprawie dotyczą zasadniczo okresu 1996–2008.

Na podstawie przedmiotu badań sformułowano pytanie główne oraz pytania szczegółowe. Podstawowe pytanie badawcze to: **jakie jest znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeń gospodarczych?**

Analizy zostały przeprowadzone przez sutora z wykorzystaniem wiedzy zawartej w literaturze przedmiotu. Wykorzystana literatura (zarówno polska, jak i obcojęzyczna) obejmuje: pozycje zwarte, artykuły w czasopismach branżowych, materiały konferencyjne, akty prawne polskie i UE, opracowania publikowane przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych (SPBUiR), materiały Bureau International des Producteurs d'Assurances & de Reassurances (BIPAR), World Federation of Insurance Intermediaries (WFII), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Komisji Nadzoru Finansowego ((KNF) wcześniej Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUiFE)), a także artykuły, opracowania oraz materiały źródłowe pozyskane za pośrednictwem Internetu (łącznie 438 pozycji).

**Rozdział pierwszy** to „Ewolucja pośrednictwa ubezpieczeniowego na tle zmian historycznych, prawnych i społeczno-ekonomicznych”. W rozdziale tym autor analizuje rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego na przestrzeni. Polskie ustawodawstwo działalność pośredników ubezpieczeniowych postrzega transakcyjnie, jako czynności związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia – co może budzić kontrowersje.



**Rozdział drugi** nosi tytuł „Pośrednictwo ubezpieczeniowe w systemie kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych”. Autor w tej części pracy skupił się na analizie kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych poprzez ich typologię oraz systematykę pośredników ubezpieczeniowych. Ponadto omówił pośrednictwo ubezpieczeniowe w podmiotowym i przedmiotowym ujęciu rynku ubezpieczeń gospodarczych.

**Rozdział trzeci i czwarty** – „Stan i pozycja pośrednictwa na rynku świadczenia usług ubezpieczeniowych„ oraz „Znaczenie ekonomiczne pośrednictwa ubezpieczeniowego”. W tej części opracowania, autor na podstawie zgromadzonych danych empirycznych wykazał że w Polsce następuje stały rozwój działalności pośredników ubezpieczeniowych, o czym świadczy zarówno wzrost liczebności podmiotów wykonujących czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, wzrost liczby umów ubezpieczenia, jak i składki przypisanej brutto, a także wzrost udziału składki przypisanej brutto z ubezpieczeń gospodarczych w PKB. Ujęcie instytucjonalne rynku obejmujące: stronę popytową, stronę podażową oraz kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych. Umożliwia to wszechstronną analizę pozycji tych podmiotów na rynku oraz ich wzajemnych powiązań.

Ostatni rozdział pracy to „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego przez agenta i brokera ubezpieczeniowego w kontaktach z konsumentami – ocena autorska”. Autor posłużył się wynikami badań ankietowych prowadzonych wśród konsumentów – klientów zakładów ubezpieczeń. Istotną rolę w relacjach z konsumentem odgrywa pośrednik ubezpieczeniowy. Za jego pośrednictwem dochodzi do wyświadczenia usługi ubezpieczeniowej. Jednocześnie z usługą pośrednik dostarcza niezbędnej wiedzy, za pomocą której możliwe jest kształtowanie i rozwijanie świadomości ubezpieczeniowej. Działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym, wpływające na rozbudzanie świadomości ubezpieczeniowej potencjalnego konsumenta usługi ubezpieczeniowej stanowią wartość dodaną do działalności pośredników ubezpieczeniowych.

Autor zaprezentował nowe, dotychczas niespotykane ujęcie przezroczności ubezpieczeniowej, rozwijanej w oparciu o świadomość ryzyka lub świadomość kary.

Efektem wykonanych badań i analiz było poznanie rzeczywistej pozycji pośredników ubezpieczeniowych i ich znaczenia, umożliwiające realne porównywanie poszczególnych kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych, z uwzględnieniem rozwijania świadomości ubezpieczeniowej wśród podmiotów rynku usług ubezpieczeniowych.

## Uwagi końcowe

Uwzględniając całość opracowania należy wskazać, że praca jest spójna logicznie i o dużej zawartości merytorycznej. Jest także poprawna metodologicznie. Dobrze i w sposób wyczerpujący przedstawione zostało miejsce, funkcja i rola w systemie formalnoorganizacyjnym pośredników ubezpieczeniowych brokera i agenta ubezpieczeniowego. Dobry dobór literatury przedmiotu (zwłaszcza polskojęzycznej). Interesująca w pracy jest część badawcza. Wnioski prezentujące wyniki badań są poprawne. Autor zamieścił wiele interesujących tabel i wykresów, które w dobrym stopniu zostały skomentowane i przeanalizowane.

Autor uporządkował i zaprezentował dorobek naukowy poświęcony problematyce pośrednictwa ubezpieczeniowego, systematykę kanałów świadczących usługi ubezpieczeniowe, a także, zgodnie z przyjętym założeniem, badanie znaczenia agenta i brokera ubezpieczeniowego oparł na analizie źródeł literaturowych oraz formalnoprawnych uwarunkowań wynikających z definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego w regulacjach krajowych i dyrektywach UE.

*Recenzent: Tadeusz P. Lenart.*

**ANNA KUFEL-SIEMIŃSKA**

**Recenzja książki „Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych” – Jarosław W. Przybytniowski  
Wieś Jutra, Warszawa 2010, ss. 196**

Podjęcie problematyki pośrednictwa ubezpieczeniowego wynika ze słusznego przekonania o doniosłym znaczeniu tej instytucji. Asumptem do powstania recenzowanej pracy był ponadto dostrzeżony przez autora niedostatek opracowań literaturowych poświęconych ekonomicznym problemom pośrednictwa ubezpieczeniowego, zauważalny zwłaszcza w literaturze polskiej (s. 8).

Zastrzeżenia jednak budzi deklarowany przez J. W. Przybytniowskiego cel opracowania. Cytując autora „głównym celem rozprawy było rozpoznanie i analiza znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego (agenta i brokera) na polskim rynku (...) (s. 10), a przecież analiza może być jedynie metodą badawczą wykorzystywaną na drodze do osiągnięcia zamierzonego celu. Z kolei „rozpoznanie znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego” rozumiane jako realizacja celu zakładu ubezpieczeń (s. 10), nie jest możliwe bez identyfikacji tegoż celu<sup>1</sup> oraz na podstawie zaproponowanych zmiennych. W przypadku zmiennych ilościowych są to przede wszystkim wielkość zebranej składki oraz liczba zawartych umów ubezpieczenia (s. 88), natomiast „do jakościowych

1. Wprawdzie w ekonomii neoklasycznej przedsiębiorstwo definiowane jest poprzez cel, jakim jest maksymalizacja zysku. Jednak do tak sformułowanego celu przedsiębiorstwa, współcześnie wysuwanych jest wiele zastrzeżeń metodologicznych, ekonomicznych, etycznych oraz empirycznych (T. Gruszecki, *Współczesne teorie przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 159 i n.). Otaczająca nas rzeczywistość „pokazuje”, że celem przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego nie musi być maksymalizacja zysku. Sztandarowym dowodem na to są zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, których działalność powinna być rentowna, lecz nie jest nastawiona na zysk. Ponadto z przeprowadzanych w latach 90. XX wieku badań wynika, iż celem przedsiębiorstw ubezpieczeniowych działających na polskim rynku częściej były wzrost lub utrzymanie udziału w rynku, czy też wzrost sprzedaży, aniżeli maksymalizacja zysku (zob. J. Garczarczyk, *Strategie marketingowe zakładów ubezpieczeń na polskim rynku*, „Marketing i Rynek”, nr 12 / 1998, s. 22 i n.).

mierników badania znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego zaliczono: postawę i zaangażowanie pośrednika, czas poświęcony na zawarcie umowy ubezpieczenia, zainteresowanie klienta problematyką ubezpieczeniową, przezorność i świadomość ubezpieczeniową klienta" (s. 10).

Formuła celu książki jest wyrazem trafnego spostrzeżenia, że działalność pośredników ubezpieczeniowych jest zdeterminowana czasoprzestrzennie, a więc ich znaczenie może być różne w wymiarach ilościowym i jakościowym na poszczególnych rynkach. Szkoda że umknęło to autorowi podczas wyrażania celu w formie pytania oraz nadawania pracy tytułu. Podstawowe pytanie, na które ma odpowiedzieć recenzowana książka, według autora brzmi: „Jakie jest znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeń gospodarczych" (s. 11), zaś w tytule rynek ubezpieczeń gospodarczych z niewiadomych przyczyn zastąpiony został niezrozumiałym terminem „struktura ubezpieczeń gospodarczych”.

Postawione przez J.W. Przybytniowskiego pytania szczegółowe oraz przyjęte hipotezy badawcze (s. 11) budzą wiele wątpliwości.

Poddając analizie uwarunkowania prawne oraz społeczno-ekonomiczne, w ujęciu dynamicznym, należało sięgnąć do przeszłości. W związku z tym niezrozumiałe jest opisywanie ewolucji pośrednictwa ubezpieczeniowego odrębnie na tle zmian prawnych, zmian ekonomiczno-społecznych oraz zmian historycznych, które przecież z natury rzeczy są zmianami społeczno-ekonomicznymi oraz prawnymi.

Zamiast o pozycji pośrednika ubezpieczeniowego „w systemie kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych" lepiej mówić o usytuowaniu pośrednika w kanale dystrybucji. Jedno z pytań szczegółowych „jakie jest znaczenie ekonomiczne pośrednictwa świadczonego przez agenta i brokera ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeń gospodarczych?", jest niepokojąco podobne do pytania głównego, w szczególności w kontekście wcześniejszych deklaracji autora dotyczących skoncentrowania rozważań na ekonomicznych aspektach pośrednictwa.

Stwierdzenia, że na działalność pośredników ubezpieczeniowych wpływ mają zmiany prawne i społeczno-ekonomiczne oraz że „istnieje zależność znaczenia pośrednictwa świadczonego przez agenta i brokera ubezpieczeniowego od uwarunkowań ekonomicznych", nie wymagają weryfikacji. Trudno zgodzić się z poglądem, że „(...) występująca w Polsce systematyka i typologia pośredników ubezpieczeniowych dzięki swojej anachroniczności jest czynnikiem ograniczającym rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego". I wreszcie czwarta z wymienionych hipotez. Wcześniej autor deklarował jako jeden z celów częściowych ocenę wpływu pośredników na kształtowanie świadomości i przezorności ubezpieczeniowej konsumentów, stąd wydaje się, że powinien raczej założyć oddziaływanie pośredników na świadomość ubezpieczeniową popytowej strony rynku ubezpieczeniowego, a nie występowanie zależności „pomiędzy świadomością i przezornością konsumenta a wyborem kanału świadczenia usług ubezpieczeniowych”.

Książka składa się z pięciu rozdziałów poprzedzonych wstępem i zwieńczonych podsumowaniem.

Rozdział I, jako rozdział wprowadzający, poświęcony został ewolucji pośrednictwa ubezpieczeniowego ze szczególnym uwzględnieniem polskiego rynku (Zob. w szcze-

gólności treść podrozdziału 1.2. zatytułowanego „Prawne uwarunkowania zmian w kształtowaniu pośrednictwa ubezpieczeniowego”). Kontrowersje budzi treść podrozdziału 1.3. „Ekonomiczno-społeczne uwarunkowania kształtowania pośrednictwa ubezpieczeniowego”. J.W. Przybytniowski błędnie twierdzi, że „istnieją dwie możliwości zabezpieczenia się przed negatywnymi skutkami zdarzeń losowych, niekorzystnie wpływających na wyniki ludzkiej działalności: samoubezpieczenie (...), ubezpieczenie (...)” (s. 32), zapominając, że obok nich są przecież jeszcze represja oraz prewencja. „Zdaniem autora ubezpieczenie jest formą zabezpieczenia się przed finansowymi skutkami zdarzeń losowych, które zagrażają nie tylko działalności gospodarczej człowieka, ale także jego życiu, poprzez przekazanie środków finansowych profesjonalnej instytucji, czyli przeniesienie obowiązku sfinansowania skutków ryzyka z ubezpieczającego na ubezpieczyciela w chwili powstania wypadku ubezpieczeniowego z umowy ubezpieczenia.” (s. 32), a „zakład ubezpieczeń jest organizacją gospodarczą, zdolną dostarczać usługi ubezpieczeniowe spełniające oczekiwania klientów, mogących je nabyć w sposób bezpośredni lub pośredni (za pomocą pośrednika – agenta, brokera ubezpieczeniowego) za cenę spełniającą jego oczekiwania (potrzeby) i pozwalającą im na uzyskanie pozytywnego rezultatu w postaci nieujemnego wyniku finansowego” (s. 36). Z pewnością powyższe zdania nie mogą być uznane za poprawne definicje.

W tej samej części opracowania J. W. Przybytniowski pisze: „Niepewność jest rozumiana jako problem decyzyjny, w którym określone decyzje powodują różne skutki w zależności od tego, który z możliwych stanów rzeczy zajdzie.” (s. 32); „Stosując terminologię prakseologii i teorię organizacji – ubezpieczenie można traktować jako metodę, czyli sposób systematycznie stosowany” (s. 33); „Zysk określa, w jakim stopniu dane działanie lub przedsięwzięcie jest zyskowne, czyli przynosi szeroko rozumianą korzyść. Koszt precyzuje wymagane przez działanie nakłady. Natomiast ryzykowność wyznacza horyzont czasowy skutków tego działania (...)” (s. 35); „ (...) Polacy postrzegają ubezpieczenia jako wymagające większych nakładów (kosztów), ale zarazem bardziej zyskowne wśród wielu innych czynników” (s. 35). Nie wiadomo również co autor miał na myśli pisząc „ (...) ubezpieczenie jest pojęciem czystym” (s. 37).

W rozdziale 2 zatytułowanym „Pośrednictwo ubezpieczeniowe w systemie kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych” autor wprowadza nowy termin „kanał świadczenia usług ubezpieczeniowych”, którego jak pisze „nie należy utożsamiać wyłącznie z kanałem dystrybucji” (s. 42). W pracy nie wyjaśniono wyraźnie, czym ów „kanał świadczenia” różni się od kanału dystrybucji, natomiast zamieszczono nową kontrowersyjną definicję terminu „świadczenie usług ubezpieczeniowych”: „Świadczenie usługi ubezpieczenia jest procesem obejmującym: dystrybucję bezpośrednią lub pośrednią, komunikację interpersonalną, masową, hipermedialną oraz informację bezpośrednią i pośrednią” (s. 41).

W rozdziale 2 autor deklaruje swoje krytyczne nastawienie do podmiotowego podejścia do instytucji pośrednictwa ubezpieczeniowego. J. W. Przybytniowski opowiada się za zgodnym z ustawodawstwem unijnym<sup>2</sup> przedmiotowym ujęciem pośrednictwa ubezpieczeniowego (s. 44, s. 64, s. 66). Jednak krytyka podejścia podmioto-

2. Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego.

wego nie znajduje odzwierciedlenia w treści książki, gdzie przedmiotem zainteresowania autora są wyłącznie podmioty mające status pośrednika ubezpieczeniowego, opisywane z rozróżnieniem, zgodnie z kryterium podmiotowym, na agentów ubezpieczeniowych i brokerów ubezpieczeniowych (zob. między innymi rozdział 3).

W omawianej części książki autor prezentuje także typologię kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych, która nie odbiega od powszechnie znanego podziału kanałów dystrybucji na kanały bezpośrednie i kanały pośrednie oraz dokonuje przeglądu literatury przedmiotu w zakresie systematyki pośrednictwa ubezpieczeniowego. Trudno się jednak zgodzić z poglądem, że „ (...) bardzo mocno rozbudowana typologia brokerów (...) tworzy merytorycznie nieuzasadnione podziały (...)” (s.52), bowiem raczej świadczy ona o bogactwie dorobku nauki ubezpieczeniowej. Według J. W. Przybytniowskiego, rozróżnianie w ramach pośredników tzw. pośredników względnie niezależnych jest niewłaściwe, ponieważ „brak jest zdefiniowanych wyznaczników względnej niezależności, a przepisy prawne wskazują na występowanie dwóch form pośrednictwa: agenta i brokera ubezpieczeniowego.” (s.47). W zamian autor dzieli agentów ubezpieczeniowych „ze względu na obowiązek posiadania ubezpieczenia OC z tytułu prowadzenia działalności agencyjnej” na agentów zależnych oraz posiadających OC (s. 53 i n.), przy czym podział ten nie spełnia wymogu adekwatności, bowiem poza agentami zależnymi i agentami podlegającymi obowiązkowemu ubezpieczeniu OC, są przecież agenci, którzy mimo że nie są agentami wyłącznymi, nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu OC – wykonują czynności agencyjne na rzecz dwóch zakładów ubezpieczeń w zakresie dwóch różnych działów<sup>3</sup>.

Błędem jest twierdzenie, że „stosując kryterium zakresu kompetencji, wśród agentów możemy wyróżnić agenta ubezpieczeniowego – pełnomocnika oraz osobę wykonującą czynności agencyjne” (s. 53). Wiele nieścisłości pojawia się we fragmencie dotyczącym brokera pełnomocnika, gdzie choćby autor nazywa brokera podpisującego umowę ubezpieczenia w imieniu ubezpieczającego „brokerem działającym *as agent*” (s. 52).

Niedosyt pozostawia rozdział 2.2. zatytułowany „Pośrednictwo ubezpieczeniowe w podmiotowym ujęciu rynku ubezpieczeniowego”, w którym warto było pokazać więzi łączące pośredników ubezpieczeniowych z podmiotami rynku ubezpieczeniowego np.: nadzorem ubezpieczeniowym oraz osadzić polski rynek w strukturze rynku ubezpieczeniowego Unii Europejskiej. Integracja europejska doprowadziła przecież do powstania jednolitego rynku ubezpieczeniowego Unii Europejskiej<sup>4</sup>, na którym zacierają się granice pomiędzy krajowymi rynkami w aspekcie geograficzno-administracyjnym. Wyrazem tego jest między innymi transgraniczna aktywność pośredników ubezpieczeniowych, której mimo zakresu czasowego pracy (lata 1996-2008) nie poświęcono miejsca w opracowaniu. Wydaje się, że autor świadomie skoncentrował się na działalności krajowych pośredników na krajowym rynku, czego dowodzi schemat 3

- 
3. Zob. art. 11 ustęp 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. nr 125, poz. 1154 z późniejszymi zmianami).
  4. Za datę powstania jednolitego rynku ubezpieczeniowego Unii Europejskiej uznano 1 lipca 1994 r., zaś polski rynek ubezpieczeniowy stał się jego częścią z dniem przystąpienia Polski do Unii – 1 maja 2004 r.

(s. 36), na którym czynniki międzynarodowe stanowią jego zdaniem odrębną grupę czynników makrootoczenia.

W rozdziale 2.3. zatytułowanym „Pośrednictwo ubezpieczeniowe w ujęciu przedmiotowym” autor dokonał rozróżnienia strumieni przepływających pomiędzy popytowa i podażową stroną rynku ubezpieczeń za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego, od tych które przepływają za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego. Nie podważając zasadności zabiegu, patrząc na schemat 20 (s. 62) oraz schemat 21 (s. 63), dostrzec można kilka nieścisłości. Przykładowo, z omawianych schematów błędnie wynika, że:

- składka ubezpieczeniowa w kanale agencyjnym dociera zawsze do zakładu ubezpieczeń za pośrednictwem agenta, zaś w kanale brokerskim bez udziału pośrednika,
- likwidacja szkód w kanale pośrednim jest przeprowadzana wyłącznie z udziałem agenta ubezpieczeniowego lub brokera ubezpieczeniowego,
- broker ubezpieczeniowy posiada zawsze umocowanie do występowania w imieniu swego klienta itd.

W rozdziale 3 zatytułowanym „Stan i pozycja pośrednictwa na rynku świadczenia usług ubezpieczeniowych” opisano pośrednictwo ubezpieczeniowe w ujęciu podmiotowym. Wiele stwierdzeń zawartych w treści tego rozdziału zaskakuje, nawet jeżeli przyjąć, że są one zapożyczeniami z utworów innych autorów. J.W. Przybytniowski pisze między innymi: „W terminologii ubezpieczeniowej określenie agent oznacza, że osoba jest opłacana, aby działać na rzecz towarzystwa ubezpieczeniowego” (s. 65); „Agent ubezpieczeniowy jako niezależny przedsiębiorca realizuje strategię zakładu ubezpieczeń, a ponadto dąży do tego, aby jego działalność była rentowna (s. 70); „Pojęcie broker ubezpieczeniowy jest pojęciem wieloznacznym, stosowanym nie tylko na rynku finansowym, ale i kapitałowym” (s. 71); „Znaczenie brokera ubezpieczeniowego jako kanału świadczenia usług ubezpieczeniowych jest zróżnicowane i w zależności od kraju stanowiącego rynek lokalny różnie się przedstawia” (s. 73). Zresztą w tej części pracy panuje ogromny chaos, a ponadto duża część tekstu wydaje się być mało udanym przeniesieniem z literatury obcej, co powoduje, że jest ona niezrozumiała dla czytelnika. W szczególności dotyczy to rozdziału 3.2. poświęconego brokerowi ubezpieczeniowemu. Za przykład może choćby posłużyć katalog „Podstawowych funkcji brokera ubezpieczeniowego reprezentującego komercyjnych nabywców ubezpieczeń” (s. 73 i n.) wraz z schematem 24 zatytułowanym „Model globalnej działalności brokera ubezpieczeniowego” (s. 73) oraz schematem 25 „Rola brokera ubezpieczeniowego we współpracy z towarzystwem ubezpieczeniowym” (s.74).

Niepotrzebnie w strukturę pracy włączono podrozdział poświęcony zatrudnieniu na rynku ubezpieczeń gospodarczych, w ramach którego opisano także liczebność agentów i brokerów ubezpieczeniowych. Abstrahując od tego, że zestawianie liczby osób zatrudnionych w zakładach ubezpieczeń z liczbą agentów ubezpieczeniowych – przedsiębiorców oraz liczbą brokerów ubezpieczeniowych – osób fizycznych i osób prawnych jest metodologicznie niewłaściwe, wydaje się, że wobec formuły celu pracy jakim jest „rozpoznanie (...) znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego”, gdzie „znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego rozumiane jest jako realizacja celu zakładu

ubezpieczeń” (s.10) analizie należało raczej poddać np.: prowizje pośredników ubezpieczeniowych, których koszty ponoszą ubezpieczyciele.

Tytuł rozdziału 4 jest bardzo bliski tytułowi pracy, w szczególności wobec wcześniejszych deklaracji dotyczących skoncentrowania rozważań na ekonomicznych aspektach pośrednictwa. W tej części autor książki proponuje miary znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego: składkę przypisaną brutto zebraną za pośrednictwem agentów ubezpieczeniowych i brokerów ubezpieczeniowych oraz liczbę zawartych umów ubezpieczenia. Tym samym rola pośrednictwa ubezpieczeniowego zostaje zawężona do udziału w sprzedaży ubezpieczeń, mimo że we wstępie J.W. Przybytniowski pisze, że „istotą” usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego jest nie tylko zawarcie lub doprowadzenie do zawarcia umowy ubezpieczenia, ale także czynności po zawarciu umowy ubezpieczenia (s. 7). Pokażną część rozdziału 4 stanowi rozdział 4.3. zatytułowany „Badanie znaczenia ekonomicznego pośrednictwa świadczonego przez agentów i brokerów ubezpieczeniowych przeprowadzone za pomocą zmiennych”, które według zamierzeń autora miało służyć weryfikacji hipotezy o zależności znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego świadczonego przez agenta i brokera ubezpieczeniowego od uwarunkowań ekonomicznych.

Celem rozdziału 5 jest „weryfikacja hipotezy, że istnieje zależność pomiędzy świadomością i przezornością konsumenta, a wyborem kanału świadczenia usług” (s. 161). Wydaje się jednak, że rozważania zawarte w tej części pracy w niewielkim stopniu mogą przyczynić się do rozwiązania problemu badawczego. Świadomość ubezpieczeniowa nabywców może być bowiem tylko jednym z wielu czynników wpływającym na znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego, stąd zastanawia dlaczego to jej właśnie autor poświęcił w pracy aż tyle miejsca.

Praca zdaniem autora miała pozwolić „na uporządkowanie problematyki pośrednictwa ubezpieczeniowego, przewyżając w ten sposób nieład definicyjny panujący zarówno w praktyce, jak i w dorobku naukowym” (s. 10). Jakkolwiek ocenić dorobek nauki, recenzowana praca na pewno niczego nie porządkuje. Co więcej, autor wprowadza nowe terminy nie definiując ich wcale np.: wspomniany „kanał świadczenia usług ubezpieczeniowych”, czy „przezorność ubezpieczeniowa” (s. 137).

W książce dostrzec można wiele niekonsekwencji. Z jednej strony autor opowiada się za przedmiotowym ujęciem pośrednictwa ubezpieczeniowego, (s. 44, s. 64, s. 66), z drugiej strony w pracy pośrednicy ubezpieczeniowi przedstawiani są w ujęciu podmiotowym (zob. między innymi rozdział 3). J. W. Przybytniowski marginalizuje znaczenie czynności podejmowanych przez pośredników w trakcie wykonywania umów ubezpieczenia – świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, o czym świadczy choćby wielokrotne wskazanie ubezpieczającego jako adresata usługi ubezpieczeniowej oraz usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego (s. 40, s. 128) i charakteryzowanie znaczenia pośrednictwa ubezpieczeniowego na postawie wielkości zebranej składki oraz liczby zawartych umów ubezpieczenia, mimo że pośrednictwa ubezpieczeniowego nie sprowadza tylko do zawarcia lub doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia (s. 7). Najpierw autor słusznie zauważa, że nie wolno utożsamiać kanału dystrybucji „z ich pośrednimi uczestnikami (np.: broker ubezpieczeniowy jako kanał dystry-



bucji)” (s. 42), po czym pisze o znaczeniu brokera ubezpieczeniowego (s. 73) oraz agenta ubezpieczeniowego (s.162) jako kanałów.

Nie wiadomo dlaczego fragmenty tekstów, a także niektóre zdania i terminy pisane są kursywą, inne terminy są pogrubione. W pracy pojawiają się podtytuły nieujęte w strukturę rozdziałów (zobacz np. rozdział 2.1.1. Typologia kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych). Autor chętnie podaje anglojęzyczne odpowiedniki niektórych pojęć, choć nie zawsze znajduje to swoje uzasadnienie np.: pisząc o pośrednikach na rynku niemieckim stosuje angielską terminologię (s. 20). Ponadto w treści pojawia się wiele błędów i nieścisłości, z których część wydaje się być konsekwencją nieuwagi autora jak na przykład zdania: „Zmienne ilościowe charakteryzują pośrednictwo ubezpieczeniowe za pomocą danych liczbowych” (s. 10), „Tak właśnie zawiązało się pierwsze towarzystwo ubezpieczeniowe Lloyd’s – działające do dziś i oferujące szeroki wachlarz usług ubezpieczeniowych” (s. 16); „Więcej na temat działalności zakładów ubezpieczeń w Polsce można przeczytać w: ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (...)” (s. 36).

W pracy zamieszczono ponad 100 tabel, wykresów i schematów. Niestety wiele z nich jest dla czytelnika niezrozumiałą np.: schemat 22 (s. 69), schematy 28 – 31 (s. 78-79), do niektórych zupełnie nie pasują tytuły np. schemat 5 (s. 41). Nie wiadomo dlaczego kilkakrotnie na schematach umieszczono agenta morskiego, maklera morskiego i brokera reasekuracyjnego (np.: schemat 9 na str. 47, schemat 18 str. 58) skoro nie zostali oni objęci zakresem przedmiotowym pracy (s. 10 i n.).

W podsumowaniu książki autor pisze: „Przedmiotem pracy było zbadanie znaczenia pośrednika ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeń gospodarczych. Cel ten został zrealizowany (...). Efektem wykonanych badań i analiz było poznanie rzeczywistej pozycji pośredników ubezpieczeniowych i ich znaczenia umożliwiające realne porównanie poszczególnych kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych (...)” (s. 168). Zastanawia na ile formuła celu pracy, na ile podstawowe założenia badawcze, a na ile zaproponowany układ i treść rozprawy przyczyniły się do tego, że trudno zgodzić się z takimi wnioskami.

*Recenzent: dr Anna Kufel-Siemińska.*



**MARTA BORDA  
PATRYCJA KOWALCZYK-RÓLCZYŃSKA**

## **Sprawozdanie z V Konferencji Naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” Rydzyna, 30 maja – 1 czerwca 2011 r.**

W dniach 30 maja – 1 czerwca 2011 roku w Zamku w Rydzynie koło Leszna odbyła się V Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”. Konferencja ta organizowana jest corocznie, począwszy od 2007 roku, jako efekt wspólnej inicjatywy i współpracy pracowników dwóch Katedr Ubezpieczeń – z jednej strony najstarszej – z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, a z drugiej strony jednej z najmłodszych – z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Co roku jedna z wymienionych katedr zajmuje się organizacją konferencji. W bieżącym roku była to Katedra Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Komitet Naukowy konferencji stanowili: prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec – Kierownik Katedry Ubezpieczeń na Wydziale Zarządzania Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz prof. dr hab. Jerzy Handschke, który kieruje Katedrą Ubezpieczeń na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Celem konferencji było umożliwienie wymiany myśli i doświadczeń przedstawicielom środowiska naukowego zajmującym się ubezpieczeniami w różnych aspektach – społecznym, finansowym, prawnym czy aktuarialnym, a także integracja środowiska naukowego i praktyków z branży ubezpieczeniowej.

Honorowy patronat nad tegoroczną konferencją objęli: J.M. Rektor Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu – prof. zw. dr hab. Bogusław Fiedor oraz J.M. Rektor Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu – prof. zw. dr hab. Marian Gorynia.

Patronami medialnymi konferencji były uznane czasopisma naukowe branży ubezpieczeniowej, a mianowicie: „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, „Prawo Asekuracyjne” i „Rozprawy Ubezpieczeniowe”.

W konferencji uczestniczyło blisko 100 osób reprezentujących środowisko akademickie (w tym: Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, SGH, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, UMK w Toruniu, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Łódzki i wiele innych uczelni wyższych), instytucje rynku ubezpieczeniowego (Polska Izba Ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fun-

dusz Gwarancyjny, Rzecznik Ubezpieczonych), a także zakłady ubezpieczeń i biura brokerskie. Obrady odbywały się w zabytkowych wnętrzach Zamku Rydzyskiego.

Program konferencji obejmował cztery sesje plenarne oraz pięć sesji plakatowych. Podczas obrad plenarnych wygłoszono 11 referatów. Poruszona tematyka, jak również towarzysząca jej dyskusja, dotyczyły bardzo szerokiego spektrum zagadnień, w tym m.in. omówiono problemy związane ze zmianami regulacji prawnych dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego, kształtowaniem popytu na polskim rynku ubezpieczeniowym, aktywnością zakładów ubezpieczeń jako podmiotów odpowiedzialnych społecznie, a także potrzebą uwzględnienia w działalności zakładów ubezpieczeń majątkowych skutków efektu cieplarnianego. Podczas ożywionej dyskusji wielokrotnie powracał wątek aktualnego wizerunku branży ubezpieczeniowej, spadku zaufania do sektora ubezpieczeniowego w polskim społeczeństwie oraz działań (pozytywnych i negatywnych) wpływających na ten wizerunek podejmowanych przez ubezpieczycieli.

W trakcie sesji plakatowych uczestnicy konferencji zaprezentowali blisko 50 prac, które były pogrupowane według zawartości merytorycznej w następujące sekcje:

- rynek ubezpieczeń,
- ubezpieczenia emerytalne i na życie,
- ubezpieczenia majątkowe,
- metody ilościowe,
- finanse ubezpieczeń.

Warto dodać, że organizacja sesji plakatowych miała miejsce po raz pierwszy w ramach tej konferencji i spotkała się z aprobatą większości uczestników, którzy chwaili sobie możliwość dokładnego zapoznania się z prezentowaną tematyką oraz uczestniczenia w ciekawych dyskusjach dotyczących aktualnych problemów badawczych.

Sesjom plakatowym towarzyszyła nie mniej ożywiona dyskusja w porównaniu do sesji plenarnych. Można było zauważyć zainteresowanie szczególnie takimi tematami jak m.in.: funkcjonowanie systemów emerytalnych, w tym zastosowanie ubezpieczeń na życie w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym, ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw, ubezpieczenia komunikacyjne, problematyka pomiaru ryzyka ubezpieczeniowego, ustalania składek i szacowania rezerw, bezpieczeństwo finansowe zakładów ubezpieczeń w świetle Solvency II oraz wpływ kryzysu finansowego na europejski rynek ubezpieczeń.

Wszystkie przedstawione referaty, po pozytywnym przejściu procesu recenzyjnego, zostaną opublikowane w Pracach Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Podsumowując, konferencja była bardzo ciekawym wydarzeniem naukowym z uwagi na różnorodność i aktualność poruszanych tematów oraz znakomitą okazją do nawiązania nowej i poszerzenia już istniejącej współpracy między osobami zajmującymi się ubezpieczeniami zarówno w pracy naukowej, jak i w praktyce.

*Dr MARTA BORDA jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.*

*Dr PATRYCJA KOWALCZYK-RÓLZYŃSKA jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.*



