

**POLSKI OBSZAR EUROPEJSKICH RYNKÓW
FINANSOWO-UBEZPIECZENIOWYCH
ANNO DOMINI 2017**

POLSKI OBSZAR EUROPEJSKICH RYNKÓW FINANSOWO-UBEZPIECZENIOWYCH ANNO DOMINI 2017

REDAKCJA NAUKOWA
ALOJZY Z. NOWAK
STANISŁAW NOWAK
JERZY JAGODZIŃSKI

WARSZAWA 2017



Wydawnictwo Naukowe
Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego



Recenzenci naukowi: prof. dr hab. Kazimierz Ortyński
prof. dr hab. Andrzej Szplit

Redakcja: Anita Sosnowska

Współpraca organizacyjno-redaktorska: Krystyna Rychlica

Projekt okładki: Agnieszka Miłaszewicz

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017

Publikacja powstała we współpracy z Izbą Gospodarczą Ubezpieczeń
i Obsługi Ryzyka



ISBN: 978-83-65402-68-4

e-ISBN: 978-83-65402-69-1

DOI: 10.7172/978-83-65402-69-1.2018.wwz.1



Opracowanie komputerowe, druk i oprawa:
Dom Wydawniczy ELIPSA,
ul. Inflancka 15/198, 00-189 Warszawa
tel. 22 635 03 01, e-mail: elipsa@elipsa.pl

Spis treści

Wprowadzenie	7
Część I. Rynki kapitałowo-ubezpieczeniowe w roli finansowo-inwestycyjnej	
Andrzej Sopoćko – <i>Główne czynniki ryzyka systemu finansowego w Polsce</i>	19
Irena Jędrzejczyk – <i>Rola sektora ubezpieczeń w procesach inwestowania na potrzeby rozwoju gospodarki</i>	32
Hanna Kuzińska – <i>Jak poprawić finansowanie ochrony zdrowia w Polsce?</i> ...	55
Część II. Polski sektor ubezpieczeń na tle regulacji prawno-praktycznych	
Marek Monkiewicz – <i>Systemy ochrony ubezpieczonych w przypadku niewypłacalności zakładu ubezpieczeń OC komunikacyjnego – trendy regulacyjne w Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG)</i>	71
Mariusz Wichtowski – <i>Transgraniczne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w kontekście brexitu (wybrane zagadnienia)</i>	93
Anna Popiołek – <i>Regulacje skierowane do sektora bankowego i ubezpieczeniowego nie zapobiegą kryzysom finansowym</i>	104
Adam Śliwiński – <i>Wybrane badania popytu na ubezpieczenia na życie</i>	116
Marietta Janowicz-Lomott, Krzysztof Łyskawa – <i>Konstrukcja ochrony ubezpieczeniowej utraty zysku dla produkcji drobiu w zakresie ptasiej grypy</i> ...	127
Maria Błoszczyńska – <i>Cyberubezpieczenia – szanse i bariery rozwoju</i>	150
Paweł Gołąb – <i>Outsourcing w działalności ubezpieczeniowej</i>	161
Część III. Rynek pośrednictwa ubezpieczeniowego	
Katarzyna Malinowska – <i>Dyrektywa w sprawie dystrybucji ubezpieczeń – krytyczne spojrzenie na metodę implementacji w kontekście systematyki polskiego prawa ubezpieczeń</i>	177

Jarosław W. Przybytniowski – <i>Ekonomiczne uwarunkowania implementacji dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD)</i>	196
Jacek Kliszcz – <i>Problemy praktyczne pośrednictwa ubezpieczeniowego i ich związek z udziałem banków, leasingów oraz sieci dealerskich w sprzedaży ubezpieczeń</i>	221
Aleksandra Luterek – <i>Ryzyko w działalności pośredników ubezpieczeniowych</i> ...	230
 Część IV. Rynek finansowo-ubezpieczeniowy w obrazie XX Konferencji naukowo-praktycznej „Obszar polski europejskiego rynku ubezpieczeń”. Wnioski i postulaty środowisk nauki i praktyki	
Jan Monkiewicz – <i>Ewolucja nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym w UE: od europejskiej unii bankowej do europejskiej unii ubezpieczeniowej i unii finansowej?</i>	241
Łukasz Zoń – <i>Proces zawarcia umowy ubezpieczenia w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – uwagi praktyczne</i>	255
Stanisław Nowak, Jerzy Jagodziński – <i>Kryzysy stałym elementem funkcjonowania polskich ubezpieczeń? Refleksje na tle dyskusji o stanie rynku ubezpieczeń</i>	265

Wprowadzenie

1. Praktyka gospodarczo-społeczna spełnianego obecnie w większej części Europy modelu gospodarki neoliberalnej, uwolniona poprzez procesy globalizacyjne od obowiązku stosowania zasady zysku sprawiedliwego, niebezpiecznie zmierza w kierunku maksymalizacji zysku bogatych kosztem biedniejszych. Prowadzi to nieuchronnie do kryzysów – także społecznych i migracyjnych. Procesom tym towarzyszy z reguły odstępowanie strony silniejszej stosunków społeczno-gospodarczych od wypracowanych przez wieki umów społecznych zabezpieczających system świadczeń socjalnych w zamian za nierówny podział wypracowanych w procesach produkcji dóbr i usług – zysków¹. Dotyczy to również rynków kapitałowych oraz ich historycznie ukształtowanych zasad spełniania usług. Dla sfery rynku ubezpieczeń oznacza to również uchylene się od stosowania obowiązków wypływających z funkcji i zasad ubezpieczeniowych, co prowadzi do powstawania i potęgowania się sprzeczności interesów stron stosunków ubezpieczenia. Te sprzeczności ujawniły się również w polskim modelu ubezpieczeń gospodarczych i społecznych, realizowanych w ostatnim ćwierćwieczu panowania zasad gospodarki neoliberalnej (także w zakresie ubezpieczeń rentowych i emerytalnych). Postępująca globalizacja rynków finansowo-ubezpieczeniowych, której towarzyszy nierówny podział dochodów wypracowanych (zob. Kozłowska-Chyła i Nowak, 2016, s. 7–20), jest tu niestety wyraźnie wiodąca (Nowak, Nowak i Sopoćko, 2009; Nowak, Nowak i Sopoćko, 2016).

Wspomniana zasada potrzeby osiągnięcia stałego zysku (Nowak, 2015, s. 301–315) jako naczelnego, a często wręcz jedyne, motywu działalności ubezpieczeniowej przenosi się także na sfery, które z założeń celowościowych oraz społeczno-ideowych z natury powinny być traktowane jako socjalno-prospołeczne. Przykładowo, to co

¹ Piszący o owych zjawiskach zjednoczonej Europy, w organizmie zwanym Unia Europejska, S. Nowak (2015, s. 299–300) tak oto problem ten postrzega: *w czasach, kiedy biedni stają się biedniejsi, by bogaci mogli się bogacić, trudno jest sobie wyobrazić, aby te części społeczeństw, którym jest odbierane gwarantowane dotąd przez państwa demokratyczne, poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji (choćby w ramach państwa socjalnego) biernie znosiły niedogodności i zmniejszanie szans na budowanie przyszłości według swoich pragnień. A tak, jak się coraz częściej i powszechniej przyznaje, dzieje się poprzez znoszenie idei owego państwa socjalnego zapewniającego minimum dla godnego życia oraz bezpieczeństwo (ochronę) w razie realizacji zdarzeń losowych typu: wypadek, choroba czy utrata pracy [...]. Jeśli zatem zjednoczona Europa nie potrafi realizować zasady solidaryzmu silniejszych ze słabszymi i to zarówno w sferze działania państw jako takich, jak i wobec obywateli z konkretnych obszarów, to podważone zostają podstawowe idee, które przyświecały powołaniu Unii Europejskiej.*

legło u podstaw idei dochodu sprawiedliwego w polskim trójfilarowym, powszechnym i społecznym modelu emerytalnych ubezpieczeń w nieuprawniony sposób przekształcono w trwały trend nieuzasadnionych zysków na rzecz podmiotów ów system prowadzących. Doprowadziło to do stanu, w którym model ten przestał spełniać zarówno indywidualne, jak społeczno-publiczne oczekiwania, a ponadto stał się urządzeniem narażającym budżet państwa na rujnujące go wydatki (Nowak, 2015a, s. 107–110 oraz literatura tam przywoływana). W równie nieuprawniony, ze społecznego punktu widzenia, sposób doprowadzono w tym samym czasie do głębokich deformacji w realizacji podstawowych funkcji i zasad ubezpieczeniowych (zob. obok wielu: Nowak, 2015, s. 297–315; 2015a, s. 95–111; Nowak, Jagodziński i Łazęcki, 2016, s. 199–222) w spełnianych systemach życiowych (por. Sopoćko, 2016, s. 40–52) i majątkowych (Orlicki, 2014, s. 223–232) dobrowolnych ubezpieczeń gospodarczych.

2. Na tle powyższych uwarunkowań jednym z istotnych założeń prezentowanego opracowania jest zwrócenie uwagi na ten ważny aspekt w planowaniu i realizacji współczesnych programów rozwoju społeczno-gospodarczych, który dowodzi, że owe działania nie powinny się dokonywać bez uwzględniania doświadczeń historycznych (często wielowiekowych) oraz dorobku wielu pokoleń Polaków zarówno jako społeczeństwa, jak i społeczności lokalnych. Ta konieczność odnosi się również do sfery rynków finansowo-ubezpieczeniowych przyjmujących – nader często – bezkrytycznie obce uregulowania prawno-produktowe.

3. Przyjęte założenia skłoniły redaktorów niniejszego tomu do podzielenia jego treści na cztery części: pierwszą zatytułowano *Rynki kapitałowo-ubezpieczeniowe w roli finansowo-inwestycyjnej*; część drugą – *Polski sektor ubezpieczeń na tle regulacji prawno-praktycznych* oraz trzecią pt. *Rynek pośrednictwa ubezpieczeniowego*. Wszystkie trzy odnoszą się do stanu jakościowego polskiego aktualnego modelu ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Problematyka ta była również przedmiotem obrad XX Konferencji naukowej, która odbyła się 15 listopada 2017 roku na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, stąd też część czwarta publikacji nosi tytuł *Rynek finansowo-ubezpieczeniowy w obrazie XX Konferencji naukowo-praktycznej „Obszar polski europejskiego rynku ubezpieczeń”*. *Wnioski i postulaty środowisk nauki i praktyki*.

Cała oddawana właśnie do rąk Czytelników monografia pt. *Polski obszar europejskich rynków finansowo-ubezpieczeniowych Anno Domini 2017* jest zaś kontynuacją wieloletnich już rozważań i opracowań tych kwestii a dotyczy aktualnych problemów rynków, działających w warunkach trwających nadal kryzysów społeczno-gospodarczych.

4. Inicjatorzy niniejszej pracy, jej autorzy oraz redaktorzy pragną zaznaczyć, że rozdziały w niej zawarte traktują jako kolejny etap realizowanego ciągu dyskusyjno-wydawniczego. Takie potraktowanie opisywanej problematyki pozwala bowiem na bieżące śledzenie losów rozwoju rynków finansowo-ubezpieczeniowych oraz poszukiwanie dalszych ich perspektyw.

Uczestnictwo polskich rynków finansowych w światowym procesie ich globalizacji i skutkach owej globalizacji w gospodarce polskiej śledzone było w ramach sygnalizowanej już działalności dyskusyjno-wydawniczej szerokiego grona podmiotów naukowo-

-badawczych i praktyki ubezpieczeniowo-kapitałowej od początków funkcjonowania w Polsce ustroju gospodarki rynkowej. Już pierwsze potwierdzające ten fakt wydawnictwa pokonferencyjne, pt.: *Problemy i kierunki unormowań rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce* (praca zbiorowa, 2002, passim) oraz *Ubezpieczenia w polskim rynku europejskiego* (Kopczyńska i Nowak, 2003; Sopoćko, 2003, s. 24; Kołodko, 2003, s. 27–39; Wieczorkiewicz, Dąbrowska i Gruszczyński, 2003, s. 394–404), problematyce tej poświęcały wiele uwagi, zwłaszcza w warunkach polskiej aspiracji do wejścia w strukturę Unii Europejskiej (Nowak i Monkiewicz, 2003, s. 41 i n.). Także następne konferencje i wydawnictwa naukowe, a szczególnie od czasów kryzysu światowych rynków finansowych z lat 2008–2009 (zob. wśród nich: Nowak, Nowak i Sopoćko, 2009; Nowak i Ryć, 2009, s. 11–22; Sopoćko, 2009, s. 22–37; Wasilewska-Trenkner, 2009, s. 37–46; Nowak, 2009, s. 238–254), doczekały się kolejnych, bogatych opracowań naukowych².

5. Kontynuując dyskusję w tej materii, Andrzej Sopoćko, w rozpoczynającym rozważania rozdziale pt. *Główne czynniki ryzyka systemowego w Polsce*, określając na wstępie zakres rozważań i wagę ryzyka systemowego dla rozwoju gospodarki, po przeprowadzeniu analizy problematyki, w podsumowaniu konkluduje: „w sumie, analizując ryzyko systemowe dla całej gospodarki, można stwierdzić, że jego rozmiary, jak na razie nie powinny być przesłanką do jakichkolwiek działań zapobiegawczych. Gospodarka jest stabilna i funkcjonuje w stabilnym otoczeniu międzynarodowym, biorąc oczywiście wyłącznie płaszczyznę kontaktów handlowych istotnych dla naszego kraju. To jednak wcale nie znaczy, że jest ona w dobrej kondycji z punktu widzenia długiego okresu. Długi spadek inwestycji i bardzo powolny ich przyrost od połowy 2017 roku budzą obawy czy za parę lat da się utrzymać kilkuprocentowy wzrost gospodarczy. Ponadto dające się zauważyć przesłanki przyszłej inflacji mogą dość szybko spowodować uruchomienie środków jej przeciwdziałających, powodujących równoległe wyhamowanie i tak niezbyt silnych procesów odbudowy potencjału wytwórczego”.

6. Funkcje finansowe każdej z trzech sfer współczesnych rynków finansowych (banków, ubezpieczeń, rynku kapitałowego) mają do odegrania szczególną rolę w rozwoju gospodarki narodowej. Ową rolę jest wykorzystywanie wolnych środków kapitałowych do inwestycji w upatrzone dziedziny gospodarcze. Możliwość ta dotyczy również nieco zaniedbanego w naszej praktyce potencjału sektora ubezpieczeń gospodarczych³.

Nowego spojrzenia na potencjał inwestycyjny oczekują również środki pochodzące ze sfery ubezpieczeń społecznych, wykorzystywane dotąd w Polsce jako swoiste „kapitały dyżurne”, spinania równowagi budżetu państwa lub ratowania wypłacalności powszechnych systemów emerytalno-socjalnych. W rozważaniach przywoływanej grupy autorów, analizującej owe problemy i możliwości współczesnych ubezpieczeń jako źródła możliwości inwestycyjnych rozwoju gospodarki, Irena Jędrzejczyk w rozdziale pt. *Rola sektora ubezpieczeń w procesach inwestowania na*

² Por. prace przywoływane w niniejszej monografii.

³ O czym dowodzą procesy rozwoju gospodarki w szeregu rozwiniętych państw Zachodu (zob. Jędrzejczyk, 2012, s. 11–24).

potrzeby rozwoju gospodarki, będącym kontynuacją jej cyklu wywodów (zob. Jędrzejczyk, 2012, s. 11–24; 2015, s. 16–17; 2017, s. 99–113) (rozpraw) na temat ważnej ich roli inwestycyjnej, ponownie podnosi te kwestie. Zawarte tu analizy i wnioski autorki to również kontynuacja podjętej tematyki co do roli funduszy ubezpieczeniowych jako źródła finansowania rozwoju gospodarczego. Przypomnijmy, że już w wydaniu z roku 2012 pt. *Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020” z uwzględnieniem roli ubezpieczeń na przykładzie województwa świętokrzyskiego* (Nowak i in., 2012) autorka zwracała uwagę na fundusze ubezpieczeniowe jako źródło znaczących środków inwestycyjnych, także przedsięwzięć regionalnych.

Trafność spojrzenia na potrzebę rozbudowy funkcji finansowych ubezpieczycieli poprzez inwestowanie w wybrane sfery gospodarki, a wręcz uczynienie ze źródeł ubezpieczeniowych swoistego kreatora rozwoju „gospodarki globalnej, sektorów i regionów” potwierdza autorka wywodami przywoływanych rozdziałów, m.in. *Aktywizacja kapitału kreatywnego na potrzeby rozwoju regionalnego – wybrane przykłady* (Jędrzejczyk, 2017, s. 99 i n.).

Oczywistości jej stwierdzeń przeczy nieco praktyka polskiego rynku ubezpieczeniowego, na którym zakłady z dominacją właścicielską kapitałów zagranicznych dążą (za wolą ich właścicieli) do przekazywania wolnych środków na rzecz firm „matek”, ulokowanych na rynkach zagranicznych. Kilka lat temu nawet dominujący na rynkach ubezpieczyciel, kontrolowany przez państwo, próbował lokować wolne środki na kapitałowych rynkach zagranicznych. Pozostawało to w oczywistej kolizji z przyjętymi założeniami strategii perspektywicznego planu rozwoju gospodarki polskiej.

7. Zasady finansowania emerytalno-rentowych i socjalnych programów krajowych i regionalnych analizowała wielokrotnie w ramach wykładów, rozpraw dyskusyjnych czy rozważań w formie opracowań naukowych Hanna Kuzińska (por. np.: Kuzińska, 2009, s. 62–72; 2014, s. 272–279; 2016, s. 28–39; 2017, s. 113–117). Tym razem rozprawia o tym w rozdziale pt. *Jak poprawić finansowanie ochrony zdrowia*. Autorka, po dokonaniu analizy funkcjonowania tego systemu, rekapitułuje swe rozważania m.in. poprzez takie oto stwierdzenia: „niesprawności dotychczasowych jego rozwiązań wynikały z błędnej koncepcji zamrożenia górnego jego pułapu nakładów publicznych na poziomie niższym niż 5% PKB”. Zapowiedziane zmiany rządowe w kwestiach finansowania „są próbą naprawy niesprawności systemu”, choć ich autorzy nie docenili szeregu uwarunkowań, od których zależy usprawnienie działania. H. Kuzińska uprzedza przykładowo, że „słabszą stroną rządowej strategii jest propozycja gromadzenia środków na ochronę zdrowia na wyodrębnionym rachunku państwowego funduszu celowego (objaw «branżowego myślenia»”. Taka koncepcja narusza filozofię ustawy o finansach publicznych”.

8. Dwa kolejne opracowania, tj. Marka Monkiewicza pt. *Systemy ochrony ubezpieczonych w przypadku niewypłacalności zakładu ubezpieczeń OC komunikacyjnego – trendy regulacyjne w Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG)* oraz Mariusza Wichtowskiego pt. *Transgraniczne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w kontekście brexitu (wybrane zagadnienia)* tematycznie odnoszą się szczególnie do problemów zwanych obowiązkowymi ubezpieczeniami

komunikacyjnymi w ruchu zagranicznym i rozpoczynają one problematykę części II opracowania zbiorowego.

Pierwszy z przywoływanych autorów, M. Monkiewicz, podnosi m.in. „rozdział poświęcony jest trendom regulacyjnym na obszarze Europejskiego Obszaru Gospodarczego dotyczących systemów/funduszy ochrony ubezpieczonych (tj. SOU / FOU) w przypadku niewypłacalności zakładów ubezpieczeń”. Wagę problemu, zdaniem autora, potwierdza fakt masowości owych zdarzeń oraz ich kosztów kompensacji. Wskazuje on na braki uregulowań w tym zakresie oraz na podjęte działania regulacyjne, choćby w ramach prac wspólnoty europejskiej.

Opracowanie M. Wichtowskiego, doświadczonego działacza w praktyce realizacji systemów ubezpieczeń transgranicznych (system Zielonej Karty, uregulowania UE), oparte zostało na wieloletnich doświadczeniach funkcjonowania tych systemów, także w warunkach kryzysowych (takich jak choćby angielski brexit).

9. W interesującym rozdziale pt. *Regulacje skierowane do sektora bankowego i ubezpieczeniowego nie zapobiegną kryzysom finansowym* Anna Popiołek, analizując ustawodawstwo szczebla centralnego (rządowego) i tzw. miękkie prawo oraz praktykę instancji nadzorczych, dotyczących sektorów bankowego i ubezpieczeniowego, zapadające na tle ich funkcjonowania w warunkach aktualnych kryzysów rynków finansowych, stwierdza (podobnie jak w tytule rozdziału), że „wprowadzane regulacje mające na celu ograniczenie skutków kolejnych ewentualnych szoków gospodarczych nie uchronią światowej gospodarki przed ewentualnymi kolejnymi zawirowaniami”.

Analizując kolejno rolę omawianych sektorów na świecie i w Polsce czy regulacje prawne ich dotyczące oraz poglądy literatury i opinie ekspertów ekonomicznych, autorka stwierdza m.in.: „nie można założyć, że uda się stworzyć idealne normy prawne, w których nie występowałyby pomyłki ludzkie”. Rolą państwa (rządu) i instytucji nadzorczych winno być bardziej aktywne i bieżące reagowanie na występujące nieprawidłowości oraz wcześniejsze ich przewidywanie, także przez stowienie prawnych systemów zabezpieczających.

10. Adam Śliwiński, w opracowaniu pt. *Wybrane badania popytu na ubezpieczenia na życie*, zauważa, że mimo dynamicznego rozwoju, współczesne rynki tego działu ubezpieczeń podlegają oddziaływaniom kryzysów społeczno-gospodarczych oraz wewnętrznych, wynikających choćby z utraty zaufania ubezpieczonych, do ubezpieczycieli życiowych.

Zakłady ubezpieczeń, oferujące swe produkty w warunkach ostrej konkurencji na rynku, mogą osiągnąć zamierzone cele akwizycyjne pod warunkiem uwzględnienia w swych ofertach ubezpieczeniowych nie tylko aspektu wskaźników składkowych, wpływających z tablic wieku ubezpieczonych, lecz także innych, równie ważnych, jak poziom edukacji i utrzymania potencjalnych ubezpieczających. Jak dowodzą prezentowane w przygotowanym rozdziale badania, również te aspekty istotnie determinują popyt na ochronę ubezpieczeniową.

11. Rozdział autorstwa Marietty Janowicz-Lomott oraz Krzysztofa Łyskawy, pt. *Konstrukcja ochrony ubezpieczeniowej utraty zysku dla produkcji drobiu w zakresie ptasiej grypy*, odnosi się treścią przedmiotową oraz propozycjami rozwiązań do sfery ubezpieczeń rol-

nych polskiego rynku ubezpieczeń. Przyjmują oni za teren badawczy obszar województwa świętokrzyskiego. Autorzy, uzasadniając przesłanki podjęcia tej problematyki, piszą: „Produkcja drobiu rozwija się bardzo dynamicznie zarówno w wymiarze globalnym, jak i lokalnym (w tym w województwie świętokrzyskim). Ale realizacja takiej produkcji przez przedsiębiorców rolnych powoduje szereg zagrożeń, których realizacja w postaci ryzyka może doprowadzić do znacznych strat, zarówno w rozumieniu strat bezpośrednich (utrata mienia, padnięcie drobiu itp.) lub pośrednich (utrata części zysku, spadek planowanych obrotów, czy utrata kontrahentów). W rozdziale skoncentrowano się na jednym z ważniejszych bio-zagrożeń w produkcji drobiu, czyli zakażenie hodowli wirusem ptasiej grypy. Zjawisko to pojawiło się bardzo intensywnie na terenie Polski na przełomie lat 2016/2017 i spowodowało znaczne straty po stronie rolników. Jednak rynek ubezpieczeniowy wychodzi naprzeciw potrzebom producentów rolnych w tym zakresie i istnieje możliwość wdrożenia programu ubezpieczeniowego... Konstrukcja ubezpieczenia oparta jest na idei ubezpieczenia utraty zysku, a wypłacane odszkodowanie odnosi się do wyników działalności z roku referencyjnego”.

12. W rozdziale pt. *Cyberubezpieczenia – szanse i bariery rozwoju*, jego autorka – Maria Błoszczyńska przypomina istotę ryzyka cybernetycznego będącego jednym z istotnych zagrożeń zarówno dla państw oraz ich instytucji, podmiotów gospodarczych, jak i gospodarstw domowych i osób fizycznych. Oferowane od lat 90. XX wieku na światowych rynkach (w tym USA) ubezpieczenia szkód powstałych z realizacji różnorodzajowej ryzyka cybernetycznego powoli wkracza na polski rynek gospodarczy. Ich rozwój w Polsce zależy zarówno od wzrostu świadomości ubezpieczeniowej, rozbudowy i poszerzenia oferty ubezpieczycieli oraz zbudowania odpowiednio przygotowanej kadry specjalistów do oceny ryzyka czy zawierania i wykonywania umów ubezpieczeniowych.

13. Paweł Gołąb w rozdziale pt. *Outsourcing w działalności ubezpieczeniowej* przedstawia złożoność outsourcingu jako instytucji rynków finansowych, która na obszarze Polski objawiła się szczególnie silnie wraz z nowymi, neoliberalnymi teoriami rynkowymi. Choć outsourcing w praktyce pojawia się obecnie już powszechnie, to jednak opracowanie autora, przybliży znacznie w działalności finansowo-ubezpieczeniowej jego pojęcie, podstawy praktyczne i uregulowania prawno-organizacyjne, rodzaje, teorie, ryzyko w takiej działalności oraz, co istotne, jego rolę i znaczenie w działalności ubezpieczeniowej.

14. Głębokie przemiany w okresie ćwierćwiecza gospodarki liberalnej na obszarze UE oraz polskiej rzeczywistości w czasie 13 lat od akcesji do Unii zaszły w organizacji i zasadach prowadzenia działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Po latach doświadczeń ujednociających procedury tegoż pośrednictwa na obszarze UE szereg krajów członkowskich dostrzega, że owe ujednoczenie, poza elementami korzystnymi, zawiera również rozwiązania trudne do przyjęcia także w sensie utraty dotychczasowych odrębności krajowych, w zakresie prawno-organizacyjnych rozwiązań.

Ustanowiona i wprowadzana implementacyjnie na obszar polski nowa dyrektywa UE w sprawie dystrybucji ubezpieczeń wywołuje szereg oporów i wątpliwości co do dalszej przyszłości sektora pośredniczego w Polsce, w przypadku pełnej realizacji

dyrektywy IDD. Obawy co do gotowości przyjęcia przez środowiska pośrednicze norm prawnych ustanowionych przez polskiego ustawodawcę w ramach implementacji przywoływanej dyrektywy powszechnie podnoszono na kolejnym Kongresie Brokerów, który odbył się w maju 2017 r. (łącznie z sugestiami zagrożenia dla istnienia polskiego rynku pośrednictwa – w ogóle). Podobne wątpliwości zgłaszano na kolejnej, cyklicznej konferencji naukowej pn. *Obszar polski europejskiego rynku ubezpieczeń AD 2017* (Uniwersytet Warszawski, 15 listopada 2017 r.).

Grupa tekstów poświęconych problematyce dystrybucji ubezpieczeń to część III niniejszej monografii. Rozpoczyna ją Katarzyna Malinowska rozdziałem pt. *Dyrektywa w sprawie dystrybucji ubezpieczeń – krytyczne spojrzenie na metodę implementacji w kontekście systematyki polskiego prawa ubezpieczeń*. Autorka podnosi tu, że na tle potrzeb implementacji dyrektywy (IDD) do prawa polskiego, w sposób uwzględniający również stan istniejący obecnych polskich uregulowań, zachodzi potrzeba *powrotu do dyskusji o szerszym wymiarze, obejmującej nie tylko implementowane doraźnie przepisy, lecz koncepcje systemu prawa ubezpieczeń w postaci kodeksu ubezpieczeń*.

Kolejnym z owej czwórki wskazanych opracowań jest praca Jarosława W. Przybytniowskiego pt. *Ekonomiczne uwarunkowania implementacji dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD)*. Dokonując podsumowania tez zawartych w swym opracowaniu. Autor podnosi m.in., że:

- a) ekonomiczne uwarunkowania implementacji dyrektywy na obszar Polski wymagają zachowania tylko minimalnego charakteru teźże, choćby z nieadekwatności rozbudowania procedur i obowiązków do warunków rynku polskiego;
- b) postrzega się nadmierne wkraczanie norm implementacyjnych poza obowiązkowy charakter dyrektywy;
- c) istniejące rozwiązania ustawowe polskiego rynku pośrednictwa budzą wątpliwości co do ich zgodności z normami konstytucyjnymi.

Trzeci rozdział z podejmujących ową problematykę, to spostrzeżenia Jacka Kliszczaka, wieloletniego praktyka brokerstwa ubezpieczeniowego, dzielącego się wiedzą o uregulowaniach prawno-praktycznych polskiego rynku pośrednictwa z perspektywy doświadczeń wyniesionych z praktyki realizacyjnej brokera na tle przeszłych, obecnych i wprowadzanych zasad postępowania. W rozdziale zatytułowanym *Problemy praktyczne pośrednictwa ubezpieczeniowego i ich związek z udziałem banków, leasingów oraz sieci dealerskich w sprzedaży ubezpieczeń* autor w podsumowaniu swej prezentacji, podkreśla w szczególności, że:

- a) uregulowania prawne, a z nimi praktyka realizacyjna, dyskredytują profesjonalnych uczestników rynku pośredniczego, czego przykładem jest *bancassurance* jako sposób prowadzenia usług ubezpieczeniowych;
- b) unormowania prawne prowadzą do dewastacji rynku poprzez wzrost udziału w nim nieprofesjonalnych uczestników, faworyzowanie wybranych grup tegoż rynku, dewastację systemu odszkodowań i działalności prewencyjnej; prowadzi to do nowej, nieprawidłowej filozofii rynku ubezpieczeniowego.

Cykl opracowań poświęconych pośrednictwu ubezpieczeniowemu zamyka rozdział Aleksandry Luterek pt. *Ryzyko w działalności pośredników ubezpieczeniowych*. Autorka zauważa, że w działalności tej, podobnie jak w każdym rodzaju działalności gospodarczej, wszelkie działania mogą być obarczone prawdopodobieństwem nieoczekiwanej straty lub powodzenia (zysku). Przypomina też o szczególnym, wzajemnym powiązaniu rodzajów ryzyka z punktu widzenia interesu klienta (tu ubezpieczonego) z pośredniczym. Na wielopłaszczyznowe powiązanie różnorodnych rodzajów ryzyka stron stosunków ubezpieczeniowych autorka ponownie zwraca uwagę w podsumowaniu rozważań, wskazując m.in., że *nie jesteśmy w stanie zamknąć w jednym katalogu rodzajów ryzyka, które działalności pośredniczej zagrażają*.

15. Część IV pracy zbiorowej, poświęcono omówieniu bieżących problemów rynków finansowo-ubezpieczeniowych, a to w kategoriach globalnych czy obszaru polskiego. Część ta zawiera zarówno poglądy autorów opracowań problematyki podnoszonej na wspomnianej XX Konferencji, jak też jest swoistym podsumowaniem poglądów i wniosków z wcześniejszych prac i dyskusji teoretyków i praktyków w kwestiach przyszłości funkcjonowania owych rynków.

Część tę rozpoczyna rozdział analityczno-dyskusyjny i postulatywny zarazem Jana Monkiewicza pt. *Ewolucja nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym w UR: od europejskiej unii bankowej do europejskiej unii ubezpieczeniowej i unii finansowej?* wygłoszony w syntetycznej treści podczas obrad przywoływanej XX Konferencji. Należy on do autorskiej serii wykładów Profesora, wygłaszanych w ramach spotkań i dyskusji środowisk finansowo-ubezpieczeniowych, z cyklu – *Państwo a nadzór ubezpieczeniowy*. Prezentowane w czasie wykładu spostrzeżenia i tezy autora stanowią efekt bacznej jego obserwacji trendów nadzorczych globalnych i krajowych rynków bankowo-ubezpieczeniowych oraz podjętych i prawdopodobnych kierunków nowych uregulowań w tej materii prawodawstwa unijnego (także wobec zjawisk typu brexit).

Łukasz Zoń, współorganizator i moderator dyskusji na XX Konferencji naukowej, w rozdziale pt. *Proces zawarcia umowy ubezpieczenia w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – uwagi praktyczne*, kontynuuje problematykę podniesioną w opracowaniu K. Malinowskiej o zadaniach rynku pośredniczego na tle przepisów dyrektywy UE – IDD. Poza wskazaniem na ważne aspekty prawne unijnych i polskich uregulowań prawnych tej materii, autor, uważny obserwator i uczestnik tego rynku, z troską i uzasadnionymi obawami odnosi się do szeregu rozwiązań, które mogą być źródłem zakłóceń funkcjonowania sfery brokerskiego rynku.

Kolejnym, o cyklicznym charakterze opracowaniem jest zamieszczony w pracy rozdział Stanisława Nowaka i Jerzego Jagodzińskiego pt. *Kryzys stałym elementem funkcjonowania polskich ubezpieczeń? Refleksje na tle dyskusji o stanie rynku ubezpieczeń*. Stanowi on nawiązanie do wcześniejszych prac analityczno-dyskusyjnych jego autorów, ale też środowisk naukowo-praktycznych związanych z rynkami finansowo-ubezpieczeniowymi widzianymi zarówno globalnie, jak regionalnie. Odśladania on nowe obszary rynków ubezpieczeń, które, za przykładem kryzysów o charakterze ogólnym (nawet ustrojowym), docierają na polski rynek będący jeszcze w fazie niedokończonej

transformacji ustrojowo-modelowej. Do tego typu negatywnych zjawisk dołączają się wydarzenia kryzysowe o wewnętrznej naturze przedmiotowo-rodzajowej rynku.

Autorzy rozdziału proponują, a organizatorzy XX Konferencji zapowiadają, rozpoczęcie szerokiej dyskusji w tej materii.

Bibliografia

- Jędrzejczyk, I. (2012). Ubezpieczenia wobec celów rozwoju regionalnego w świetle dokumentów strategicznych UE. W: S. Nowak i in. (red.), *Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020” z uwzględnieniem roli ubezpieczeń na przykładzie województwa świętokrzyskiego*. Warszawa: IGUiOR.
- Jędrzejczyk, I. (2015). Inwestycje sektora ubezpieczeniowego w świetle transatlantyckiego dialogu inwestycyjnego i handlowego. W: I. Jędrzejczyk (red.), *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów*. Warszawa: WNE SGGW, IGUiOR.
- Jędrzejczyk, I. (2017). Aktywizacja kapitału kreatywnego na potrzeby rozwoju regionalnego – wybrane przykłady. W: S. Nowak (red.), *Almanach Świętokrzyski T. II „Stąporków i okolice”*. Warszawa–Bydgoszcz–Kielce: Oficyna Wydawnicza Edward Mitek.
- Kołodko, G.W. (2003). Globalizacja rynków finansowych. W: T. Kopczyńska, S. Nowak i in. (red.), *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwania i oczekiwania*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im. Koźmińskiego.
- Kopczyńska, T., Nowak, S. i in. (red.). (2003). *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwania i oczekiwania*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im. Koźmińskiego.
- Kozłowska-Chyła, B. i Nowak, A.Z. (2016). Wyzwanie globalizacji dla rynku ubezpieczeń. W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Kuzińska, H. (2009). Polityka społeczna i budżetowa w warunkach globalnego kryzysu finansowego. W: A.Z. Nowak, S. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.
- Kuzińska, H. (2014). Fundusze na emerytury zależą od bogactwa kraju. W: S. Nowak (red.), *Przemysł wydobywczo-przetwórczy węgla i rud żelaza a rozwój gospodarczy*. Warszawa–Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Edward Mitek.
- Kuzińska, H. (2016). Finansowanie ubezpieczeń społecznych w Polsce ze środków publicznych. W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Kuzińska, H. (2017). Kierunki, unormowania i przeszkody w realizacji programu rozwoju województwa świętokrzyskiego w świetle strategii „Europa 2020”. W: S. Nowak (red.), *Almanach Świętokrzyski T. II „Stąporków i okolice”*. Warszawa–Bydgoszcz–Kielce: Oficyna Wydawnicza Edward Mitek.
- Nowak, A.Z. i Monkiewicz, J. (2003). Wstęp. W: T. Kopczyńska, S. Nowak i in. (red.), *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwania i oczekiwania*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im. Koźmińskiego.
- Nowak, A.Z. i Ryć, K. (2009). Jaki koniec kryzysu? W: A.Z. Nowak, S. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.

- Nowak, A.Z., Nowak, S. i Sopoćko A. (red.). (2009). *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.
- Nowak, S. (2009). Kryzys rynków gospodarczych. Czas naprawy (wybrane problemy). W: A.Z. Nowak, S. Nowak. A. Sopoćko (red.), *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.
- Nowak, S. (2015). Gotowość konkurencyjna polskiego rynku ubezpieczeń. Refleksje na tle stanu prawnego i praktyki ubezpieczeniowej. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeń*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Nowak, S. (2015a). Problemy 25-lecia polskiego rynku ubezpieczeń (przymus ubezpieczenia w rolnictwie). W: I. Jędrzejczyk (red.), *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów*. Warszawa: WNE SGGW, IGUiOR.
- Nowak, S. i in. (red.). (2012). *Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020” z uwzględnieniem roli ubezpieczeń na przykładzie województwa świętokrzyskiego*. Warszawa: IGUiOR.
- Nowak, S., Jagodziński, J. i Łazęcki, M. (2016). Polski model ubezpieczeń – pora na moderację i modernizację. W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Nowak, S., Nowak, A.Z. i Sopoćko A. (red.). (2016). *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Orlicki, M. (2014). Bancassurance – interpretować obowiązujące tezy czy tworzyć nowe przepisy. W: M. Serwach (red.), *Rynek ubezpieczeniowy, nadregulacja czy niedoregulowanie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Praca zbiorowa. (2002). *Problemy i kierunki unormowań rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im.Koźmińskiego.
- Sopoćko, A. (2003). Ubezpieczenia w Polsce A.D. 2003. Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy. W: T. Kopczyńska, S. Nowak i in. (red.), *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwania i oczekiwania*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im. Koźmińskiego.
- Sopoćko, A. (2009). Kryzys finansowy 2008 r. Jak bardzo przydatne są lekcje z przeszłości. W: A.Z. Nowak, S. Nowak. A. Sopoćko (red.), *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.
- Sopoćko, A. (2016). Emerytury kapitałowe Iluzja rozmnażających się pieniędzy. W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Wasilewska-Trenkner, H. (2009). Globalny kryzys finansowy. Uwarunkowania polskiej polityki budżetowej. W: A.Z. Nowak, S. Nowak. A. Sopoćko (red.), *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, IGUiOR.
- Wieczorkiewicz, A., Dąbrowska, K. i Gruszczyński M. (2003). Integracja usług finansowych w gospodarce światowej. W: T. Kopczyńska, S. Nowak i in. (red.), *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego. Wyzwania i oczekiwania*. Warszawa: IGUiOR, WSPiZ im. Koźmińskiego.

CZĘŚĆ I

**RYNKI KAPITAŁOWO-UBEZPIECZENIOWE
W ROLI FINANSOWO-INWESTYCYJNEJ**

ANDRZEJ SOPOĆKO*

Główne czynniki ryzyka systemu finansowego w Polsce

Streszczenie

Polski system finansowy uchodzi za bezpieczny. Jego parametry i dokonywane stress testy, jak na razie, nie budzą obaw o płynność jego funkcjonowania. Doświadczenia międzynarodowe wskazują jednak, że nigdy pewności w tym zakresie nie ma. Katastrofy finansowe przychodzą nagle, nie można oczekiwać więc skutecznego sygnalizowania nadejścia kryzysu. Kiedy powstały wielkie załamania („dot-com”, „subprime” kryzys) nie było wystarczająco dużo czasu by im zapobiec. W tej sytuacji nie tyle istotne jest poszukiwanie wskaźników określających zbliżające się niebezpieczeństwo, ile badania całego systemu z punktu widzenia jego wrażliwości na nieoczekiwane zdarzenia o szokowym charakterze. W tych warunkach rozważania nad stabilnością systemu finansowego należy prowadzić w układzie: systemu jako całości, oceniając jego elastyczność, rezerwy i ewentualne napięcia wewnętrzne oraz – zapalniki kryzysu, czyli szczególne wydarzenia, które w krytycznym okresie uruchamiają niedającą się zatrzymać destrukcję.

W ocenie systemu należy brać pod uwagę nie tylko tradycyjne elementy (inflacja, bilans obrotów bieżących itp.), lecz także stopień identyfikacji interesów graczy rynkowych z zadaniem stabilności systemu (długość horyzontu działań menedżerskich, moral hazard) oraz strukturę instytucjonalną rynku finansowego. W tym ostatnim przypadku – udział w tym sektorze parabanków czy agresywnych funduszy inwestycyjnych. W Polsce mamy do czynienia ze specyficznym zagrożeniem, jakim są rosnące koszty bankowe. Przekładają się one na bardzo wysokie spready między ceną pieniądza lokowanego (kredyty) a ceną pieniądza pozyskiwanego. Musi to spowodować powolne zmniejszanie roli banków uniwersalnych na rzecz innych, spekulacyjnych instytucji finansowych.

Słowa kluczowe: kryzys, ryzyko systemowe, spready bankowe, moral hazard.

Abstract

Polish financial system could be deemed as safe. Its parameters and implemented stress-tests do not point fears about its stability and liquidity. International experiences nevertheless evident, that to keep full reliability for the financial system is the mistake. Financial catastrophes are coming suddenly, and it seems, that successful warning system prepared to avoid crisis become an illusion. Usually there is no enough time to apply relevant instruments. That took place by the last crisis " dot-com and "subprime". Upon these opportunities one should analyse not the possible signals of crisis, but specific system features, which are most sensible on the non-expected shocks from out- and inside. There is the reason to consider system as whole, analysing its flexibility, reserves. Aside of it one should pay attention on "triggers" which are able to push not fully consistent system on the way of destruction.

* Prof. dr hab. Andrzej Sopoćko – Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; e-mail: Sopocko@wz.uw.edu.pl

This approach needs to take in to consideration not only the classic elements, like inflation, current balance etc., but also the identification interests of the dominant players on the financial with the interest of the macroeconomics (moral hazard, short managerial perspective etc.). Additional – share occupied by different kind of financial institution, especially – by para-banks, aggressive mutual funds and others. In Poland we have specific danger – rising banking costs. They are transformed on high spread between credits and deposits. It have to provide to decreasing role of the universal banks on the benefit for other, speculative financial bodies.

Keywords: crisis, system risk, bank's spreads, moral hazard.

Sfera finansów to zawsze główny obszar, w którym od czasu do czasu ujawniają swoją siłę procesy ogólnej destrukcji gospodarki. Najczęściej uważa się, że tam również znajduje się zwykle ich źródło, jednak niesłusznie. Finanse są bowiem kwantytatywne, pokazują więc nie tylko czy sytuacja się pogorszyła, czy polepszyła, lecz także ile wyniosła analizowana zmiana. W gospodarce w istocie to czynniki pozafinansowe odgrywają główną rolę, a ich stan jest pierwotną przyczyną osłabienia lub przyspieszenie procesu wzrostu (to nie manometr napędza lokomotywę, ale para, której ciśnienie mierzy). Oczywiście parametry finansowe odgrywają także aktywną rolę, nie są więc tylko odbiciem dziejących się tam procesów, niektóre z nich są zaś ważnym narzędziem regulacji. Należy jednak pamiętać, że w większości przypadków to nie zjawiska stricte finansowe są przyczyną sprawczą kryzysu. Zastrzeżenie to jest ważne, rozdział nie omawia bowiem rodzajów ryzyka systemowych w ogóle, ale właśnie zajmuje się tym jednym, przedstawionym w tytule.

1. Hyman Philip Minsky kontra Alan Greenspan

Ostatni kryzys był przykładem rozminięcia się percepcji opartej na wskaźnikach ekonomicznych z rzeczywistym stanem gospodarki. Wbrew przekonaniom liberalnej ekonomii, racjonalność podejmowanych w gospodarce decyzji wymyka się z koncepcji świadomego *homo oeconomicus*, na co dawno wskazywała ekonomia behawioralna (Nagroda Nobla 2012 dla Richarda H. Thaler). Bywa tak, że decyzje są nie tyle podporządkowane ściśle logice określonej przez cel, jakim jest długofalowy zysk, ile tylko tym tłumaczone. A to wielka różnica, ponieważ ukrywają one często całkiem odrębne przesłanki, jakimi faktyczni decydenci się kierują. Są to ich partykularne interesy, jak dostarczanie argumentów dla wysokich premii, dogadywanie się z konkurencją w sprawie podziału rynku, ukryte gry akcjami spółki itp. Rady nadzorcze, w tak złożonym systemie, polegają na informacjach dostarczonych im przez *top-management*, wobec czego ulegają najczęściej przymusowi decyzyjnemu, akceptując podsuwane im warianty postępowania i nie mając praktycznie analizy rozwiązań alternatywnych. Faktyczni decydenci (*Chief Executive Officers*) panują więc nie tylko nad realizacją celu korporacji, lecz także nad informacją o możliwo-

ściach i stanie jego realizacji. Otwiera się tym samym pole do podporządkowania działalności wyłącznie celom krótkookresowym, nie dłuższym niż kadencja zarządu, opierającym się często na zasadzie „po nas choćby potop”.

Przed możliwością powstania takiej sytuacji przestrzegał Hyman Minsky jeszcze w latach siedemdziesiątych, wskazując na konsekwencje skupiania się na wąsko określonych zadaniach korporacji. Przestrzegał on przed rosnącym, sztucznym optymizmem w polityce kredytowej, spowodowanym tym, że bieżąca ocena menedżerów finansowych zależy od wolumenu sprzedanych kredytów, a nie od wyników takiej działalności. Na to bowiem trzeba czekać wiele lat, a premiowanie musi mieć związek z obecną działalnością, ponieważ im więcej lat upływa od ostatniego kryzysu, tym większa jest tendencja do bagatelizowania możliwości jego zaistnienia.

Pisano bardzo dużo o niemoralnym podejściu menedżerów i agentów sektora bankowego, wciskających kredyty tym, co nie mogli ich spłacić, słusznie. Problem polega jednak na tym, że kiedy dochodzi do wyboru między moralnością a zachowaniem miejsca pracy, powstają wątpliwości, która z tych decyzji jest słuszna. Nacisk na zwiększanie akwizycji nowych kredytów nie powstał przecież na salach bankietowych zarządów i rad nadzorczych. Bołączką było to, że instytucje finansowe od lat borykały się ze względnym nadmiarem pieniędzy, trzeba więc było je jakoś ulokować. Może nie było to do końca racjonalne z punktu widzenia korporacji, ale nadmiar gotówki w kasie bardziej rzuca się w oczy niż np. ryzykowne lokaty. W momencie gdy trzeba zachować wizerunek, nagina się standardowe reguły ostrożnościowe. Ewentualne wpadki w przyszłości nie są przecież pewne, a bieżąca ocena przyszłości nie obejmuje.

Do 2007 roku wierzono, że tego rodzaju postępowanie jest raczej marginesem niż regułą działania, w każdym razie nie może mieć miejsca w instytucjach finansowych. Czołowym reprezentantem tego podejścia był Alan Greenspan, który przekonywał, że wspomniane działanie byłoby podkładaniem sobie bomby z uruchomionym zapalnikiem. Przyjęcie założenia o krótkowzroczności, posiadających wysoki wskaźnik inteligencji i najlepsze z możliwych wykształcenie, decydentów bankowych wydawało mu się po prostu nielogiczne.

Błąd rozumowania A. Greenspana polegał na przekonaniu, że istnieje pełna zbieżność interesów *top managementu* bankowego z interesami banków jako instytucji. Milionowe pensje zarządów banków i takie same odprawy nie czynią tragedii z faktu nieprzedłużania kontraktu menedżerskiego. Z uzyskanych tracie kadencji pieniędzy daje się całkiem dobrze żyć, a przede wszystkim, wykorzystując tak uzyskany kapitał i znajomości, prowadzić z powodzeniem własną działalność.

Kto w tej sytuacji może zahamować moralny hazard decydentów wielkich korporacji? Otóż praktycznie nikt. Ci bowiem, którzy znają problematykę rynku i specyfikę działania przedsiębiorstw finansowych właśnie stąd pochodzą. Tylko nieliczni gotowi są na obnażanie mechanizmów działających w tej sferze. Narażają się bowiem na wykluczenie z elitarnego środowiska, które ponadto gotowe jest w swojej obronie uruchomić skuteczne środki przekonujące opinię publiczną. Bankowi lobbyści wskazują, że problemy instytucji finansowych są wyolbrzymiane, a zasługi pomniejszane. Podważanie

zaś zaufania do sektora bankowego, dla którego to zaufanie jest wręcz niezbędne, oraz krytykę przedstawia się jako bezproduktywny, anarchistyczny radykalizm.

Tak więc ani eksperci, ani opinia publiczna, ani też politycy nie mają chęci (bądź interesu), by ingerować w działalność banków nawet wtedy, gdy niesie ona za sobą niebezpieczeństwo dla całego systemu. Nawet jeśli wiedza taka istnieje wśród niektórych polityków i publicystów, nie sposób ją wykorzystywać. Kto bowiem wówczas udzieli pomocy w finansowaniu kampanii wyborczej albo będzie zamawiał wysoko płatne reklamy w mass mediach? Nieprzyjaciołom, jeśli nawet się nie szkodzi, to pomaganie jest czymś zupełnie nieracjonalnym.

Integracja i zdolność do samoobrony środowiska finansowego jest bardzo niebezpieczną cechą dla niego samego. Prowadzi bowiem, co wykazał rok 2007, do zjawiska zwanego „momentem Minsky’ego”. Podlega on na tym, że rywalizacja w zabieganiu o klientów na kredyty prowadzi do coraz silniejszego osłabiania kryteriów ich udzielania. W rezultacie nabrzmiewają problemy ze spłatą do momentu aż zaczynają narastać lawinowo, rodząc znane sekwencje niewypłacalności, czyli tzw. efekt domina.

Opisana sytuacja jest typowa dla kryzysu gospodarczego. Nie chodzi tu o pogorszenie sytuacji, ale właśnie o kryzys, który jest zjawiskiem nieciągłym i nie do końca przewidywalnym. Dokładniej ujmując, można przewidzieć sam fakt zaistnienia kryzysu, nie sposób jednak poprawnie określić, kiedy to nastąpi.

Wyróżnia się dwa główne typy kryzysów:

- strukturalny (rozbieżność procesów realnych i regulacyjnych, jak np.: w Argentynie, Korei, Rosji, Ukrainie, Grecji);
- bąbel spekulacyjny (rozkręcone nad miarę budownictwo w Hiszpanii, piramida finansowa w Albanii itp.).

W obu przypadkach mamy do czynienia z narastaniem napięcia wewnątrzsystemowego, którego tenże system w końcu nie wytrzymuje. W przypadku bąbli spekulacyjnych jest to bardziej widoczne w postaci wzrostu cen aktywów, na ogół także proces zwieszania napięcia jest krótszy, chociaż nie jest to bezwzględna reguła. Spirala cen nieruchomości w Japonii kręciła się prawie 10 lat, zanim ceny gwałtownie spadły, prowadząc do zalanania gospodarki, a później długiej stagnacji.

W teorii kryzysów (obu rodzajów) wyróżnia się:

- sam proces tworzenia się napięć wewnątrzsystemowych¹,
- zapalnik kryzysu (*trigger*) – zdarzenie, które bezpośrednio poprzedza w czasie załamanie systemu.

Procesy charakteryzujące pierwsze z tych zjawisk to:

- szybko narastający dług publiczny (nadmierne zadłużanie, zła struktura długu); np. Brazylia 1999, Turcja 2000, Argentyna 2002;
- miękkie ograniczenia sektora bankowego (zbyt wysokie ryzyko kredytowe, *maturity mismatch*, *cross hedging*); np. Argentyna 1995, Urugwaj 2002, USA 2007;

¹ Klasyfikacja własna na podstawie: *Claessens i Kose*, 2012.

- za wysokie lewarowanie kredytem sektora przedsiębiorstw; np. Korea 1997, Tajlandia 1997, Indonezja 1997;
- daleko idące przesunięcie środków zasilających gospodarkę ze względnie bezpiecznych banków do spekulacyjnych funduszy; np. Meksyk 1994, Rosja 1998;
- wysokie saldo obrotów handlu zagranicznego;
- gwałtowna deprecjacja waluty;
- wysoki długotrwały deficyt budżetowy;
- zła struktura długu – zbyt wysoki udział należności krótkoterminowych (głównie z powodu wysokiej inflacji);
- nieskuteczna polityka makroekonomiczna (nadmierne wsparcie niektórych sektorów);
- pogorszenie *terms of trade*.

W przypadku *trigger points* mamy do czynienia na ogół z następującymi zjawiskami:

- wprowadzeniem ograniczeń w spłatach kredytów zagranicznych,
- głęboką dewaluacją,
- obniżeniem ratingu do tzw. poziomu nie-inwestycyjnego,
- efektem „zarażania” się od innych krajów,
- zmianą zainteresowań globalnych inwestorów,
- pojawieniem się braku płynności w sektorze niefinansowym.

Jak się wydaje, w Polsce ryzyko wystąpienia większości z wymienionych zjawisk jest stosunkowo niewielkie. Właściwie można byłoby powiedzieć, że i nasza gospodarka jako całość jest w dość bezpiecznej sytuacji. Pewne jednak niepokoje budzi sytuacja sektora bankowego, bynajmniej nie dlatego, że bliska jest jakiegoś załamania, lecz by wskazać na takie niebezpieczeństwo w przyszłości.

2. Dwa warianty pozycji sektora bankowego systemie finansowym

W Polsce zdecydowanie wiodącą rolę w systemie finansowym odgrywają banki prowadzące, zgodnie z ogólnie obowiązującymi wytycznymi, ostrożną politykę inwestycyjno-kredytową. Strukturę oszczędności ludności prezentuje wykres 1.

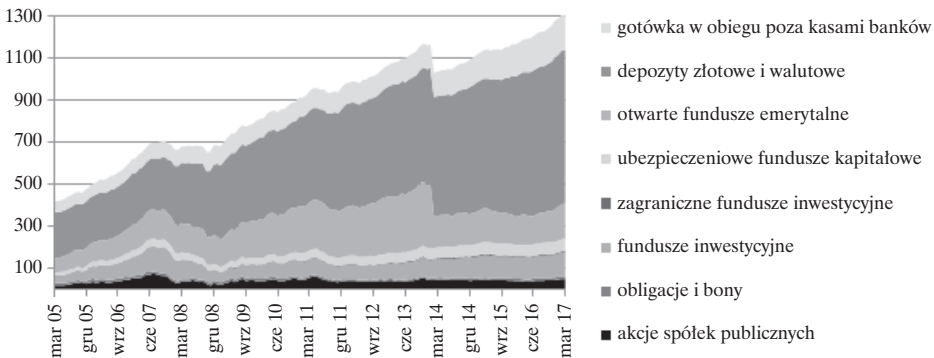
Analiza wykresu 1 wskazuje, że stosunkowo niski jest udział funduszy inwestycyjnych, natomiast tzw. banki inwestycyjne nie istnieją, to zaś, co z natury jest działalnością wysokiego ryzyka na polskim rynku finansowym jest nieznaczące. O stabilności systemu decydują więc banki. Inaczej sytuacja kształtuje się np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie ponad połowa gospodarstw domowych inwestuje w fundusze inwestycyjne (Hayes, 2017). Znaczne rozmiary tych oszczędności oznaczają, że skala ryzyka systemowego jest tam większa.

Decyzje UE oraz rekomendacje Komitetu Bazylejskiego wprowadziły w bankach komercyjnych szereg zabezpieczeń, które wielokrotnie były już opisywane. Nie rozwiązują one jednak całości problemu. Przyjrzeć się trzeba także innym ele-

mentom, które nie były dyskutowane ani objęte nowymi regulacjami. A chodzi tu o inne środki niż zabezpieczenie kapitałowe i rezerwy finansowe, które stanowią zabezpieczenie przed załamaniem się pojedynczego banku, a tym samym powstanie groźnego dla całego systemu efektu domina, chodzi tu o (<http://samcik.blox.pl/html/1310721,262146,21.html?625495>):

- wydolność systemów gwarancyjnych dla deponentów,
- poziom przychodów bankowych (marże, spready).

Wykres 1. Struktura oszczędności w Polsce wg grup aktywów (mld zł)



Źródło: <https://www.analizy.pl/fundusze/wiadomosci/22268/struktura-oszczednosci-gospodarstw-domowych-%28marzec-2017%29.html> (20.06.2017).

Wzrost popytu na kredyty wydaje się wielce korzystny tak ze społecznego, jak i z czysto ekonomicznego względu. Problemem jest jednak skala sięgania po kredyty w stosunku do realnej możliwości ich spłaty. W szczególności chodzi tu o duże inwestycje wieloletnie, które tylko w rzadkich przypadkach (duże oszczędności indywidualne, wysokie zyski i odpisy amortyzacyjne w przedsiębiorstwach) mogą być finansowane ze środków własnych. Typowym rozwiązaniem jest więc transfer cudzych oszczędności w kredyty dla inwestorów.

Depozyty są swojego rodzaju inwestycjami. W tradycyjnym rozwiązaniu posiadacz środków przekazuje je bankowi, który podejmuje decyzje inwestycyjne, określające ile i komu przeznaczyć pieniędzy. Z tym, że wówczas bank przyjmuje na siebie praktycznie całe ryzyko ewentualnych błędów czy nietrafnych wyborów inwestycyjnych. W przypadku banków inwestycyjnych czy funduszy, obok transferu ewentualnych zysków z inwestycji, następuje także transfer ryzyka na inwestora, który musi pogodzić się z niebezpieczeństwem zmniejszenia wartości zakupionych certyfikatów inwestycyjnych lub akcji banków inwestycyjnych. Dochodzi tu jeszcze możliwość, zwykle wykorzystywana do końca, lewarowania zysków, zaciągania kredytów na rozszerzenie działalności rodzaju instytucji, co istotnie podnosi to ryzyko inwestora.

Zarówno fundusze, jak i banki inwestycyjne mogą także lokować środki w kredytach. Są to przede wszystkim kredyty mieszkaniowe. W Stanach Zjednoczonych takie wierzytelności wynoszą ponad 2 biliony USD. Do najbardziej spektakularnych lokat (pośrednio) w kredyty należą natomiast tzw. CDO (Collateral Debt Obligation). Inwestor dokonuje tu zakupu obligacji finansujących specjalne koszyki kredytów, w znacznej części o niskiej jakości, ale dających wysokie oprocentowanie, transferowane później w wysokie wartości kuponów obligacji funduszu.

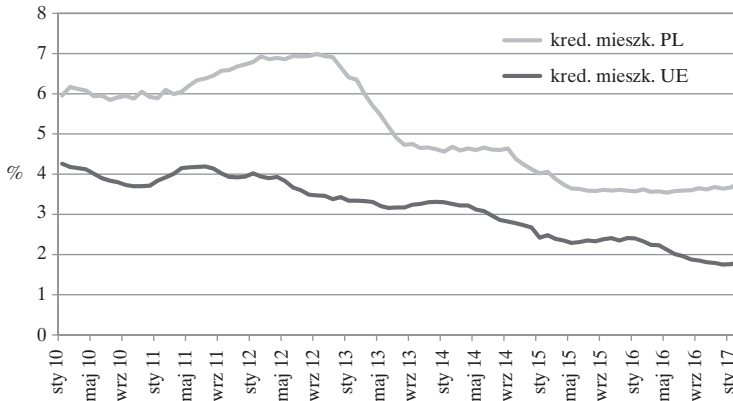
Aktywa funduszy mogą być bardzo różne, od akcji, obligacji, do nieruchomości, statków morskich, po dzieła sztuki i emisje CO₂. Wiele z nich oferuje inwestorom wysokie stopy zwrotu, co równocześnie oznacza także wysokie ryzyko straty, ponieważ stopy takie nie są gwarantowane.

Poza bankami decydującym jest przede wszystkim posiadacz oszczędności, który podejmuje decyzje o zainwestowaniu w certyfikaty inwestycyjne funduszy, w tym lokujące swoje środki w ustalone w statucie. Pierwotny inwestor nie może co prawda wybierać tych aktywów, jednak wybiera między funduszami, które deklarują określony typ lokat.

W Polsce, jak i w całej Europie kontynentalnej, to rozwiązanie znajduje się wyraźnie na drugim planie. Dominuje system oparty na bankach uniwersalnych, gdzie klient (deponent) praktycznie uwalnia się od ryzyka kredytowego. Całość ryzyka ponosi bank, co rzutuje na jego gospodarkę finansową. Musi się on zabezpieczać przed stratami wynikającymi z niespłaconych czy zagrożonych kredytów. I muszą to być zabezpieczenia tak duże, żeby nawet na moment nie stracił płynności finansowej. Nie da się przeczekać nawet krótkookresowych zakłóceń, bo reakcja deponentów jest bardzo szybka. Zaczyna się wycofywanie oszczędności, które łatwo może doprowadzić do katastrofy finansowej. Żeby tak się nie stało, w ratowanie musi zaangażować się cały system bankowy. Oznacza to konieczność jego przygotowania na takie zagrożenia. Stąd, poza obowiązkowymi rezerwami w samych bankach, tworzone są fundusze gwarancyjne, pokrywane ze składek banków, jak także obowiązkowa rezerwa (nie wszędzie) w postaci depozytów w banku centralnym. To wszystko kosztuje, w rezultacie koszty przejścia ryzyka kredytowego przez banki są wysokie. W przypadku funduszy inwestycyjnych ryzyko kredytowe przejmowane jest przez posiadaczy certyfikatów inwestycyjnych, których wartość kształtuje kondycja ich aktywów, w połączeniu z aktualnym stanem koniunktury. Inwestorzy narażeni są więc na ryzyko strat, ale stają się również beneficjentami premii za ryzyko, kiedy straty te nie powstały. Nie ponoszą za to kosztów utrzymywania rezerw zabezpieczających.

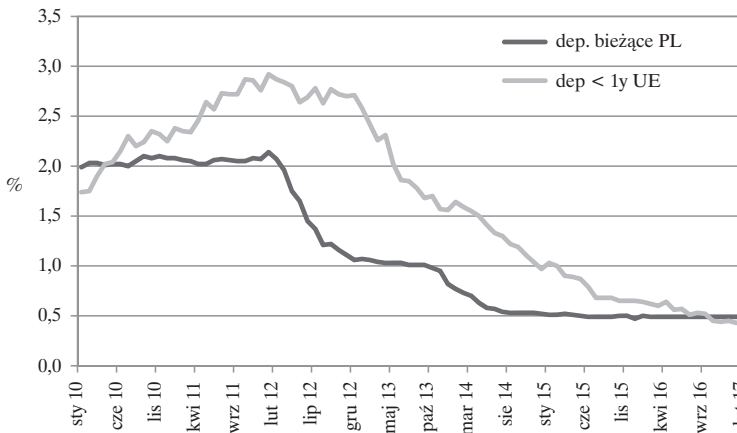
Rozwiązanie, w którym bank przejmuje całe ryzyko kredytowe zdecydowanie dominuje w krajach europejskich, drugie – w USA. Polska znajduje się w obszarze europejskiej kultury finansowej, zrozumiałym jest więc, że stosuje europejskie rozwiązania instytucjonalne. Problemem jest jednak, że na tle krajów zachodniej Europy koszty kredytów są wyjątkowo wysokie. Dlatego też warto się zastanowić nad próbą zastosowania drugiego systemu – opartego na funduszach inwestycyjnych. Zanim to nastąpi, warto przedstawić, skądinąd spektakularną, różnicę w kosztach kredytu między Polską a krajami Europy Zachodniej.

Wykres 2. Stopy procentowe kredytów mieszkaniowych w Polsce i Europie Zachodniej (UE 19 krajów)



Źródło: Euroarea statistics.

Wykres 3. Stopy procentowe depozytów krótkoterminowych w Polsce i Europie Zachodniej (UE 19 krajów)

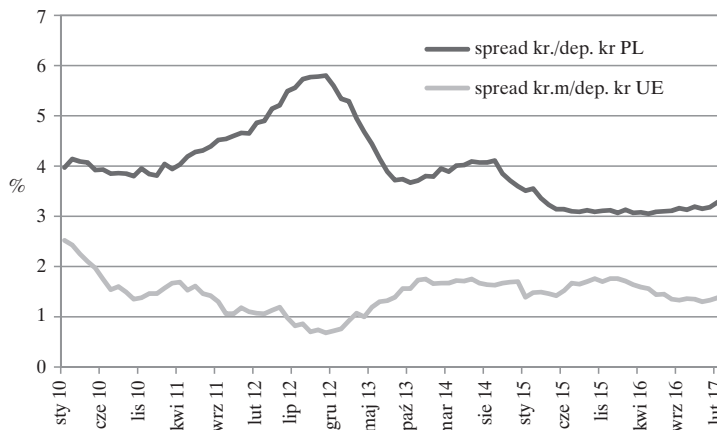


Źródło: jak wyk. 2.

Jak widać na wykresach 2 i 3, kredyty w Polsce są w okresie pokryzysowym regularnie o ok. 2 p. proc. droższe. Tak zresztą było i w poprzednim okresie. Nie znajduje to uzasadnienia w wyższych stopach depozytu. Stawki zbliżyły się do siebie prawie całkowicie². Różnice w marży bankowej (inaczej kredyt/depozyt spread) w bankowości detalicznej prezentuje wykres 4.

² Przedstawiono tu co prawda tylko depozyty krótkoterminowe, ponieważ wartości średnich ważonych dla całej grupy EU19 są trudno dostępne. Depozyty krótkoterminowe są zresztą dominujące.

Wykres 4. Wartości różnic oprocentowania kredyty/depozyty w Polsce i w krajach „starej Unii”



Źródło: jak wyk. 2.

Warto dodać, że sytuacja w Stanach Zjednoczonych w zakresie kredytów, spreadów i depozytów wygląda podobnie. Oprocentowanie kredytów mieszkaniowych od 2009 r. wynosi 3,25%³, depozytów – nieco ponad 1% (Segal, 2017), a spread wynosi więc również ok 2%.

3. Zagrożenia dalszego wzrostu kosztów bankowych

Jak widać, w Polsce kredyty mieszkaniowe są stosunkowo drogie i nie ma prostego wytłumaczenia tego zjawiska. Można podać jedynie trzy czynniki, które stały się tego powodem. Pierwszym jest konieczność podciągania wartości kapitału bankowego dla spełnienia zaostrzających się wymogów UE. W Polsce było to szczególnie kłopotliwe, ponieważ w rok po przystąpieniu do Unii miał miejsce dotyczący także nas globalny kryzys finansowy. Drugim czynnikiem jest konieczność zwiększenia funduszu gwarancji depozytów ludności (BFG) do 100 tys. euro, trzecim zaś są koszty sanacji bankowego sektora spółdzielczego, przez lata zwolnionego z tworzenia i finansowania części funduszy zapewniających utrzymanie płynności. W 2016 roku doszedł jeszcze specyficzny podatek, określony od większości aktywów, w wysokości 0,5% rocznie.

Dobra kondycja banków polskich sugeruje, że mimo wspomnianych obciążeń, wydałoby się, że jest jeszcze miejsce na obniżkę kosztów kredytów dla ludności. Tak jednak wygląda to na pierwszy rzut oka. Faktycznie rezerwy są jednak znacz-

³ Dane World Bank. Pozyskano z: <http://data.worldbank.org/indicator/FR.INR.LEND?locations=US>.

nie mniejsze, niż wynikałoby to z wielkości spreadów. Warto je dobrze skalkulować zanim wysunie się ewentualne propozycje nacisków na ich obniżenie. Dobra kondycja banków jest przecież warunkiem stabilności finansowej kraju, a tym samym niezakłócanego wzrostu gospodarczego. Ryzykownym jest więc wykorzystywać istniejące zasoby sektora, podejmując zagrażające jej działania administracyjne.

Warto pamiętać także, że w tym ogólnie dobrym obrazie jest pewien wyjątek, a mianowicie bankowość spółdzielcza. W prasie branżowej pojawiają się ostrzeżenia przed możliwymi kłopotami. Z *Raport(u) o sytuacji banków w 2016 roku* wynika, że trzy czwarte banków spółdzielczych jest zagrożonych upadłością. Co więcej, te które są w najlepszej sytuacji, chcą się odłączyć od już istniejących banków zrzeszających i utworzyć własną organizację – tak by nie płacić za nietrafione inwestycje swoich dotychczasowych partnerów. To może zachwiać stabilnością nie tylko rynku bankowości spółdzielczej, lecz także wielu gmin, które w tych placówkach trzymają swoje pieniądze. Z innego raportu KNF (2017, s. 4) wynika, że 7 banków spółdzielczych i jeden komercyjny nie spełnia wymogów ostrożnościowych, jest to 1,9% aktywów całego sektora.

Wydawałoby się, że sytuacja nie jest zła, jednak należy tu jeszcze dodać informację o SKOK-ach. Upadłość siedmiu z tych kas to koszt dla całego sektora bankowego, w postaci dodatkowych składek na Bankowy Fundusz Gwarancyjny, 5mld zł. Z raportu KNF (2017) wynika, że cały sektor SKOK znajduje się w trudnej sytuacji. Na koniec marca aż 31 kas (na 40 istniejących) oraz Kasa Krajowa objętych było postępowaniami naprawczymi. Strata tego subsektora wzrosła z 25 w 2015 r. do 125 mln, przy czym nie uwzględniono tu niezbędnych odpisów na rezerwy, co w sumie powiększa stratę do ok 500 mln.

SKOK-i są z pewnością kosztownym i pozbawionym na razie perspektyw poprawy efektywności elementem systemu bankowego. Koszty ich niegospodarności są znaczne, cokolwiek jednak by się stało, nie zagrażają one systemowi bankowemu. Jego zyski wyniosły w 2016 roku 13,9 mld zł i były o 24% wyższe od poprzedniego roku (KNF, 2017). Nie można więc sytuacji w SKOK-ach potraktować jako zagrożenia kryzysem, ale stanowi ona ważny czynnik wyjątkowo wysokich w Polsce kosztów działania banków, a stąd – wysokich spreadów kredytowych. Być może i obecnie dałoby się je obniżyć, jednak w tej sferze panuje cały czas niepewność co do możliwych posunięć administracyjnych, nakładających nowe ciężary na cały sektor. Nie chodzi zresztą tylko o posunięcia ze strony administracji rządowej. Czynnikiem obniżającym motywację do przedstawienia bardziej konkurencyjnych ofert kredytowych jest także, raczej niekorzystna dla banków, sytuacja w orzecznictwie sądowym. Sądy tym razem, poniekąd regulują przeszłość, w której dochodziło do nadużyć w umowach kredytowych, narzucających niekorzystne klauzule dla klientów, głównie w przypadku kredytów walutowych. Do 2007 roku pożyczkodawcy nie występowali z roszczeniami, ponieważ kredyty te były obsługiwane znacznie mniejszym kosztem niż tzw. złotowe. Później, jak wiadomo, sytuacja się odwróciła, pojawiła się duża liczba pozwów indywidualnych i co najmniej kilka zbiorowych.

Zapadające wyroki wskazują, że koszy, które z tego tytułu mogą pomieścić banki, będą dla nich sporym obciążeniem.

Oceniając sektor bankowy jako ewentualny obszar zagrożeń dla całej gospodarki, wypada stwierdzić, że prawdopodobieństwo wywołanego stąd kryzysu jest obecnie bardzo małe i raczej nie zachodzi potrzeba podejmowania działań zabezpieczających. Jednym co może się zdarzyć, to zmniejszenie stóp zwrotu na akcjach tego sektora, wynikających z obniżenia zysków i dalsze utrzymywanie wysokich cen kredytów. Nie wydaje się jednak, że oba zjawiska w istotny sposób byłyby odczuwane przez pozostałe części gospodarki.

Brak zagrożeń nie oznacza jednak braku niepokoju o utrzymanie obecnego tempa wzrostu, niezbędnego dla sprostania skokowemu wzrostowi wydatków budżetowych, wynikającemu z programu 500+, obniżenia wieku emerytalnego i konieczności zapobieżenia kurczeniu się potencjału usługowego w służbie zdrowia.

Dane GUS wskazują, że obecny wzrost gospodarczy wynika przede wszystkim z rosnącego popytu, w ostatnich kwartałach przewyższającego wydajność pracy. Doprowadziło to do wykorzystania potencjału wytwórczego w przemyśle prawie na granicy jego wydolności – 81,4%, aż o jeden procent większego niż przed rokiem („Rzeczpospolita” 20.10.2017). Ponadto, ze wskazanych tu danych GUS wynika również, że zaczyna brakować chętnych do pracy. Około 45% firm przemysłowych i budowlanych jako barierę rozwoju wskazuje niedobór wykwalifikowanych pracowników. W usługach odsetek ten jest zróżnicowany, ale w wielu branżach również przewyższa 30%. Jest to wysoki wzrost niedoboru tego czynnika produkcji, ponieważ przed rokiem, np. w przemyśle na tego typu niedobór wskazywało 23,9% przedsiębiorstw przemysłowych. Odpowiednie dane dla handlu są także niekorzystne (24,4% obecnie, 15% rok temu). W zasadzie wszędzie odczuwa się deficyt pracowników.

Z punktu widzenia stabilności systemu sytuacją ta leży na innym biegunie niż klasyczne warunki kryzysu gospodarczego, gdzie mamy do czynienia z zależnościami odwrotnymi: wysokie bezrobocie; wzrost niewykorzystanych mocy produkcyjnych, paraliżujący podejmowanie decyzji o nowych inwestycjach. Natomiast obecne warunki wydają się jak najbardziej sprzyjające pojawieniu się inflacji. Choć obecnie jej wskaźniki wydają się nie budzić niepokoju, to jednak czujność w tym zakresie jest konieczna. Inflacja bowiem zwykle szybko się rozwija, natomiast jej zatrzymanie jest procesem powolnym i kosztownym. Polega ono głównie na zatrzymaniu inwestycji, które zaczęły nieco rosnąć, po spadku przez pięć kwartałów od początku 2016 roku. Przedsiębiorstwa powstrzymują się dalej od inwestowania na skalę odpowiadającą przyrostowi PKB, mimo znacznej ilości wolnych środków (280 mld w 3 kw. – dane NBP). Wykorzystanie przynajmniej części tych pieniędzy, uzupełnione kredytem bankowym, oznacza zaś kilku procentowy wzrost popytu wewnętrznego, który raczej nie spotka się ze stosownym wzrostem wydajności pracy. Dodając do tego rosnące szybciej od PKB wydatki budżetowe, uzasadnionym wydaje się stwierdzenie o rosnącym ryzyku inflacyjnym.

Ryzyko inflacyjne nie jest liczone jako ryzyko o charakterze kryzysowym, kryzys wiąże się bowiem z ograniczeniem produkcji, a w tym przypadku mamy do czynienia raczej z jej zbyt silnym ssaniem. Niemniej jednak konsekwencje utrzymywania się inflacji powadzą do rozregulowania całej gospodarki, który to proces dobrze znany jest Polakom z ostatniego dziesięciolecia XX wieku. Znane są także skutki stosowania instrumentów hamujących inflację, jak zaporowe stopy procentowe, kotwice nominalne itp. Skutkiem tych działań było co prawda przyhamowanie inflacji, ale przede wszystkim – zahamowanie wzrostu gospodarczego, czyli sprowadzenie dynamiki PKB do zera (IV kw. 2000, dane GUS).

Podsumowanie

Analizując ryzyko systemowe dla całej gospodarki, można stwierdzić, że jego rozmiary nie powinny być, jak na razie, przesłanką do jakichkolwiek działań zapobiegawczych. Gospodarka jest stabilna i funkcjonuje w stabilnym otoczeniu międzynarodowym, biorąc oczywiście pod uwagę wyłącznie płaszczyznę kontaktów handlowych istotnych dla naszego kraju. To jednak nie znaczy, że jest ona w dobrej kondycji z punktu widzenia długiego okresu. Długi spadek inwestycji i bardzo powolny ich przyrost od połowy 2017 roku budzą obawy czy za parę lat da się utrzymać kilkuprocentowy wzrost gospodarczy. Ponadto dające się zauważyć przesłanki przyszłej inflacji mogą dość szybko spowodować uruchomienie środków jej przeciwdziałających, powodujących równoległe wyhamowanie i tak niezbyt silnych procesów odbudowy potencjału wytwórczego.

Bibliografia

- Allen, R.E. (2010). *Financial Crises and Recession in the Global Economy*. Edward Elgar Publishing, 3rd Edition.
- Branch, W. i Evans, G.W. (2008). Learning about Risk and Return: A Simple Model of Bubbles and Crashes. *University of Oregon Economics Department Working Papers*.
- Cerutti, E., Claessens, S. i McGuire, P. (2013). Systemic Risks in Global Banking: What Available Data Can Tell Us and What More Data Are Needed?. W: M.K. Brunnermeier, A. Krishnamurthy (red.), *Systemic Risk and Macro Modeling*. Chicago: NBER/University of Chicago Press.
- Claessens, S. i Kose, M.A. (2012). Financial Crises: Explanations, Types, and Implications. *IMF Working Paper*, January.
- De la Torre, A. i Ize, A. (2011). Containing Systemic Risk: Paradigm-based Perspectives on Regulatory Reform. *Policy Research Working Paper Series 5523*, The World Bank.
- Farhi, E. i Tirole, J. (2012). Collective Moral Hazard, Maturity Mismatch, and Systemic Bailouts. *American Economic Review*, 102(1).
- Hayes, A. (2017). Mutual Fund Basics Tutorial. *Investopedia*, March 28. <http://samcik.blox.pl/html/1310721,262146,21.html?625495>.

- KNF. (2017). *Raport o sytuacji banków w 2016 r.* Warszawa: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego.
- Minsky, P. (1992). „The Financial Instability Hypothesis” Levy Economics Institute. *Working Paper*, 74, 6–8.
- Radelet, S. i Sachs, J. (1998). The East Asian Financial Crisis: Diagnosis, Remedies, Prospects. *Brookings Papers on Economic Activity*, 1.
- Segal, B. (2017). Here’s How the Average Savings Account Interest Rate Compares to Yours. *Go Banking Rates*, 23 March.
- Szymański, W. (2009). *Kryzys globalny, pierwsze przybliżenie*. Warszawa: Difin.
- Wang, P. i Wen, Y. (2010). Speculative Bubbles and Financial Crises. *American Economic Journal: Macroeconomics*, 4(3).
- World Bank. Pozyskano z: <http://data.worldbank.org/indicator/FR.INR.LEND?locations=US>.

IRENA JĘDRZEJCZYK*

Rola sektora ubezpieczeń w procesach inwestowania na potrzeby rozwoju gospodarki

Streszczenie

Przedmiotem rozważań są zagadnienia pobudzenia aktywności inwestycyjnej ze wskazaniem na rolę ubezpieczycieli w procesach inwestowania na potrzeby gospodarki.

Podstawowym problemem do rozwiązania pozostaje wsparcie finansowe zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych dla inicjatyw i procesów inwestowania w gospodarce polskiej.

Celem badawczym jest poznanie poziomu i sposobów zaangażowania się ubezpieczycieli w procesy inwestycyjne w Polsce oraz ocena możliwości w tym zakresie na przyszłość.

Weryfikacji zostanie poddana teza o angażowaniu się ubezpieczycieli w realizację narodowego programu inwestycji, a także włączeniu zasobów składkowych ubezpieczonych w procesy budowy kapitału na potrzeby gospodarki.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia, inwestycje ubezpieczycieli, inwestorzy instytucjonalni, kapitał, wzrost gospodarczy.

Abstract

This paper shows chosen issues about insurers - investments analysis of through the question of under what conditions the insurance should be made compulsory.

The author tries to support the aforementioned statement by pointing out that:

- insurers are also the third largest institutional investors in Poland, just behind banks and foreign investors;
- in spite of the low investment to GDP ratio in Poland, its influence on the development rate over the last 20 years has been immense. Insurers played a significant part in this, consistently increasing the value of funds invested in the Polish economy;
- insurers are the country's second largest investor on the treasury bond market. Insurers are reducing the cost of financing the budget deficit and increasing stability;
- insurance industry provide the polish economy with capital.

Keywords: insurance, insurers investment, institutional investors, capital, economic growth.

* Prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk – Katedra Zarządzania, Akademia Techniczno-Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała; e-mail: irena.jedrzejczyk@wp.pl.

Wprowadzenie

Przedmiotem rozważań są zagadnienia pobudzenia aktywności inwestycyjnej ze wskazaniem na rolę ubezpieczycieli w procesach inwestowania na potrzeby gospodarki.

Uzasadniając wybór tematu, warto przywołać wyniki badań na próbie 12 000 przedsiębiorstw prowadzących działalność na obszarze Jednolitego Rynku Europejskiego, wykonanych na zlecenie Europejskiego Banku Inwestycyjnego, które przedstawiają obraz ich aktywności inwestycyjnej w drugiej dekadzie XXI wieku (por. EBI, 2017). Wyniki te potwierdzają znaczne różnice aktywności inwestycyjnej przedsiębiorstw ze względu zarówno na kryterium lokalizacji (różnice pomiędzy krajami członkowskimi), jak i na kryterium sektorowe (pomiędzy sektorami gospodarki). Na ich podstawie można zaś sformułować kilka ważnych wniosków poznawczych, a mianowicie:

- dopiero w roku 2016 i tylko nieliczne kraje członkowskie wróciły do poziomu inwestowania sprzed kryzysu rynków finansowych z połowy pierwszej dekady tego wieku;
- druga grupa krajów nadal poziomu tego nie osiągnęła, a wśród nich kraje spoza „starej Unii” w większości pozostające na poziomie zaangażowania inwestycyjnego niższym średnio o 9% niż przed kryzysem, w tym także Polska.

Można więc przyjąć, że ze względu na przyszłość społeczno-gospodarczą Polski jednym z najważniejszych tematów badawczych, tak ze względów teoriopoznawczych, jak i praktycznych, jest inwestowanie i czynniki pobudzające aktywność inwestycyjną. Podstawowym problemem do rozwiązania pozostaje wsparcie finansowe ze źródeł publicznych oraz prywatnych dla inicjatyw i procesów inwestowania w polskiej gospodarce.

Odpowiedzi wymagają pytania: czy w Polsce procesy inwestycyjne mają podobny przebieg, jak na pozostałym obszarze Unii Europejskiej oraz czy są koherentne z celami polityki krajowej i unijnej.

Niektóre sektory gospodarki z natury swojej są bardziej zaangażowane inwestycyjnie niż pozostałe.

Do grupy tej z pewnością zaliczyć można sektor ubezpieczeń. W wielu państwach czynione są natomiast próby, aby w proces inwestowania włączyć nie tylko sektor ubezpieczycieli komercyjnych, lecz także w publiczne instytucje ubezpieczeniowe.

Celem badawczym rozdziału jest poznanie poziomu i sposobów zaangażowania się ubezpieczycieli w procesy inwestycyjne w Polsce oraz ocena możliwości w tym zakresie na przyszłość.

Weryfikacji zostanie poddana teza o angażowaniu się ubezpieczycieli w realizację narodowego programu inwestycji, a także włączeniu zasobów składkowych ubezpieczonych w procesy budowy kapitału na potrzeby gospodarki.

1. Podstawy programowe inwestycji w gospodarke a cele polityki gospodarczej

W perspektywie finansowej realizowanej przez Unię Europejską w latach 2014–2020 i strategicznym dokumencie programowym „Strategia na rzecz wzrostu odpowiedzialnego, inteligentnego i sprzyjającego włączeniu społecznemu – Europa 2020”¹, w którym zapisano cele i zadania wskazane do finansowania w tej perspektywie, widoczna jest wizja społecznej gospodarki rynkowej XXI wieku cechującej się stabilnym wzrostem gospodarczym oraz zapewniającej wysoki poziom zatrudnienia, produktywności i spójności społecznej. Sama nazwa dokumentu strategicznego zawiera trzy priorytety, a mianowicie: 1) *smart growth* interpretowany jako rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacjach; 2) *sustainable growth* – rozwój gospodarki zrównoważonej, efektywniej wykorzystującej zasoby, przyjaznej środowisku przyrodniczemu, zielonej i konkurencyjnej; 3) *inclusive growth* – rozwój gospodarki charakteryzującej się wysokim zatrudnieniem, spójnością ekonomiczną, społeczną i terytorialną Unii Europejskiej. Priorytety realizowane są poprzez 7 inicjatyw: 1) Unię innowacji (B+R na rzecz łagodzenia skutków zmian klimatycznych, poprawy efektywności energetycznej, poprawy struktury demograficznej, lepszej ochrony zdrowia); 2) Młodzież w drodze (poprawa jakości edukacji, konkurencyjności europejskiego szkolnictwa wyższego na arenie międzynarodowej); 3) Europejska agenda cyfrowa (trwałe korzyści z jednolitego rynku cyfrowego opartego na dostępie do szerokopasmowego Internetu); 4) Europa efektywnie korzystająca z zasobów (gospodarka niskoemisyjna, uniezależnienie wzrostu gospodarczego od czynników powodujących degradację środowiska – *decoupling*); 5) Polityka przemysłowa doby globalizacji (poprawa warunków dla przedsiębiorczości, zwłaszcza dla MSP oraz wsparcie budowy silnej bazy przemysłowej, zdolnej konkurować globalnie); 6) Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia (unowocześnienie rynków pracy, ułatwienia dla mobilności pracowników, rozwój ich umiejętności, zwiększenie zatrudnienia, trwałość modelu społecznego); 7) Europejski program walki z ubóstwem (spójność gospodarcza, społeczna i terytorialna poprzez pomoc biednym i wykluczonym społecznie oraz włączenie ich do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym).

Uwidacznia się tu dość wyraźnie reakcja twórców tych dokumentów na doświadczenia sprzed roku 2014. Zarówno skutki wielkiego kryzysu rynków finansowych, jak i pogarszająca się sytuacja demograficzna oraz napięta sytuacja polityczna zmuszały i zmuszają nadal do pozyskiwania silnego strumienia pieniądza, w miarę stabilnego i systematycznie odnawianego dla ratowania Unii Europejskiej jako systemu gospodarczego i poszczególnych państw pozostających w granicach jej terytorium.

¹ W innym polskim tłumaczeniu oryginalnej nazwy dokumentu: „Europe 2020: A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth” tytuł ten występuje jako „Europa 2020: Strategia dla wzrostu inteligentnego, zrównoważonego i sprzyjającego włączeniu społecznemu”.

Według większości naukowych teorii wzrostu za podstawowy jego czynnik uznaje się inwestycje i dlatego głównym narzędziem operacyjnym do wdrożenia strategii wzrostu Europa 2020 jest „Plan inwestycji dla Europy”, znany jako tzw. plan Junckera.

Polska, jako państwo członkowskie, przyjęła priorytety i cele unijne, co potwierdzają dokumenty krajowe, w tym dokument programowy pod nazwą „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju” oraz najważniejszy spośród wielu dokumentów operacyjnych dokument – „Program Budowy Kapitału” (PBK). Od strony organizacyjno-instytucjonalnej za realizację narodowego programu inwestycji odpowiada Polski Fundusz Rozwoju. Struktury organizacyjne, jakie zostały powołane do budowy narodowego programu inwestycyjnego PBK omówione zostaną w dalszej części rozdziału.

Źródłem finansowania inwestycji mogą być oszczędności oraz źródła zewnętrzne własne i obce, w tym pożyczki i kredyty.

2. Zewnętrzne źródła finansowania narodowego programu inwestycyjnego

Jedną z możliwości finansowania narodowego programu inwestycyjnego są źródła zewnętrzne, których skalę przedstawić można na przykładzie kredytów, udzielanych przez europejskie inwestycje kredytowe, wyspecjalizowane w finansowaniu inwestycji, a mianowicie Europejski Bank Inwestycyjny (EBI) oraz Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju (EBOR), a także światowe instytucje kredytowe, takie jak MFW. Ważnym źródłem zewnętrznym nadal pozostają pomocowe fundusze unijne, co prawda ich strumień osłabnie już w roku 2019, choć jeszcze niedawno były one instrumentem przetargowym w karnej procedurze przywracania równowagi finansów publicznych, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części niniejszej analizy.

Z perspektywy minionych doświadczeń, źródła zewnętrzne oprócz posiadania zalety, jaką stanowi wykorzystanie mechanizmu dźwigni finansowej, mogą stać się przyczyną poważnych trudnień w realizacji celu inwestycyjnego, co z kolei ilustrują poniższe przykłady.

2.1. Projekty inwestycyjne finansowane w ramach Europejskiego Funduszu Inwestycji Strategicznych – studium przypadku

Polska jest największym kredytobiorcą spośród sześciu krajów członkowskich, dla których EBI rozwinął akcję kredytową na cele inwestycyjne.

W 2016 roku zaangażowanie grupy EBI odpowiedzialnej za region Morza Bałtyckiego i Europy Północnej wyniosło w Polsce prawie 4,5 mld euro (w tym w ramach Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych – EFIS). Struktura tego zaangażowania była różna w różnych sektorach gospodarki, przy czym w sektorze

transportu i komunikacji sięgało ono 38%, następnie w sektorze przemysłu, usług i rolnictwa – 27%, a sektorze małych i średnich przedsiębiorstw – 24%.

Łącznie, w ramach EFIS zatwierdzono 19 polskich projektów.

Wydaje się, że projekty realizowane w ramach EFIS, w 2016 r., miały bardzo dobre finansowanie, w tym dla ich realizacji wykorzystywane były pionierskie (w skali unijnej) rozwiązania finansowe takie na przykład, jak emisja *hybrid bond* przez Grupę Kapitałową Tauron.

Współpraca spółek Grupy Kapitałowej Tauron z Grupą Invenergy, obejmująca głównie obrót instrumentami finansowymi o nazwie „zielone certyfikaty” i obrót energią z farm wiatrowych, wchodzi w fazę poważnego sporu przed arbitrażem międzynarodowym o wartości roszczeń kierowanych pod adresem Polski na kwotę ok. 700 mln USD, przy czym za podstawę prawną spornych roszczeń przywołuje się następujące dokumenty:

- 1) dwustronna umowa z USA o wzajemnej ochronie i popieraniu inwestycji (BIT);
- 2) Traktat Karty Energetycznej (TKE).

Przedmiotem sporu, jak formułuje strona Grupy Invenergy, są domniemane, niezgodne z prawem i zorganizowane działania Polski, równoważne z wywłaszczeniem, mające na celu zniszczenie finansowej opłacalności inwestycji w kilkanaście farm wiatrowych poprzez rozwiązanie długoterminowych umów handlowych.

Wyjaśnić trzeba, że w roku 2010 partnerzy zawarli takie umowy w zakresie transakcji kupna-sprzedaży tzw. zielonej energii po stałej cenie, niższej niż cena rynkowa w momencie zawierania umowy na okres 15 lat. Rozwiązanie umów przez partnerów polskich zmusiło spółki Grupy Invenergy do sprzedaży energii i certyfikatów po cenach znacznie niższych niż te zawarte w kontrakcie. W uzasadnieniu podaje się, że Polska może być wskazana jako strona sporu z następujących powodów:

- 1) struktura własnościowa spółek Grupy Tauron w sposób widoczny dowodzi, że Skarb Państwa jest głównym akcjonariuszem, skupiając kontrolny pakiet 30% akcji, wzmocniony dodatkowo przez KGHM, także kontrolowane przez Skarb Państwa i posiadające kolejne 10% akcji (Grupa Nationale Nederlanden posiada 5% akcji, a 55% akcji jest rozproszonych pomiędzy drobnym indywidualnym akcjonariatem);
- 2) w roku 2014 Minister Skarbu uznał Tauron SA za spółkę o strategicznym znaczeniu dla państwa;
- 3) od roku 2016 Tauron SA nadzorowana jest przez Ministra Energii;
- 4) inne spółki niż Tauron SA, także kontrolowane przez Skarb Państwa podjęły podobne kroki wobec farm wiatrowych, zmierzając do unieważnienia długoterminowych umów kupna-sprzedaży energii i zielonych certyfikatów;
- 5) w polskich sądach dotychczasowe roszczenia, a mianowicie wobec Tauron SA na kwotę 1,2 mld PLN oraz wobec Energa-Obrót SA na kwotę 32 mln PLN, zostały już uznane za zasadne; jako przykład przywołuje się orzeczenie SN z 16 września 2016 roku IV CSK 751/15 potępiające praktyki stosowane przez polską Energa-Obrót SA wobec amerykańskich farm wiatrowych;

- 6) polskie prawo zabrania likwidacji spółki przed zaspokojeniem roszczeń umownych; nie respektując tych regulacji, Tauron SA jako spółka dominująca w grupie kapitałowej świadomie doprowadza do likwidacji spółek zależnych, aby móc uniknąć zobowiązań wynikających z podpisanych przez nie (na 15 lat) umów:
- długoterminowych umów kupna-sprzedaży energii elektrycznej;
 - umów kupna-sprzedaży praw majątkowych wynikających ze świadectw pochodzenia z OZE (tj. z Odnawialnych Źródeł Energii zwanych zielonymi certyfikatami).

Przykładem ilustrującym takie praktyki ma być Polska Energia – Pierwsza Kompania Handlowa sp. z o.o. w Warszawie (PE-PKH sp. z o.o. jako spółka celowa w Grupie Tauron), z której zostały wytransferowane najcenniejsze aktywa i kadra przed wszczęciem procedury likwidacyjnej w 2014 roku².

Jeśli w tym sporze z Polską nie znajdzie zrozumienia argument, że spółka dominująca w grupie kapitałowej (m.in. Tauron SA) nie może przejąć na siebie ryzyka biznesowego ani swoich spółek celowych (które z definicji jest ograniczone do majątku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością według tak polskiego czy europejskiego, jak i amerykańskiego prawa spółek), ani tym bardziej przejąć ryzyka biznesowego spółek celowych obcych grup kapitałowych (takich na przykład, jak farmy wiatrowe), to jedynym rozwiązaniem chroniącym Polskę przed niekorzystnym dla niej werdyktem Międzynarodowego Trybunału Arbitrażowego może być ugoda pomiędzy stronami sporu.

Program inwestycyjny w zakresie OZE dotknął nie tylko polskich spółek energetycznych, lecz także spółek sektora bankowego. PKO SA oraz BOŚ SA stanęły na krawędzi bankructwa z powodu zbyt odważnej akcji kredytowej na rzecz rozwoju farm wiatrowych. Repolonizacja przyniosła dokapitalizowanie i uratowała je przed upadłością.

Warto podkreślić, że w proces repolonizacji czy, mówiąc inaczej, udomowienia włączył się największy polski ubezpieczyciel kontrolowany przez państwo, a mianowicie PZU SA wraz ze swoimi spółkami w grupie kapitałowej.

Powyższe rozważania dowodzą, że realizacja programu inwestycyjnego w zakresie OZE może być skomplikowanym i wysoce ryzykownym przedsięwzięciem, mimo pełnego przekonania o słuszności i potrzebie wdrażania rozwiązań przyjaznych środowisku przyrodniczemu.

² Spółka Nowy Jarosław Wind Invest (powiązana z Invenergy i jedna z wielu spółek grupy Wind Invest obok takich spółek siostrzanych penetrujących rynek polski, jak Dobiesław Wind Invest, Gorzyca Wind Invest, Pękanino Wind Invest) wytoczyła w roku 2017 z tego tytułu pozew spółce dominującej Tauron SA, żądając odszkodowania na kwotę 27 mln PLN oraz ustalenia odpowiedzialności za szkody, które mogą wynikać w przyszłości z czynów niedozwolonych, w tym z czynów nieuczciwej konkurencji o wartości szacowanej przez spółkę powodową na kwotę 197,8 mln PLN.

2.2. Partnerstwo z Międzynarodowym Funduszem Walutowym

W ramach partnerstwa z Międzynarodowym Funduszem Walutowym Polska od 2009 roku posiada dostęp do kwoty 30 mld USD w ramach elastycznej linii kredytowej (*Flexible Credit Line*). W roku 2013 dostępną kwotę zwiększono do 33,8 mld USD z uzasadnieniem³, w którym sugerowano zagrożenie zakłóceniami transferów finansowania zewnętrznego do banków krajowych, pozostających w strukturze obcych grup kapitałowych. Aktualnie wartość dostępnych środków szacowana jest na ok. 9,2 mld USD, tj. ok. 35 mld PLN. W związku z tym, że za utrzymanie linii gwarancyjnej (kredytowej) Polska ponosi opłaty, nawet jeżeli, jak do tej pory, z niej nie korzysta, z przyznanych środków podjęto kroki mające na celu wcześniejsze wyjście z tego instrumentu niż przewiduje umowa (pierwszy wniosek o zmniejszenie z 21 do 17,6 mld USD dostępnej kwoty złożono w styczniu 2016 roku, kolejny wniosek o zmniejszenie dostępu do poziomu 8,8 mld USD – w styczniu 2017 r., natomiast do stycznia 2019 roku zaplanowany jest ostatni wniosek o wyzerowanie dostępnej kwoty w ramach FCL).

Obrana strategia stopniowego zmniejszania przyznanej w ramach FCL kwoty, aż do całkowitego jej wygaszenia, co nastąpi prawdopodobnie z początkiem 2019 roku, ma chronić przed ewentualnymi konsekwencjami, jakie byłyby związane z bezpośrednim zerwaniem umowy⁴.

Kwota poniesionych opłat przez Polskę za dostępność środków w elastycznej linii kredytowej wyniosła ok. 2 mld PLN, co jest znacznym obciążeniem, zwłaszcza że linia ta nie była przez Polskę dotychczas wykorzystywana.

Dyskusyjnym wydaje się argument, że dostępność Polski do FCL uzasadniała w sposób wystarczający konieczność wskazania inwestorom zagranicznym instrumentu o wysokiej płynności, który w każdej chwili może być użyty do regulowania zobowiązań przez stronę publiczną lub do zaspokajania zgłaszanych przez tych inwestorów roszczeń. Zdaniem wielu ekspertów, jak również polskich środowisk politycznych utrzymywanie dostępu do FCL za tak wysoką opłatą nie jest zasadne, ponieważ już samo otwarcie FCL dla Polski mogło rodzić u inwestorów zagranicznych podejrzenie, że kraj jest w złej kondycji finansowej i nie potrafi samodzielnie regulować swoich zobowiązań⁵. Kontrowersje budzi też ówczesne stanowisko NBP, wg którego dostęp do FCL chroni Polskę przed koniecznością zwiększania rezerw walutowych, utrzymywanie których jest znacznie bardziej kosztowne niż opłaty za dostępność FCL. Przekazywane opłaty do MFW z tytułu gotowości tej instytucji do

³ Możliwe, że chęć uwiarygodnienia Polski miała związek z unijną procedurą dyscyplinującą finanse publiczne, a opisaną w dokumencie MEMO 12/7 z 11.01.2012 r. pod nazwą *Excessive Deficit Procedure EDP: five Member States assessed*, który wskazywał na Belgię, Cypr, Węgry, Maltę i Polskę jako kraje, wobec których wszczęto tzw. procedurę deficytu finansowego.

⁴ O poinformowaniu MFW, że umowa rok przed czasem zostanie zakończona w relacji ze spotkania vice premiera Mateusza Morawieckiego z dziennikarzami w Waszyngtonie.

⁵ Z dostępności do FCL oprócz Polski korzysta jedynie Kolumbia i Meksyk.

uruchamiania kredytu w ramach FCL pomniejszyły istotnie wpływy budżetu państwa z NBP z tytułu osiągniętego zysku o ok. 100 mln USD rocznie, poczynając od 2009 roku, a od 2013 roku nawet o 114 mln USD, natomiast po rozpoczęciu procesu pomniejszania dostępności o ok. 69 mln USD rocznie. Środki zabezpieczone w ramach FCL na ewentualne potrzeby Polski były nieadekwatne do już wtedy posiadanych przez NBP rezerw walutowych, które utrzymują się obecnie na poziomie ok 111 mld USD. NBP, pozostający w strukturach Europejskiego Systemu Banków Centralnych, miał i nadal ma możliwość pozyskania kredytu z Europejskiego Banku Centralnego na znacznie korzystniejszych warunkach.

W ocenie MFW odnoszącej się do sytuacji w Polsce zwraca się uwagę na niewielki poziom inwestycji sektora prywatnego, mimo że stopa zwrotu z zainwestowanego kapitału rośnie. Wśród przyczyn niskiej skłonności do inwestowania przez polskich przedsiębiorców wymienia się słaby wzrost na rynkach eksportowych, mniejszy napływ bezpośrednich inwestycji zagranicznych, wciąż względnie niski poziom kapitału na mieszkańca oraz utrzymującą się niepewność na rynkach globalnych. Zmianę sytuacji może przynieść poprawa warunków prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce i niwelowanie luk infrastrukturalnych (EBI, 2017).

2.3. Dostępność do funduszy unijnych

Partycypacja Polski w funduszach unijnych, a w szczególności w Funduszu Spójności w perspektywie finansowej lat 2014–2020 jest niższa na skutek zawarcia tzw. sześciopaku, tj. umowy międzyrządowej pod nazwą *EU Economic governance „Six-Pack” enters into force* (MEMO/11/898) z dnia 13 grudnia 2011 roku. Do podpisania tej umowy doszło wskutek nadmiernego deficytu finansów publicznych, a jej celem była taka restrukturyzacja publicznych systemów ubezpieczeniowych, aby odsunąć groźbę zmniejszenia finansowego zasilania z funduszy unijnych inwestycji w regionach. W wyniku procesu oceny podjętego przez Komisję Europejską wobec pięciu państw⁶, w tym wobec Polski, została wszczęta procedura nadmiernego deficytu. Już wcześniej w tej procedurze znalazły się inne 23 państwa członkowskie. Tylko państwa, takie jak Szwecja, Finlandia, Estonia i Luksemburg spełniały wówczas w pełni wymogi prewencyjne Paktu Stabilizacji i Wzrostu (zrewidowanej strategii lizbońskiej).

Rada Ecofin, w lipcu 2009 roku, wydała rekomendację wskazującą, że Polska powinna do 2012 roku obniżyć deficyt sektora publicznego poniżej 3 proc. PKB. Realizacja tej rekomendacji umożliwiłaby zakończenie procedury nadmiernego deficytu wobec Polski najpóźniej do 2013 roku.

⁶ Belgia, Cypr, Węgry, Malta i Polska wskazane zostały w dokumencie MEMO 12/7 z 11.01.2012 roku, opublikowanym pod nazwą *Excessive Deficit Procedure EDP: five Member States assessed*, jako kraje, wobec których wszczęto tzw. procedurę deficytu finansowego.

We wspomnianej ocenie Komisja Europejska proponowała wtedy podjęcie działań, w wyniku których deficyt uległby stopniowemu obniżeniu, a mianowicie w latach: 2011 do 5,6; w 2012 do 4,0, a w 2013 do 3,1% PKB.

W dokumencie MEMO 12/7 z 16 stycznia 2012 roku znalazły się zapisy mówiące o tym, że uchwalona w Polsce przez parlament w grudniu 2011 roku uchwała budżetowa pozwoli na szybsze obniżenie deficytu w roku 2012 r. do poziomu 3,3% PKB, a ograniczanie przez Polskę wydatków (m.in. w wyniku restrykcyjnych zmian w systemie emerytalnym) pozwoli obniżyć deficyt do 2,6% PKB w 2013 r.⁷ Cel ten został osiągnięty, choć w inny sposób.

Ponieważ wykonana przez Węgry próba obniżenia deficytu finansów publicznych poprzez przejście zasobów składkowych z otwartych funduszy inwestycyjnych nie została zaakceptowana przez Komisję Europejską, Polska nie mogła pójść tą samą drogą dla równoważenia swoich finansów. Za najszybszy i najprostszy sposób obniżenia bieżących wydatków w sektorze publicznym uznano w Polsce odsunięcie niektórych grup tych wydatków na czas późniejszy, w tym przede wszystkim wydatków emerytalnych poprzez wydłużenie wieku emerytalnego do 67 lat i zrównanie tego wieku dla kobiet i mężczyzn. Rządowa inicjatywa w tej sprawie została przedstawiona jako nowa reforma emerytalna, choć nie zawierała ona żadnych innych propozycji zmian systemowych.

Pozostając pod bardzo silną presją czasu i zagrożeń wynikających z procedury nadmiernego deficytu, Polska zdecydowała się na jeszcze dalej idące uwiarygodnienie swojej determinacji w równoważeniu swoich finansów publicznych poprzez podpisanie tzw. umowy w sprawie unii fiskalnej, choć dokument ten wcale nie jest dokumentem unijnym, lecz bilateralnym porozumieniem międzyrządowym. Kontrakt pod nazwą *Treaty on Stability, coordination and governance in the Economic and Monetary Union* nawiązywał do zrewidowanej strategii lizbońskiej⁸ i zawierał wymuszoną przez Parlament Europejski deklarację podporządkowania tego dokumentu prawu unijnemu oraz uregulowania spraw w tym dokumencie podjętych w drodze stosownego aktu prawnego (aktów prawnych) UE w perspektywie do 5 lat.

⁷ *Based on the Commission's assessment of the revised budget, the general government deficit is projected at 3.3% of GDP in 2012 and 2.6% of GDP in 2013. In the case of Poland, the assessment in the context of the EDP needs to take into account the provisions of the "six-pack" pertaining to the budgetary impact of systemic pension reforms* (por. MEMO 12/7 z 11.01.2012 roku, s. 5).

⁸ *NOTING that sufficient progress towards the medium term objectives should be evaluated on the basis of an overall assessment with the structural balance as a reference, including an analysis of expenditure net of discretionary revenue measures, in line with the provisions specified under European Union law, in particular Council Regulation (EC) No. 1466/97 of 7 July 1997 on the strengthening of the surveillance of budgetary positions and the surveillance and coordination of budgetary policies, as amended by Regulation (EU) No. 1175/2011 of the European Parliament and of the Council of 16 November 2011 (hereinafter "the revised Stability and Growth Pact")*, „*Treaty on Stability, coordination and governance in the Economic and Monetary Union*.”

Parlament Europejski w rezolucji w sprawie paktu fiskalnego⁹ przyjął stanowisko na podstawie wniosków z dyskusji nad umową o unii fiskalnej, wyrażając w nim m.in.: wątpliwości co do konieczności przyjmowania umowy, której cele można lepiej osiągnąć poprzez prawodawstwo UE; domagając się *explicite* uznania prymatu prawa UE nad negocjowanymi przepisami; nalegając, aby wszystkie strony umowy, niezależnie od statusu członkostwa w strefie euro, miały takie same prawo do uczestnictwa w szczytach euro. W przyjętej rezolucji Parlament Europejski m.in.:

- wyrażał wątpliwości, co do konieczności przyjmowania umowy, której cele można lepiej osiągnąć poprzez prawodawstwo UE;
- domagał się *explicite* uznania prymatu prawa UE nad negocjowanymi przepisami;
- domagał się, aby wszystkie strony umowy, niezależnie od statusu członkostwa w strefie euro, miały takie same prawo do uczestnictwa w szczytach euro;
- domagał się, by w umowie zachowano pełną zgodność z prawem UE, zwłaszcza w odniesieniu do wartości liczbowych, o których mowa w pakcie stabilności i wzrostu;
- domagał się, by zagwarantowana została odpowiedzialność demokratyczna poprzez rozszerzenie udziału zarówno Parlamentu Europejskiego, jak i parlamentów krajowych na odpowiednich szczeblach, we wszystkich aspektach koordynacji gospodarki europejskiej i zarządzania nią;
- domagał się, by forma współpracy parlamentów narodowych i Parlamentu Europejskiego była obowiązkowo zgodna z traktatami unijnymi, w myśl art. 9 protokołu nr 1 do traktatów;
- domagał się, by w nowej umowie zapisano prawnie wiążące zobowiązanie umawiających się stron do podjęcia wszelkich niezbędnych działań w celu dopilnowania, by treść tej umowy została włączona do traktatów najpóźniej w terminie pięciu lat.

W rezolucji podkreślano, że nowa umowa powinna mieć na celu pobudzenie wzrostu gospodarczego, a nie tylko wymuszenie oszczędności oraz że powinna podlegać demokratycznej kontroli.

Zachodzi pytanie, czy w krajach nadal obciążonych nadmiernym deficytem, takich jak Polska, można uniknąć pośpiesznego cięcia wydatków sektora publicznego, w tym czy można uniknąć cięcia wydatków na cele emerytalne. Zapewne drogą taką byłoby w pierwszej kolejności uszczelnienie publicznych systemów ubezpieczeniowych, a w dalszej kolejności wysiłki na rzecz zwiększenia ich dochodów. Metody przywrócenia trwałej równowagi finansów publicznych są jednak bardzo czasochłonne i kosztochłonne. Wydłużenie wieku emerytalnego jawiło się złudnie jako metoda najmniej czasochłonna i kosztochłonna w jej wdrażaniu, dająca równocześnie efekt natychmnia-

⁹ Rezolucja PE ws. paktu fiskalnego. Parlament Europejski ostrzega przed niebezpieczeństwami umowy międzyrządowej, Bruksela 18.01.2012 rok oraz Rezolucja PE nt. Konkluzji z posiedzenia Rady Europejskiej (8–9 grudnia 2011 r.) dotyczących projektu umowy międzynarodowej w sprawie unii stabilności fiskalnej.

stowego doraźnego zmniejszenia (odłożenia) wydatków na emerytury przy równoczesnym wzroście wpływów do systemu ubezpieczeniowego, dzięki wydłużeniu czasu pobierania składki od ubezpieczonych. Rozwiązanie to nie poprawiło jednak sytuacji demograficznej, zwiększyło natomiast wydatki: związane z bezrobociem, na cele chorobowe i rentowe, na pomoc socjalną dla osób starych i chorych pozostających bez pracy lub niezdolnych do jej podjęcia, zepchniętych w skrajne ubóstwo i bezdomność, ale nade wszystko zagroziło degradacją struktur i więzi rodzinnych oraz społecznych.

Pojawiły się opinie, zwłaszcza ze strony brytyjskiej¹⁰, że nowa międzyrządowa umowa w sprawie unii fiskalnej nie rozwiązała żadnego z problemów UE. „Ono (porozumienie) odwróciło naszą uwagę i środki od faktycznych potrzeb w czasie kryzysu. Zadłużenia wielu państw członkowskich nie są zrównoważone i potrzebują wprowadzenia zasadniczej reformy, a następnie przeprowadzenia dewaluacji” (Martin Callanan – ECR, Wielka Brytania)¹¹, natomiast kraje z południa Europy, zdaniem niektórych, powinny opuścić strefę euro i przeprowadzić dewaluację (Nigel Farage – EFD, Wielka Brytania)¹².

Wśród ekspertów i parlamentarzystów europejskich pojawiały się też głosy wskazujące na kolizyjność międzyrządowej umowy o unii fiskalnej z wcześniej przyjętymi dokumentami UE w ramach wspomnianego już wyżej „sześciopaku”, którego Polska była także sygnatariuszem¹³. Sankcje, jakie grożą krajom członkowskim za brak utrzymania dyscypliny finansowej na podstawie podpisanego „sześciopaku” dotyczą niższej partycypacji w funduszach unijnych, a szczególnie w Funduszu Spójności w perspektywie finansowej na lata 2014–2020.

Uwzględniając wyniki toczącego się sporu oraz orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości oraz innych czynników otoczenia, podpisano Aneks do dokumentu *Treaty on Stability, coordination and governance in the Economic and Monetary Union*.

Wybór, przed jakim stają kraje, wobec których została wszczęta procedura deficytu finansowego EDP polega na zastosowaniu albo restrykcyjnej restrukturyzacji publicznego systemu ubezpieczeniowego (emerytalnego), albo sankcji, polegającej na obniżonym dostępie, a raczej braku dostępu do Funduszu Spójności, który jest najważniejszym instrumentem finansowym zasilającym rozwój regionalny poprzez inwestycje.

Fundusz Spójności¹⁴ pomaga państwom członkowskim, których Dochód Narodowy Brutto (DNB) na jednego mieszkańca jest niższy od 90% średniej unijnej,

¹⁰ WB niebawem porzuciła przynależność do UE w drodze tzw. brexitu.

¹¹ Rezolucja PE ws. paktu fiskalnego. Parlament Europejski ostrzega przed niebezpieczeństwami umowy międzyrządowej, Bruksela 18.01.2012.

¹² Ibidem.

¹³ EU Economic governance „Six-Pack” enters into force MEMO/11/898, Bruksela 13.12.2011.

¹⁴ Fundusz Spójności został ustanowiony Rozporządzeniem (WE) nr 1164/94 z zastrzeżeniem możliwości wprowadzenia zmian. To rozporządzenie zostało następnie znowelizowane rozporządzeniem (WE) nr 1264/99 i rozporządzeniem (WE) nr 1265/99.

w zmniejszaniu opóźnienia w rozwoju gospodarczym i społecznym oraz w ustabilizowaniu gospodarki. Wspiera działania w ramach celu „Konwergencja”. Podlega zatem tym samym zasadom programowania, zarządzania i monitorowania, co EFS i EFRR.

W latach 2007–2013 pomoc z Funduszu Spójności skierowana była do Bułgarii, Cypru, Estonii, Grecji, Węgier, Łotwy, Litwy, Malty, Polski, Portugalii, Republiki Czeskiej, Rumunii, Słowacji i Słowenii. Hiszpania została objęta pomocą przejściową, ponieważ jej DNB na jednego mieszkańca jest niższy od średniej UE15.

Fundusz Spójności finansuje działania obejmujące inwestycje w następujące dziedziny:

- transeuropejskie sieci transportowe, czyli priorytetowe projekty o znaczeniu europejskim określone przez Unię;
- środowisko naturalne; z tego tytułu Fundusz Spójności może współfinansować projekty związane z energią czy transportem pod warunkiem, że stanowią one wyraźną korzyść dla środowiska: efektywność energetyczną, stosowanie energii odnawialnych, rozwój transportu kolejowego, wspieranie intermodalności, wzmocnienie transportu publicznego.

Pomoc finansowa z Funduszu Spójności może zostać zawieszona na podstawie decyzji (podjętej kwalifikowaną większością głosów) Rady w przypadku, kiedy państwo członkowskie osiąga zbyt duży deficyt budżetowy i nie podjęło żadnych działań lub jeśli podjęte działania w jego zredukowania okazały się nieodpowiednie.

3. Długoterminowe oszczędności krajowe jako źródło finansowania narodowego programu inwestycji

Długoterminowe oszczędności krajowe są najbardziej pożądanym źródłem finansowania procesów inwestycyjnych w Polsce. Podstawową barierą w podnoszeniu ich poziomu jest ograniczony potencjał finansowy sektorów zarówno przedsiębiorstw, jak i gospodarstw domowych, a także publicznego.

Współpraca z instytucjami ubezpieczeniowymi w ramach realizacji narodowego programu inwestycyjnego jest pilnym zadaniem dla strony rządowej. Spośród wielu różnych aktywności, które ubezpieczyciele mogą świadczyć w tym zakresie można wymienić, takie jak złagodzenie luki w finansowaniu działalności wysokiego ryzyka, a szczególnie *venture capital*; zwiększenie limitów eksportowych objętych ubezpieczeniami i gwarancjami ubezpieczeniowymi na trudne rynki; objęcie ubezpieczeniami eksportowymi całych grup kapitałowych, a nie tylko ochrona ubezpieczeniowa pojedynczego podmiotu; uruchomienie funduszu ekspansji firm za granicę i program ich ochrony przed skutkami ryzyka na odległych rynkach; udział PFR w akcjonariacie tych firm dla wzmocnienia ich wiarygodności przy pozyskiwaniu kontraktów za granicą. BGK SA poprzez kontynuację programu *de minimis* wspiera

w dostępie do finansowania małe firmy. W sferze planów pozostaje uruchomienie funduszu dla rynku *private equity*, co otworzyłoby dostęp do finansowania większych projektów inwestycyjnych.

3.1. Polityka inwestycyjna ubezpieczycieli na tle innych przedsiębiorstw – studium przypadku

Z badań ankietowych EBI w roku 2016, których przedmiotem była dynamika inwestycji i związanych z tym priorytetów europejskich przedsiębiorstw, w tym 500 przedsiębiorstw z Polski, wynika, że skłonność do inwestowania jest niska (EBI, 2017). Większość badanych przedsiębiorstw podejmuje inwestycje o charakterze restytucyjnym w podstawowy sprzęt i infrastrukturę. Na podstawie analizy dokonanej metodą SWOT można wywnioskować, że do największych słabości polskich inwestycji należy zaliczyć niski poziom inwestycji w badania i rozwój, w technologie z niską emisją CO₂ oraz w innowacje (które są głównie przedmiotem importu z zagranicy). Jako przyczyny niskiej skłonności do inwestowania, zwłaszcza w zakresie inwestycji rozwojowych, w odpowiedziach na pytania ankiety wskazywano:

- niepewność dotyczącą otoczenia biznesowego,
- trudności w pozyskaniu pracowników z odpowiednimi kompetencjami,
- regulacje rynku,
- koszty energii,
- dostęp do finansowania.

Polityka inwestycyjna wobec przedsiębiorstw nie jest jednolita, odmienne cele inwestycyjne określone są dla przedsiębiorstw sektora finansów, takich jak zakłady ubezpieczeń, fundusze emerytalne, fundusze inwestycyjne, banki.

Wedle obowiązujących przepisów prawa unijnego wprost lub domyślnie polityka inwestycyjna (lokacyjna) dotyczy różnych przepływów finansowych i rzeczowych, według następującego katalogu¹⁵:

- 1) operacje odnoszące się do papierów wartościowych i innych instrumentów będących przedmiotem obrotu na rynku kapitałowym i pieniężnym (pozycje III.A.2 i V.A.2);
- 2) operacje dotyczące jednostek uczestnictwa przedsiębiorstw zbiorowego inwestowania (pozycja IV.A.2 i 4);
- 3) operacje na rachunkach bieżących i depozytowych instytucji finansowych (pozycja VI.B), jeżeli inwestycja ma na celu uzyskanie efektywnego udziału w zarządzie albo kontroli nad spółką, można rozważyć także inwestycje bezpośrednie (pozycja I).

¹⁵ Załącznik do dyrektywy 88/361/EWG (dyrektywa Rady z dnia 24 czerwca 1998 r. w sprawie wykonania art. 67 Traktatu, Dz.U. L 178 z 8 lipca 1988 r.).

Normy krajowe dotyczące struktury portfela inwestycyjnego zarówno dla ubezpieczycieli publicznych, jak i komercyjnych stały się powodem wystąpienia Komisji Europejskiej poruszającego problem niedozwolonego ograniczania przez polskie przepisy inwestycji funduszy emerytalnych oraz zakładów ubezpieczeń oraz wskazania, że limitowanie to Polska dodatkowo zastrzaja enumeracją inwestycji notyfikowanych w kraju lub za granicą.

Krytyka odnosiła się do unormowań dotyczących różnych klas instrumentów, w tym zapisanych następująco:

1. Pożyczki i kredyty udzielane polskiemu Skarbowi Państwa lub Narodowemu Bankowi Polskiemu oraz obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, w tym depozyty, kredyty i pożyczki innych podmiotów gwarantowane przez polski Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Według powyższego krytykowanego zapisu, jeśli inwestycja byłaby dokonywana albo gwarantowana przez Skarb Państwa albo bank centralny innego państwa, nie może być ona kwalifikowana (jeśli nie mieści się w granicach ustanowionych art. 143 ustawy) przez polski fundusz emerytalny.
2. Obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego (art. 141, pkt. 9–12). Zdaniem Komisji, krytykowany zapis powoduje, że w przypadku, gdy papiery te zostały wyemitowane w innym państwie członkowskim, nie mogą być przedmiotem inwestycji OFE.
3. Akcje spółek zagranicznych muszą być notowane na głównej giełdzie papierów wartościowych wg art. 141 ust. 1 (pkt 5), podczas gdy zdaniem Komisji zapis powinien obejmować, poza akcjami spółek jw. także akcje spółek notowanych na jakiegokolwiek giełdzie (w tym obligacji zamiennych (pkt 4)), także akcje notowane na regulowanym rynku pozagiełdowym lub dopuszczone do publicznego obrotu.

Zgodnie z ustawą z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych od początku maja 2011 r. nastąpiło zmniejszenie składki przekazywanej przez ZUS do OFE z 7,3% początkowo do 2,3%, a docelowo od 2017 r. do 3,5% podstawy składki emerytalnej. Pozostała część dotychczasowej składki od tej pory jest ewidencjonowana w ZUS na specjalnych indywidualnych subkontach i przekazywana do wydzielonego funduszu zarządzanego przez ZUS w celu sfinansowania bieżących wypłat. Jak szacowało MF w 2011 r. łączny spadek potrzeb pożyczkowych z tytułu wprowadzonych zmian miałby wynieść w latach 2011–2020 ok. 195 mld zł, tj. ok. 7,7% PKB prognozowanego na 2020 r.

Ustawa, o której mowa w żaden sposób nie zadośćuczyniła zarzutom stawianym przez KE w grudniu 2007 roku. Komisja Europejska wskazała bowiem na nieadekwatność kilku polskich przepisów ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, a także pakietu ustaw ubezpieczeniowych regulujących polski rynek ubezpieczeń z art. 56 ust 1 Traktatu WE (KWE, 2008). Zastrzeżenia związane były z przekonaniem Komisji, iż ustawa oraz rozporządzenia wykonawcze ograniczają inwestycje funduszy emerytalnych i zakładów ubezpieczeń, obecnych na polskim rynku.

Analiza istniejących standardów inwestowania po dokonanych zmianach w odpowiedzi na zarzuty Komisji Europejskiej nie wykazała (ani w roku 2012, ani w 2014, ani obecnie) potrzebnej dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego czy zastosowania rozwiązań umożliwiających ubezpieczonym jakikolwiek wpływ na strukturę portfeli, nie mówiąc już o bezpośrednim dokonywaniu zmian w tej strukturze. W obowiązującym stanie prawnym występuje pewna nierównowaga wobec ubezpieczonych i uczestników funduszy inwestycyjnych oraz posiadaczy rachunków inwestycyjnych, polegająca na tym, że nie mają oni żadnego wpływu na charakter dokonywanych inwestycji.

3.2. Znaczenie inwestycji ubezpieczycieli publicznych i niepublicznych z rynku krajowego w gospodarowaniu długiem publicznym

Zarówno bezpośredni udział ubezpieczycieli w procesach inwestycyjnych na rzecz wzrostu społeczno-gospodarczego, jak i ich pośredni wpływ na pomniejszanie udziału długu publicznego w PKB, a tym samym wspieranie kraju w dostępie do funduszy unijnych ma nieoceniony wpływ na kontynuowanie i stabilizację procesów inwestycyjnych, potrzebnych dla realizacji narodowego planu inwestycyjnego.

Na podstawie ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych oraz ustawy z dnia 6 grudnia 2013 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych w roku 2014 dokonano kilku wielkich operacji finansowych, których treścią było przekazanie z OFE części aktywów do ZUS, tj. 154 mld PLN (51,5% wartości wszystkich aktywów), z czego umorzono obligacje SP na kwotę 130,2 mld. Umorzona wartość została zapisana na subkontach jako wierzytelność, gwarantowana przez państwo polskie (wierzytelność mająca charakter dziedziczny). Inne zmiany, których dokonano w tym czasie, a które także rodziły znaczące konsekwencje finansowe polegały na wprowadzeniu:

- dobrowolności odprowadzania składek do OFE, stwarzając wybór pomiędzy OFE a ZUS;
- suwaka bezpieczeństwa, którego konstrukcja dotyczy techniki wypłacania świadczeń ubezpieczonemu; procedura ta polega na stopniowym przekazywaniu środków z OFE do ZUS tak, aby na 10 lat przed osiągnięciem wieku emerytalnego wszystkie środki znalazły się w dyspozycji ZUS;
- obniżenie opłat o połowę, tj. o 50% (z 3,5 do 1,75%);
- liberalizacja polityki inwestycyjnej OFE; w składzie portfela udział akcji powinien przekraczać 75% jego wartości, pozostały udział mogą stanowić obligacje SP lub obligacje gwarantowane przez SP.

Przekazanie obligacji skarbowych z OFE było operacją finansową bez precedensu w historii, która wpłynęła istotnie na wycenę instrumentów finansowych, a w szczególności papierów skarbowych z powodów pozafundamentalnych. W strukturze portfela OFE miały bowiem mniej papierów wymaganej do odprowadzenia klasy,

niz wartość aktywów, które zobligowane były odprowadzić do 3 lutego 2014 roku. Szacuje się, że na koniec 2013 roku wartość posiadanych przez nie obligacji SP lub obligacji gwarantowanych przez SP stanowiła 48,7% wszystkich aktywów OFE. Według szacunków KNF łączna wartość wszystkich aktywów, jakie były w posiadaniu wszystkich OFE wynosiła ok. 300 mld PLN. Gdyby założyć, że wartość aktywów do przekazania ma być pokryta wyłącznie papierami skarbowymi, to OFE powinny były dokupić jeszcze tej klasy papierów na kwotę ok. 8 mld PLN. Od strony technicznej rozwiązano ten problem w ten sposób, że mogły być przekazywane aż do osiągnięcia wymaganego stanu następujące rodzaje aktywów wg określonej kolejności:

- obligacje i bony skarbowe,
- obligacje drogowe emitowane przez Bank Gospodarstwa Krajowego SA (BGK SA),
- papiery gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa,
- środki pieniężne w walucie polskiej.

Rezultatem tej operacji były przekazane z OFE w dniu 3 lutego 2014 roku do ZUS aktywa o wartości 153 151,2 mln PLN (wg wyceny na koniec roku 2013). Wartość nominalna przekazanych aktywów wynosiła 146 054,2 mln PLN, z czego:

- wartość 130 187,6 mln PLN stanowiły skarbowe papiery wartościowe,
- wartość 15 614,2 mln PLN stanowiły obligacje emitowane przez BGK SA na rzecz Krajowego Funduszu Drogowego, gwarantowane przez Skarb Państwa,
- wartość 1 862,2 mln PLN stanowiła gotówka.

W dyspozycji ZUS pozostawiono obligacje drogowe według wyceny z końca 2013 r. w kwocie 19 mln PLN, które w ostatecznym rozrachunku powiększyły wartość aktywów Funduszu Rezerwy Demograficznej i Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Obligacje drogowe dla strategii pomniejszenia długu publicznego okazały się być bezużyteczne, ponieważ z samej definicji ustawowej długu publicznego nie były w wartość tego długu wliczane.

Wprowadzone zmiany prawne w polityce inwestycyjnej spowodowały upodobnienie się OFE do funduszy akcyjnych, których wyniki inwestycyjne są silnie zależne od koniunktury na giełdzie.

W wyniku zmian prawnych polegających m.in. na przekazaniu do ZUS 51,5% środków zgromadzonych na rachunkach członków OFE, głównie w formie instrumentów skarbowych, wprowadzeniu zakazu inwestycji w instrumenty skarbowe oraz obowiązku utrzymywania przez OFE w 2014 roku co najmniej 75% swoich aktywów w akcjach, w roku 2015 co najmniej 55%, w 2016 roku co najmniej 35%, a w 2017 roku odpowiednio 15%, nastąpiła wyraźna zmiana profilu ryzyka OFE.

Jak wynika z raportu NIK, umorzenie części aktywów OFE w kwocie 154 mld PLN w roku 2014 pozwoliło Polsce uniknąć przekroczenia dopuszczalnego progu ostrożnościowego 60% udziału zadłużenia publicznego w stosunku do PKB i opisy-

wanych już skutków, przewidzianych wszczętą wobec Polski procedurą nadmiernego zadłużenia publicznego (w tym m.in. ograniczenia dostępu do środków z Funduszu Spójności)¹⁶.

Tabela 1. Udział ubezpieczycieli w inwestycjach w krajowe SPW (papiery skarbowe) na tle innych krajowych inwestorów spoza sektora bankowego w latach 2009–2016 (w %)

Ubezpieczyciele i inni inwestorzy spoza sektora bankowego	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Ogółem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fundusze emerytalne	47,4	47,1	49,3	46,8	47,2	0	0	0	0	0
Zakłady ubezpieczeń	23,9	24	22,5	21,2	19,5	37	36,4	35,8	32,6	32,7
Fundusze inwestycyjne	12,5	13	13,1	16,8	17,5	32,1	32,3	32,4	35,3	35,5
Osoby fizyczne	5,3	4	3,5	3,4	3,5	6,9	6,4	7,4	7,6	7,4
Inne podmioty	8,7	10,1	10	11,1	11,7	21,1	21	21,5	22,6	22,4
Podmioty niefinansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań KNF z lat 2010–2016.

Tabela 2. Zaangażowanie inwestycyjne krajowych ubezpieczycieli w krajowe SPW (papiery skarbowe) na tle innych inwestorów w mld PLN w latach 2009–2016

Inwestorzy	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Krajowe SPW, w tym:	462,7	507	524,7	543	584,3	468,7	503,1	543,3	602,6	603,3
inwestorzy zagraniczni	81,8	128,3	154,2	190,5	193,2	188,7	196	206,8	200,6	198,1
krajowy sektor bankowy	144,8	126,3	110,3	91,5	114,7	126,9	150,8	171,5	224,8	228,3

¹⁶ Na koniec roku 2007 wysokość długu publicznego wynosiła 527 mld PLN i w szybkim tempie rosła przez następne lata (w średnim tempie ok. 50 mld rocznie), osiągając kwotę 1,2 bln PLN na koniec roku 2013. Dla porównania niebezpiecznej skali zadłużenia publicznego warto kwotę tę porównać z zadłużeniem wygenerowanym w czasach PRL-u, które wynosiło 19,6 mld USD, co stanowiło 9,8% ówczesnego PKB (wprawdzie zadłużenie, o którym mowa miało charakter zadłużenia zagranicznego, co zakresem pojęciowym nie odpowiada zadłużeniu publicznemu, ale jako odniesienie do udziału w PKB do porównań w kategoriach zagrożeń bezpieczeństwa finansowego państwa jak najbardziej się nadaje).

Inwestorzy	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
krajowy sektor pozabankowy, w tym:	235,6	252,3	249,7	251,5	266,5	142,3	145,1	145,4	155,5	155,7
fundusze emerytalne	111,6	118,7	123,2	117,7	125,8	0	0	0	0	0
zakłady ubezpieczeń	56,3	60,6	56,3	53,3	52	52,6	52,8	52,1	50,7	51
fundusze inwestycyjne	29,5	32,7	32,6	42,3	46,7	45,6	46,9	47,1	54,9	55,3
osoby fizyczne	12,6	10,1	8,8	8,5	9,4	9,8	9,3	10,7	11,8	11,5
inne podmioty, w tym BFG oraz FRD	20,5	25,5	25,1	27,9	31,1	30,1	30,5	31,3	35,2	34,9
podmioty niefinansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: jak tab. 1.

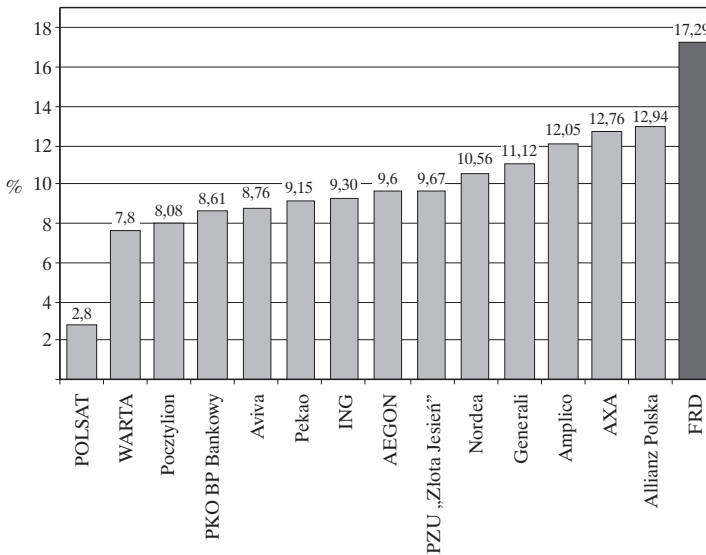
Jak wynika z tabel 1 i 2 na przestrzeni analizowanego okresu 2009–2016 zaangażowanie inwestycyjne instytucji ubezpieczeniowych zarówno z sektora publicznego, jak i z rynku było zawsze wysokie, a właściwie najwyższe spośród wszystkich wymienionych grup podmiotów krajowych spoza sektora bankowego. Do końca roku 2013 kształtowało się na poziomie ok. 180 mld PLN. Po umorzeniu aktywów OFE, w procesie inwestowania w papiery skarbowe jako liczący się inwestorzy ubezpieczeniowi pozostały natomiast jedynie zakłady ubezpieczeń, których zaangażowanie inwestycyjne w analizowanych latach nigdy nie spadło poniżej 50 mld PLN, choć na przestrzeni lat zmalało z 56,3 w 2009 r. do 51 mld PLN w roku 2016 (z wyjątkiem roku 2010). Dopiero w roku 2016 fundusze inwestycyjne, zwiększając swoje zaangażowanie z 29,5 w 2009 r. do 55,3 mld PLN, odebrały czołową pozycję zakładom ubezpieczeń na liście rankingowej najpoważniejszych inwestorów w papiery skarbowe.

Zaznaczyć trzeba, że pozostający w strukturze publicznego systemu ubezpieczeń społecznych Fundusz Rezerwy Demograficznej uwzględniony został w grupie „inne podmioty”, których zaangażowanie inwestycyjne w papiery skarbowe wzrosło z poziomu 20,5 w 2009 do ok. 35 mld PLN w roku 2016. Zważywszy na tę okoliczność sumarycznie zaangażowanie wszystkich podmiotów ubezpieczeniowych w 2016 r. było wyższe niż funduszy inwestycyjnych.

Na uwagę zasługują wyniki analizy porównawczej stopy zwrotu z portfeli inwestycyjnych (por. rys. 1) najlepszych OFE i portfela inwestycyjnego Funduszu Rezerwy Demograficznej, które prowadzą do zaskakującego wniosku, iż stopa zwrotu z portfela FRD była wyższa niż każdego z zaprezentowanych OFE. Wzmocnienie kapi-

tałowe FRD z pewnością jeszcze poprawi jego dobre wyniki działalności lokacyjnej (inwestycyjnej). W roku 2018 planuje się przekazanie Funduszu Rezerwy Demograficznej w zarząd Polskiemu Funduszowi Rozwoju (PFR).

Rysunek 1. Stopy zwrotu z portfela inwestycyjnego najlepszych Otwartych Funduszy Emerytalnych zarządzanych przez Powszechne Towarzystwa Emerytalne oraz Funduszu Rezerwy Demograficznej zarządzanego przez ZUS



Źródło: opracowanie na podstawie: ZUS, 2013.

Tabela 3. Struktura aktywów portfela inwestycyjnego OFE w latach 2014–2016 (w mld PLN)

Rodzaj instrumentu	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Papiery dłużne gwarantowane przez SP	0,8	0,2	0,1	0	0
Krajowe instrumenty dłużne pozaskarbowe	12	13	13	14	14
Papiery wartościowe SP	1	1	0,4	0	0
Krajowe instrumenty udziałowe	125	118	106	107	116
Lokaty poza granicami kraju	7	5	11	10	11
Depozyty w bankach krajowych	6	10	9	11	11
Razem zainwestowany kapitał	151,8	147,2	139,5	142	152

Źródło: jak tab. 1.

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że w latach 2014–2016 zainwestowany przez OFE kapitał, pod względem swojej wartości, nie zmalał i kształtował się na poziomie ok. 152 mld PLN. W strukturze portfela nadal pozycją dominującą pozostają krajowe instrumenty udziałowe, choć ich wartość spadła ze 125 w 2014 r. do 116 mld PLN w końcówce roku 2016. Wzrosła natomiast wartość pozostających w portfelu takich klas instrumentów, jak depozyty w bankach krajowych, lokaty poza granicami kraju oraz krajowe instrumenty dłużne pozaskarbowe.

Szacuje się, że fundusze emerytalne sprzedały w roku 2017 akcje za ok. 530 mln PLN, przy czym podaż dotyczyła w większości akcji polskich (–493 mln PLN). Akcji zagranicznych sprzedały one w tym czasie za ok. 38 mln PLN. W roku 2017 OFE zgromadziły w swoich portfelach inwestycyjnych prawie 80% akcji polskich firm. Zgodnie z założeniami nowej ustawy o OFE, limit posiadanych przez nie papierów polskich spółek to 75%. To oznacza, że OFE będą musiały pozbyć się akcji wartych niemal 8 mld zł.

3.3. Wykorzystanie zaangażowania inwestycyjnego ubezpieczeniowych przedsiębiorstw zagranicznych w zarządzaniu długiem publicznym

Dług publiczny obejmuje także polskie papiery skarbowe emitowane za granicą. Warto zatem przyrzeć się, jak zmienia się udział inwestorów zagranicznych w wartości całkowitego zadłużenia Skarbu Państwa. Z danych zawartych w tabeli 4 wynika, że w analizowanym okresie 2009–2016 udział ten, poczynając od roku 2009, systematycznie wzrastał z 38,5 aż do 60% w 2014 r., by po takim przesileniu powoli obniżyć się do 53,6% w końcówce 2016 roku.

Tabela 4. Zaangażowanie inwestorów zagranicznych w polskie papiery skarbowe w latach 2009–2016

Inwestorzy	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Dług zagraniczny	168,8	194,8	246,4	250,9	253,8	264,7	276,9	291,3	300,1	307,4
Dług krajowy	462,7	507	524,7	543	584,3	468,7	503,1	543,3	602,6	603,3
Dług zagraniczny w % długu ogółem	26,7	27,8	32	31,6	30,3	36,1	35,5	34,9	33,2	33,8
Udział inwestorów zagranicznych w % wartości zadłużenia SP ogółem	38,5	44,6	50,4	54,5	51,9	60	58,6	58,1	53,7	53,6

Źródło: jak tab. 1.

Z tabeli 5 wynika, że spośród różnych grup zagranicznych inwestorów najwyższym zaangażowaniem inwestycyjnym w SPW charakteryzują się banki i instytucje publiczne ze wzrastającym udziałem do niespełna 40%, a także fundusze inwestycyjne, jednak z tendencją spadkową (z udziału 50,3 w roku 2014 do 26,5% w końcu roku 2016). Fundusze emerytalne, a także zakłady ubezpieczeń zwiększają systematycznie udział swojego zaangażowania inwestycyjnego odpowiednio do 10,4 i 6,8% w końcu roku 2016.

Tabela 5. Poziom inwestycyjnego zaangażowania się zagranicznych ubezpieczycieli w SPW (papiery skarbowe) na tle wybranych zagranicznych inwestorów w latach 2014–2016 w mld PLN oraz ich udział (w %)

Ubezpieczyciele i wybrani inwestorzy zagraniczni	2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Banki centralne i instytucje publiczne	15,1 (9,6%)	24,5 (15%)	39,5 (24,4%)	37,7 (25,8)	37,8 (27,3%)
Fundusze inwestycyjne	79,1 (50,3%)	78,1 (47,9)	54,9 (34,0%)	44,5 (30,5%)	36,8 (26,5%)
Fundusze emerytalne	11,9 (7,6%)	13,0 (8%)	14,1 (8,7%)	14,6 (10%)	14,4 (10,4%)
Zakłady ubezpieczeń	9,1 (5,8%)	10,7 (6,6%)	12,4 (7,7%)	10,1 (6,9%)	9,4 (6,8%)
Osoby fizyczne	6,9	6,4	7,4	7,6	7,4
Inne podmioty	21,1	21	21,5	22,6	22,4
Podmioty niefinansowe	0	0	0	0	0

Źródło: jak tab. 1.

Na tym tle interesujące są wyniki porównania zaangażowania się krajowych i zagranicznych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w krajowe i zagraniczne SPW, co zaprezentowano w tabeli 6.

Zmiany prawne, o których była mowa wcześniej, począwszy od 2014 roku praktycznie wykluczyły możliwość zaangażowania się inwestycyjnego krajowych funduszy emerytalnych w SPW. Widoczna jest zdecydowana przewaga zaangażowania się inwestycyjnego w SPW zakładów ubezpieczeń z rynku krajowego na poziomie ponad 51 mld PLN nad konkurentami z zagranicy, spośród których najaktywniejsze są zagraniczne fundusze emerytalne z tendencją do lekkiego wzrostu z poziomu 11,9 w 2014 roku do poziomu 14,4 mld PLN w końcu roku 2016, a także nad zagranicznymi zakładami ubezpieczeń odpowiednio na poziomie ponad 9 mld PLN w początkowym i końcowym roku analizy z przesileniem w roku 2015 na poziomie 12,4 mld PLN.

Tabela 6. Poziom zaangażowania się inwestycyjnego ubezpieczycieli krajowych i zagranicznych w SPW w latach 2014–2016 (w mld PLN)

Ubezpieczyciele		2014	2014	2015	2016 wrzesień	2016 październik
Krajowi:	fundusze emerytalne	0	0	0	0	0
	zakłady ubezpieczeń	52,6	52,8	52,1	50,7	51
Zagraniczni:	fundusze emerytalne	11,9	13	14,1	14,6	14,4
	zakłady ubezpieczeń	9,1	10,7	12,4	10,1	9,4
Razem inwestorzy ubezpieczeniowi		73,6	76,5	78,6	75,4	74,8

Źródło: jak tab. 1.

Podsumowanie

Powiększenie oszczędności krajowych planuje się poprzez dalsze zmiany w systemie emerytalnym. W pierwszej fazie dokonano zmian transferu 25% środków OFE do Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD), następnie planuje się przekazanie pozostałych 75% do trzeciego filaru emerytalnego systemu, tj. do funduszy inwestycyjnych, w które zostaną przekształcone OFE.

Aktywa w postaci gotówki, akcji, obligacji i listów zastawnych o wartości około 40 mld zł (aktywa OFE aktualnie wynoszą ok. 170 mld zł) znajdują się w rękach państwa, co generuje ryzyko ich monetyzacji, zwłaszcza w kontekście pokusy inwestycji w dłużne papiery Skarbu Państwa. Brak planów dotyczących nacjonalizacji kolejnych spółek sprzyja monetyzacji. W efekcie można oczekiwać sprzedaży akcji, które zostaną objęte przez FRD, a w konsekwencji wzmoczonej podaży na rynku i spadków indeksów giełdowych.

Drugą fazę reformy stanowi utworzenie Pracowniczych Planów Kapitałowych (PPK), do których Polacy będą mogli odprowadzać dodatkowe środki w celu zwiększenia swoich emerytur. Składka o charakterze procentu od dochodu będzie podzielona pomiędzy pracownika a pracodawcę.

Zwiększenie oszczędności krajowych nie tylko wpłynie pozytywnie na rynek kapitałowy, lecz także złagodzi presję na zagraniczne finansowanie inwestycji.

Na podstawie wyników analizy można sformułować szereg ważnych wniosków. Procesy inwestycyjne w Polsce mają podobny przebieg, jak na pozostałym obszarze Unii Europejskiej i są koherentne z celami polityki krajowej i unijnej, szczególnie w zakresie takich dokumentów programowych, jak Europa 2020 oraz Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju. Operacjonalizacji tych dokumentów służy plan Junckera na szczeblu unijnym, na szczeblu krajowym zaś Program Budowy Kapitału. Analiza wykazała, że niektóre sektory gospodarki z natury swojej są bardziej zaan-

gażowane inwestycyjnie niż pozostałe. W Polsce w wyniku zmian legislacyjnych liberalizujących kierunki inwestowania ubezpieczycieli i znoszących ograniczenia składu ich portfeli inwestycyjnych włączono zasoby składkowe ubezpieczonych w procesy budowy kapitału na potrzeby gospodarki.

W proces budowy kapitału na potrzeby gospodarki włączono nie tylko sektor ubezpieczycieli komercyjnych, lecz także publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Dla trzeciego filara systemu emerytalnego jako funkcję podstawową przyjęto długoterminowe gromadzenie oszczędności w drodze indywidualnej zapobiegliwości obywateli przy wsparciu pracodawców (pracownicze plany emerytalne) i wsparciu państwa (w drodze zachęt podatkowych).

Bibliografia

- EIB. (2017). *Investment and Investment Finance – the Polish story*. Raport prezentowany w Centrali NBP, Warszawa 27 lutego. Pobrano z: <http://www.eib.org/infocentre/publications/all/investment-and-investment-finance-in-europe-2016.htm>
- Załącznik do dyrektywy 88/361/EWG (dyrektywa Rady z dnia 24 czerwca 1988 r. w sprawie wykonania art. 67 Traktatu, Dz.U. L 178 z 8 lipca 1988 r.).
- KWE. (2008). *Uzasadniona opinia, naruszenie nr 2007/2262*. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich, 18.09.2008.
- ZUS. (2013). *Fundusz Rezerwy Demograficznej 2009–2012*. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

HANNA KUZIŃSKA*

Jak poprawić finansowanie ochrony zdrowia w Polsce?

Streszczenie

W Polsce po transformacji społeczno-gospodarczej dla ochrony zdrowia ustanowiono finansowanie, które stwarzało barierę dla budowy sprawnego systemu. Nominalne wydatki na ochronę zdrowia stale rosły, ale ich udział w PKB niewiele się zmieniał. Oznaczało to utrwalanie zapóźnionego organizacyjno-technologicznego zaplecza zdrowotnego w Polsce w porównaniu z innymi krajami UE. Szczególnie, że wydatki prywatne gospodarstw domowych w zbyt małym stopniu uzupełniały wydatki publiczne. NFZ, który miał zapewnić finansowanie dla tego działu gospodarki narodowej stał się dla władz pretekstem do ograniczania dotacji do systemu, ponieważ fundusz ten miał przecież zagwarantowany mechanizm pozyskiwania dochodów powiązanych z wynagrodzeniami. Argumentowano też, że zanim wzrosną nakłady na ochronę zdrowia, trzeba zadbać o poprawę efektywności wydatków. Spowodowało to chroniczne niedofinansowanie i zadłużanie się podmiotów leczniczych. Tymczasem te dwa procesy, tj. polepszania gospodarowania środkami publicznymi i podwyższania nakładów publicznych na ochronę zdrowia powinny przebiegać równocześnie. Ogłoszone przez Ministerstwo Zdrowia propozycje reform są uzasadnione, lecz nie pomysł zastąpienia instytucji NFZ państwowym funduszem celowym.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, państwowe fundusze celowe, dotacje, składki.

Abstract

In Poland, after the socio-economic transformation, financing for health protection has included a barrier that hampers the development of the sector. Nominal spending on health care has grown steadily, but their share in GDP has not changed much. Private household spending too little complement public spending. NFZ was supposed to provide funding for this department of national economy and became a pretext for the authorities to reduce the grants to the system. Because the Fund was guaranteed a revenue-generating mechanism, linked to salaries. It has also been argued that it is first necessary to improve the efficiency of spending money and then increase the cost of health care. This has led to chronic under-financing and the indebtedness of medical entities. In the meantime, these two processes should run simultaneously: improving public funds management and gradually increasing public spending on health. The way of financing health announced by the Ministry of Health are justified but not idea of replacing the NFZ with a state-funded special purpose fund.

Keywords: health care financing, National Health Fund, state special purpose funds, grants, contributions.

* Dr hab. Hanna Kuzińska, prof. ALK – Akademia Leona Koźmińskiego; ul. Jagiellońska 57/59, 03-301 Warszawa; e-mail: hanka.kuzinska@wp.pl.

1. Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce i w innych krajach

Po utworzeniu Kas Chorych w 1999 r., a później przekształceniu ich w Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) przez lata nie pojawił się żaden dobry pomysł na zwiększenie środków finansowych płynących do systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, choć opinie o tej instytucji były dla niej druzgocące (Kuzińska, 2015). Głównie dlatego, że NFZ ma zapewnione składki – nominalnie rosnące, a w razie pilnej potrzeby dopłaca się do systemu z budżetu państwa. Mechanizm ten okazał się niesprawny, czego dowodzi fakt, że odsetek wszystkich środków na ochronę zdrowia w Polsce wynoszący w 2016 r. 6,4% PKB (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>) sytuował nas w statystykach OECD na szarym końcu tabeli (Sobczak, 2015). Mniejsze zaangażowanie liczone odsetkiem PKB na ten cel zaobserwowano tylko na Łotwie – 5,7% PKB; w Meksyku – 5,8% PKB i w Turcji – 4,3% PKB. Największe nakłady ponosiły w 2016 r. Stany Zjednoczone – 17,2% PKB, tj. odsetek PKB trzy razy większy niż w Polsce. W USA w ciągu 16 lat (od 2000 r. – 12,5% PKB) nakłady na ochronę zdrowia wzrosły bardziej niż w innych krajach, tj. o 4,7 punktu procentowego.

W Europie najwyższymi nakładami na ochronę zdrowia szczyłą się: Szwajcaria – 12,4% PKB, a w dalszej kolejności Szwecja, Francja, Niemcy z wydatkami ponad 11% PKB. Należy dodać, że w Szwajcarii i Szwecji w ciągu tych 16 lat wydatki te przyrosły w największym stopniu (por. tab. 1) o odsetek wynoszący ponad 3 punkty procentowe i pochodziły głównie ze środków publicznych. Niestety, w Polsce postęp w tej dziedzinie był niewielki – wyniósł zaledwie 1,1 punktu procentowego.

Tabela 1. Łączne wydatki na ochronę zdrowia i w tym wydatki publiczne w 2000 i 2016 r. jako odsetek PKB

Kraj	2000	2000 rządowe	2016	2016 rządowe	Różnica w punktach procentowych (kol. 4–2)	Różnica w punktach procentowych (kol. 5–3)
1	2	3	4	5	6	7
Austria	9,2	7,0	10,4	7,8	1,2	0,9
Belgia	7,9	5,9	10,4	8,0	2,5	2,1
Kanada	8,3	5,8	10,3	7,2	2,0	1,4
Czechy	5,7	5,1	7,2	6,0	1,5	0,8
Dania	8,1	6,7	10,4	8,7	2,3	2,0
Estonia	5,2	4,0	6,7	5,1	1,5	1,1
Finlandia	6,8	4,9	9,4	7,0	2,6	2,1
Francja	9,5	7,5	11,0	8,7	1,5	1,1

Kraj	2000	2000 rządowe	2016	2016 rządowe	Różnica w punktach procentowych (kol. 4–2)	Różnica w punktach procentowych (kol. 5–3)
1	2	3	4	5	6	7
Niemcy	9,8	7,8	11,3	9,5	1,5	1,7
Grecja	7,2	4,5	8,2	4,8	1,0	0,4
Węgry	6,8	4,7	7,6	5,2	0,8	0,5
Irlandia	5,9	4,6	7,8	5,5	1,9	0,9
Włochy	7,6	5,5	8,9	6,7	1,3	1,2
Japonia	7,2	5,8	10,9	9,1	3,7	3,4
Korea	4,0	2,2	7,7	4,3	3,7	2,2
Łotwa	5,4	2,8	5,7	3,2	0,3	0,5
Holandia	7,1	4,7	10,5	8,5	3,4	3,8
Nowa Zelandia	7,5	5,8	9,2	7,4	1,7	1,6
Norwegia	7,7	6,3	10,5	8,9	2,8	2,6
Polska	5,3	3,6	6,4	4,4	1,1	0,8
Portugalia	8,4	5,9	8,9	5,9	0,5	0,0
Słowacja	5,3	4,7	6,9	5,5	1,6	0,8
Słowenia	7,8	5,7	8,6	6,1	0,8	0,5
Hiszpania	6,8	4,9	9,0	6,3	2,2	1,5
Szwecja	7,4	6,3	11,0	9,2	3,6	2,9
Szwajcaria	9,3	5,2	12,4	7,9	3,1	2,7
Turcja	4,6	2,9	4,3	3,4	-0,3	0,6
Wielka Brytania	6,0	4,8	9,7	7,7	3,7	2,9
Stany Zjednoczone	12,5	5,5	17,2	8,5	4,7	2,9

Źródło: dane OECD i obliczenia własne.

Nakłady na ochronę zdrowia wykazane jako odsetek PKB, przedstawione w tabeli 1, składają się z rządowych obowiązkowych, samorządowych oraz prywatnych (gospodarstwa domowe). W Polsce z 6,4% PKB nakładów na ochronę zdrowia, około 4,4% przypada na środki publiczne. Z tego budżety samorządowe anga-

żują środki w wysokości około 0,27% PKB¹. W krajach rozwiniętych zdecydowaną większość środków na ochronę zdrowia stanowią środki publiczne. Wyjątkiem są tu Stany Zjednoczone, gdzie, już po wprowadzeniu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ciągle nakłady publiczne stanowią mniej niż połowę (tab. 2). Jest to zaangażowanie państwa wyższe o 5 punktów procentowych w porównaniu jeszcze z 2000 r., gdy ze środków publicznych pokrywano tylko 44,2% kosztów ochrony zdrowia.

Tabela 2. Udział obowiązkowych wydatków rządowych i samorządowych w łącznych wydatkach na ochronę zdrowia w %, w 2000 i 2016 r.

Kraj/rok	Odsetek obowiązkowych wydatków rządowych 2000 r.	Odsetek obowiązkowych wydatków rządowych 2016 r.	Zmiana w punktach procentowych
Australia	68,4	67,8	-0,6
Austria	75,5	75,7	0,2
Belgia	74,6	77,3	2,7
Kanada	70,0	70,0	0,0
Chile	51,3	60,7	9,4
Czechy	89,8	83,4	-6,4
Dania	83,1	84,1	1,0
Estonia	77,0	76,1	-0,9
Finlandia	71,2	74,2	3,1
Francja	78,9	78,8	-0,1
Niemcy	79,4	84,6	5,2
Grecja	61,6	59,3	-2,4
Węgry	69,7	68,3	-1,4
Islandia	80,6	82,1	1,5
Irlandia	77,5	70,2	-7,4
Izrael	63,1	61,3	-1,8
Włochy	72,6	75,0	2,4
Japonia	80,4	84,1	3,7

¹ Dane za 2013 r. pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf> (24.08.2017).

Kraj/rok	Odsetek obowiązkowych wydatków rządowych 2000 r.	Odsetek obowiązkowych wydatków rządowych 2016 r.	Zmiana w punktach procentowych
Korea	53,9	56,4	2,5
Łotwa	50,8	56,4	5,7
Luksemburg	82,0	83,0	1,0
Meksyk	45,2	51,7	6,4
Holandia	66,4	80,8	14,5
Nowa Zelandia	78,0	80,2	2,2
Norwegia	81,7	85,2	3,5
Polska	68,9	69,0	0,1
Portugalia	70,5	66,2	-4,2
Słowacja	89,2	79,8	-9,4
Słowenia	72,9	71,8	-1,1
Hiszpania	71,4	70,6	-0,8
Szwecja	85,5	83,9	-1,7
Szwajcaria	55,4	63,6	8,2
Turcja	61,7	79,4	17,7
Wielka Brytania	79,3	79,2	-0,2
Stany Zjednoczone	44,2	49,1	5,0

Źródło: jak tab. 1.

Najwyższe finansowe zaangażowanie rządu w ochronę zdrowia, przekraczające 80% łącznych wydatków odnotowano w 2016 r. w Szwecji, Norwegii, Nowej Zelandii, Holandii, Japonii, Islandii, Danii oraz w Czechach. Najbardziej jednak zwiększyły swoje wydatki w ciągu 16 lat Holandia i Turcja, choć spory wzrost zaobserwować można też w Niemczech i na Łotwie.

Niskie zaangażowanie państwa, w przedziale ponad 50% i mniej niż 60% odnotowały: Meksyk, Korea, a spośród państw UE – Grecja. Polska z udziałem nakładów publicznych wynoszących 69% łącznych nakładów sytuuje się w Europie w grupie państw o przeciętnych nakładach, takich jak w Portugalii i na Węgrzech. Udział wydatków publicznych w PKB w 2016 r. w wysokości 4,4% był zaledwie o 0,8 punktu procentowego wyższy niż w 2000 r.

Analiza przedstawionych danych statystycznych oraz rządowe zapowiedzi zmian skłaniają do postawienia następujących pytań:

- czy zaproponowane zmiany w systemie pozwolą przerwać krąg chronicznych niedoborów finansowych w ochronie zdrowia;
- czy rozważane propozycje wprowadzenia państwowego funduszu celowego odpowiadają proklamowanej w 2009 r. polityce powiększania spójności budżetu państwa oraz czy usprawnią mechanizm zarządzania i kontroli wydatków w ochronie zdrowia?

2. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce ze środków publicznych

Większość środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia gromadzonych jest w NFZ, finansowanym przede wszystkim z tzw. składki zdrowotnej. Fakt, że w Polsce w 1999 r. utworzono NFZ², który otrzymał monopol na gromadzenie i rozdzielanie większości środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia stał się, może wbrew intencjom pomysłodawców, barierą dla bezkolizyjnego rozwoju systemu. Na wiele lat zablokowane zostały nakłady na ochronę zdrowia na poziomie 9% nominalnych wynagrodzeń (w uproszczeniu) bez jakiegokolwiek pomysłu na ich wzrost w przyszłości. Powodem takiego utrwalenia niedostatecznych nakładów na finansowanie ochrony zdrowia mogły być też opinie polityków i ekspertów, że „...sektor zdrowia pochłonie każde pieniądze, a efekt zdrowotny nie będzie oczywisty. [...] nie warto inwestować w zdrowie na poziomie społecznym, a raczej podnosić indywidualną świadomość zdrowotną” (Golinowska, 2014, s. 197).

Było i jest to podejście szkodliwe, zakłada bowiem finansowe „głodzenie” publicznych podmiotów medycznych. Skutkiem tego chronicznego niedofinansowania stawało się przekazywanie tych podmiotów do sektora prywatnego. Sektor ten w domyśle miał lepiej poradzić sobie z efektywnym gospodarowaniem środkami publicznymi i prywatnymi zarazem. Rzeczywiście udział wydatków gospodarstw domowych uzupełniał nakłady publiczne, ale w dużo mniejszym stopniu niż oczekiwano. Głównie pacjenci z pilnymi problemami zdrowotnymi, omijając zbyt długie kolejki do lekarza specjalisty, płacili za usługi lekarskie z własnej kieszeni.

Ustanowienie nakładów publicznych na ochronę zdrowia w relacji do rosnących wraz ze wzrostem PKB wynagrodzeń spowodowało, że dostrzegaliśmy poprawę warunków leczenia, ale nie widzieliśmy napięć i niedoborów w samym systemie. Rzeczywiste koszty leczenia rosły, przyrastały też nominalnie środki, którymi dysponował NFZ, ale w latach 2012–2016 wolniej przeciętnie niż nominalne PKB (tab. 3).

² Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.).

Tabela 3. Koszty działalności operacyjnej NFZ w mld zł i ich dynamika w latach 2012–2016 (w %)

Wyszczególnienie	2012	2013	2014	2015	2016	Średni wzrost
Koszty działalności operacyjnej NFZ w mld zł	62,01	64,22	65,79	70,11	73,60	x
Dynamika w %	102,4	103,6	102,5	106,6	105,0	104,0
Dynamika nominalnego PKB w %	104,2	102,8	107,4	104,6	102,9	104,4

Uwaga: nie są to łączne nakłady publiczne, są one np. w 2016 r. wyższe prawie o 4 mld zł i wyniosły 76.967.604 tys. zł.

Źródło: NFZ, 2017; GUS, 2014, s. 392; GUS, 2017, s. 391.

Skonstruowanie systemu opartego na stałej „składce” wynoszącej 9% (w uproszczeniu wynagrodzeń) (Podstawka, 2017)³ spowodowało, że przez 16 lat nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w relacji do PKB prawie się nie zmieniły. Nominalne wydatki zrelacjonowane do PKB przez koncepcję „składki zdrowotnej” zostały utrwalone na lata. Spowodowało to, że Polska utknęła w pułapce braku możliwości dalszego rozwoju jakości świadczonych usług zdrowotnych. Najbardziej manifestowało się to zadłużaniem publicznej ochrony zdrowia oraz brakiem dobrej dostępności do publicznych specjalistycznych usług leczniczych.

Niesprawność systemu finansowania próbowano w dużej mierze przerzucić na podmioty lecznicze, nie opłacając im ekwiwalentnie wykonanych usług. W związku z tym, w szpitalach pojawiła się nowa kategoria ekonomiczna, tzw. nadwykonania. Jest to wartość usług leczniczych, które szpital musiał świadczyć, gdyż przepisy prawa nie pozwalały ich uniknąć, ale szpital nie otrzymywał za nie finansowania z NFZ. Fundusz zaś nie płacił nie dlatego, że nie chciał, a dlatego, że nie miał na to pieniędzy. Zbudowanie modelu zasilania zawierającego gwarantowaną, lecz za niską redystrybucję środków do NFZ powodowało ustalanie wraz z rocznym planem finansowym rocznych limitów finansowania, co w przypadku ludzi chorych było niebezpieczną formułą. Świadczenie usług ponad otrzymane limity środków tworzyło owe nadwykonania, które są jedną z przyczyn powstawania długów w szpitalach. Trzeba jednocześnie powiedzieć, że w jakimś stopniu przyczyną powstawania długów była i zawsze będzie pojawiająca się gdzieś nieracjonalność gospodarowania. Wynikała ona w dużej mierze z niezdrowej konkurencji pomiędzy szpitalami (Sobczak, 2015), dla których organem założycielskim może być samorząd gminny, powiatowy i wojewódzki, resort obrony narodowej, MSWiA, MZ. Działają też szpitale kliniczne prowadzone przez uczelnie, instytuty czy podmioty prywatne. Okazało

³ Jest to ta sama podstawa, co w przypadku ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, tj. dla pracowników przychód ze stosunku pracy w rozumieniu przepisów ustawy o PIT, pomniejszony o kwoty składek na ubezpieczenie społeczne lub w przypadku emerytów i rencistów – przychód z tych świadczeń. Wysokość składki zdrowotnej dla rolników zależy od liczby hektarów przeliczeniowych w gospodarstwie.

się, że podmioty te, działając obok siebie, konkurują nie tylko o pacjenta, lecz także o kadre medyczną, w rezultacie zaś także o zdobycie kontraktu z NFZ. Ministerstwo Zdrowia oceniło, że taka konkurencja wcale nie służyła racjonalnemu gospodarowaniu. Często powodowała inwestycje niepotrzebne, dublujące się⁴.

Ponadto zaniechano rozwiązania problemu nieodpowiedniego wyceniania wartości zawieranych przez NFZ kontraktów na usługi zdrowotne. Z jednej strony część usług była przeszacowana w wycenie, inne natomiast mocno niedoszacowane⁵. Publiczne podmioty lecznicze nie mogły oczywiście świadczyć tylko tych „opłacalnych” usług, zatem zawsze były w pozycji ekonomicznie mniej korzystnej niż podmioty prywatne. NFZ, choć potężny i kosztowny, postrzegany był coraz częściej jako instytucja zbędna, która realnie nie jest kontrolowana przez Ministerstwo Zdrowia i nie udźwignęła odpowiedzialności za rozwiązywanie napięć i fundamentalnych problemów lecznictwa w Polsce (Kosikowski, 2011).

3. Finansowanie ochrony zdrowia ze środków prywatnych

Prywatne środki finansowe przeznaczane na ochronę zdrowia mają charakter zinstytucjonalizowany albo pochodzą od indywidualnych i rozproszonych klientów. Wpłaty instytucji pochodzą z abonamentów wykupywanych dla pracowników. Natomiast rozproszone wpłaty do systemu pochodzą z wykupywanych abonamentów oraz z doraźnie opłacanych porad lekarskich. Można by zadać pytanie, czy środki prywatne dałoby się dołączyć do środków publicznych i zapewnić za to radykalnie lepszy dostęp do usług medycznych?

Wydaje się to raczej niemożliwe. Pracodawcy uważają, że opłacają wszystkie składki, w tym zdrowotną w tzw. klinie podatkowym, tj. w różnicy między wynagrodzeniem brutto i netto. Ponadto pracodawcy chcą mieć wpływ na ilość i jakość otrzymywanych usług medycznych, a straciliby go, gdyby przestali być płatnikiem. Prywatne przychodnie też mogłyby nie być zainteresowane takim rozwiązaniem, gdyż z prywatnym odbiorcą usług można doraźnie w razie potrzeby się układać, natomiast publiczny odbiorca usług jest mniej elastyczny w negocjacjach.

Jeszcze mniej propozycja włączenia prywatnych środków w nurt strumienia publicznego odpowiadałaby gospodarstwu domowemu. Po prywatną usługę lekarską gospodarstwa domowe sięgają tylko dorywczo, gdy potrzebna jest szybka interwencja lekarska. Wydają na ten cel zaledwie 1,3% dochodu rozporządzalnego, co oznaczało w 2015 r. około 225 zł rocznie. Przy czym np. przeciętny rencista wydawał rocznie około 168 zł, a osoba w gospodarstwie pracującym na własny rachunek około 325 zł (tab. 4).

⁴ <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf> (23.09.2017).

⁵ Być może, że część wymienionych niesprawności uda się usunąć lub znacznie złagodzić wdrażaną od października 2017 r. ustawą o sieci szpitali.

Tabela 4. Przeciętne wydatki osoby w gospodarstwie domowym na usługi ochrony zdrowia w 2015 r.

Wyszczególnienie	2015 miesięcznie	2015 rocznie
Udział wydatków na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane z ochroną zdrowia – bez wyrobów medyczno-farmaceutycznych, urządzeń i sprzętu medycznego w przeciętnym dochodzie rozporządzalnym na 1 osobę w gospodarstwie domowym (w %)	1,30	x
Przeciętne miesięczne wydatki na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane z ochroną zdrowia (w zł), w tym:	18,70	224,40
w gospodarstwach rencistów	13,97	167,64
w gospodarstwach pracujących na własny rachunek	27,01	324,12

Źródło: GUS, 2016, s. 307 i obliczenia własne.

W świetle obowiązującego prawa ze składki wynoszącej 9% podstawy, z dochodu płacimy na NFZ tylko 1,25%. Ten ułamek dochodów wpłacanych do NFZ można traktować jako niedostrzegalny swoisty podatek ukryty w 9% daninie pobieranej przez pracodawcę. Warto dodać, że składki za rolników, osoby bezrobotne i emerytów są uiszczane z budżetu państwa, a więc nie mogą być traktowane jak nakłady prywatne.

Jeśli zatem składka pochodząca z dochodów osobistych wynosi tylko 1,25% podstawy, może dałoby się powiększyć ją o odsetek przeciętnych wydatków na usługi ambulatoryjne każdej osoby w gospodarstwie domowym, tj. o 1,3⁶ punktu procentowego i jednocześnie zapewnić radykalną poprawę dostępności usług? Odsetek przymusowej składki pomniejszającej dochód osobisty wyniósłby wówczas około 2,55% podstawy. Trzeba dodać, że udział wydatków na opiekę ambulatoryjną w dochodzie rozporządzalnym gospodarstw domowych prawie się nie zmienia i tak np. w 2009 r. wyniósł on tyle samo co w 2015 r.

Zaletą wspomnianego powiększenia składki mogłoby być transfer środków finansowych w stronę gospodarstw domowych niżej uposażonych, które płacąc od osoby rocznie dodatkowo 168 zł miałyby uprawnienie do korzystania w razie potrzeby z usług bardziej kosztownych. Innym skutkiem takiego rozwiązania mogłoby być otwarcie ścieżki do dalszych podwyżek składek i w rezultacie dalszego zwiększenia łącznych publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Natomiast wadą byłoby ryzyko, że dostęp do lekarzy specjalistów opłacanych ze środków publicznych nie poprawiłby się na tyle, by można było zrezygnować z prywatnego rozproszonego kanału finansowania usług leczniczych. Mogłaby zatem powstać sytuacja, w której po podniesieniu

⁶ Ponad dwa razy tyle wydajemy na lekarstwa i wyroby medyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny.

składki zdrowotnej płaconej z dochodów osobistych w dalszym ciągu jedynym sposobem na ominięcie kolejek byłoby angażowanie środków z budżetu prywatnego.

Ostatecznym rezultatem takiej zmiany byłoby zwiększenie odsetka PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia, ale funkcjonalność systemu wcale nie musiałaby się poprawić. Widać więc, że rozważanie takiej ścieżki powiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest ryzykowne i niekoniecznie spotkałoby się ze społeczną akceptacją. Głównie dlatego, że wynagrodzenia zostałyby przymusowo pomniejszone o uśrednione nakłady gospodarstw domowych, także tych, które w ogóle nie korzystają z prywatnej opieki zdrowotnej. Nic więc dziwnego, że ogłoszone, rządowe kierunki przebudowy systemu finansowania ochrony zdrowia już nie zawierają propozycji powiększania przymusowych składek. Jeszcze w 2007 r. ówczesny Minister Zdrowia uważał, że łączna składka publiczna i prywatna powinna wzrosnąć do 13%.

4. Rządowe propozycje zmian w finansowaniu ochrony zdrowia. Próba oceny

Po 18 latach stwarzania pozorów, że służba zdrowia jest finansowana ze składek zdrowotnych, trzeba wyraźnie powiedzieć, że jest głównie finansowana z budżetu państwa. Doświadczenia innych krajów także pokazują, że było i będzie w przyszłości to najważniejsze źródło finansowania opieki zdrowotnej. Powstaje zatem pytanie, jak najlepiej pobierać środki budżetowe i jak najefektywniej je wydawać⁷. Wydaje się, że los NFZ jest przesądzony, tj. scentralizowana jednostka organizacyjna gromadząca na wyodrębnionym rachunku środki na ten cel wyczerpała swoje możliwości i Ministerstwo Zdrowia ogłosiło projekt jego likwidacji (NSZ, 2016a). Spodziewane korzyści z niej wynikające miałyby polegać na usunięciu kosztów poboru składek, na mniej czasochłonnym systemie przekazywania środków finansowych do podmiotów leczniczych, na poprawie przejrzystości i kontroli rozdziału pieniędzy. Większość kompetencji dotychczasowej administracji NFZ miałyby być przekazana do Ministerstwa Zdrowia.

Środki na finansowanie ochrony zdrowia mają pochodzić z tych samych źródeł, co dotychczas, tj. z części podatku dochodowego od osób fizycznych oraz dotacji budżetu państwa. Ważną i nową inicjatywą może być przyjęcie założenia, że dotacje te będą tak uzupełniały część pochodzącą z PIT, by do 2025 r. udział środków publicznych w PKB na finansowanie ochrony zdrowia wynosił nie obecne około 4,4%, lecz nie mniej niż 6%. Ta propozycja wskazuje, że reformatorzy systemu dostrzegli systemowe finansowe jego ograniczenia.

Niestety, niepotrzebnie w miejsce dotychczasowej państwowej osoby prawnej NFZ zamierza się powołać państwowy fundusz celowy „Zdrowie”. Taką operację

⁷ W rozdziale w ogóle pominięto zagadnienie dotyczące efektywności gospodarowania środkami w ochronie zdrowia.

w swojej Strategii zmian w systemie ochrony zdrowia Ministerstwo nazywa przeniesieniem środków na służbę zdrowia do budżetu. Tylko, że to jest tylko połowiczne przeniesienie finansowania do budżetu państwa. Środki gromadzone przez państwowy fundusz celowy nie działają w formule budżetowej, lecz pozabudżetowej. Dlatego, że filozofia funduszu celowego polega na uniezależnieniu w jakimś stopniu od budżetu państwa. Skąd więc taka propozycja? Jak zwykle chodzi o to, by wydatki na ochronę zdrowia w debacie budżetowej nie konkurowały z innymi wydatkami i miały zagwarantowaną część. Nie jest to argument uzasadniający powołanie funduszu celowego i pogarszanie jedności budżetu państwa. Minimalną i corocznie rosnącą wysokość środków budżetowych przeznaczanych na ochronę zdrowia można przecież zapisać w ustawie, jak np. minimalny poziom wydatków gwarantowany przez rząd na obronę narodową. Szczególnie, że już teraz w Strategii Ministerstwa Zdrowia została zapisana mapa wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia (NSZ, 2016).

Za powstrzymaniem się przed powołaniem funduszu celowego przemawia także to, że nie ma żadnego dowodu na to, że środki budżetowe przekazywane do tej instytucji są wydawane przez dysponenta budżetowego bardziej racjonalnie niż wówczas, gdy wydaje się je wprost z budżetu państwa.

Dodatkowa wątpliwość dotyczy tego, że źródłem dochodów takiego funduszu będą środki budżetowe (wspomniana część PIT i dotacje budżetowe). Środki pochodzące ze składek zdrowotnych wcale nie są środkami pozabudżetowymi, a środkami budżetowymi, tylko że przepływającymi przez indywidualne konta podatkowe (Kuzińska, 2013). Utworzenie tego rodzaju państwowego funduszu celowego podważa sens postanowień ustawy o finansach publicznych z 2009 r., w której opowiedziano się za tworzeniem funduszy celowych tylko wówczas, gdy znajdzie się dla nich autonomiczne, pozabudżetowe źródło finansowania.

Oczywiście trzeba przyznać, że zintegrowanie PFC „Zdrowie” z budżetem byłoby nieporównanie większe niż znajdujące się poza wszystkimi rachunkami budżetowymi NFZ, gdyż plany finansowe funduszu celowego są uchwalane w corocznej ustawie budżetowej. Pytanie o celowość powoływania PFC „Zdrowie” jest takie: dlaczego nie skorzystać z okazji, by upraszczać system budżetowy i finansować ochronę zdrowia z części budżetu Ministra Zdrowia i z odpowiednio nazwanego rozdziału klasyfikacji budżetowej? Nie przeszkadza to realizacji zamierzeń Ministerstwa Zdrowia dotyczących ryczałtowego kontraktowania świadczeń, obsługi środków zapisanych w rozdziale klasyfikacji budżetowej przez odpowiednią komórkę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia czy stosowania algorytmu podziału środków ustalonego w akcie wykonawczym (NSZ, 2016a). To z budżetu państwa (Ministerstwa Zdrowia) mogłyby być przekazywane środki do dotychczasowych 16 oddziałów NFZ, w miejsce których mają powstać Wojewódzkie Urzędy Zdrowia, podporządkowane Ministrowi Zdrowia oraz wojewódzie. To one będą rozdzielały pieniądze na szpitale i na opiekę ambulatoryjną.

Od 2018 roku ma zostać powołana Narodowa Służba Zdrowia finansowana z budżetu państwa, mająca tę zaletę, że nie wyklucza żadnych pacjentów. Nie dzieli

społeczeństwa na tych co płacą i około pół miliona tych, którzy nie mają uprawnień do korzystania z bezpłatnego leczenia⁸. Dotychczasowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne zostanie zastąpione zasadą powszechnego zabezpieczenia prawa do świadczeń dla wszystkich obywateli RP stale zamieszkałych w Polsce i innych mających legalne prawo pobytu w Polsce, co wreszcie będzie wypełniało postanowienia artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁹. Często, zwłaszcza politykom, wydaje się, że społeczeństwo albo nie wie, albo zapomniało na jaki ustrój społeczny umawiało się władzą, która w ustawie zasadniczej zapowiedziała ustanowienie równego dostępu wszystkich obywateli do opieki zdrowotnej, niezależnie od ich sytuacji życiowej. Niezrealizowanie tej obietnicy można uznać za „...jeden z najgroźniejszych przejawów nieładu instytucjonalnego i generalnie nieładu w systemie/ustroju społeczno-gospodarczym” (Mączyńska, 2014).

Podsumowanie

Zapowiedziane przez rząd zmiany w finansowaniu ochrony zdrowia są próbą naprawienia niesprawności systemu, którego błędna koncepcja spowodowała na wiele lat zamrożenie górnego pułapu nakładów publicznych na poziomie niższym niż 5% PKB. Spowodowało to powstawanie dużych corocznych niedoborów w systemie, manifestujących się zadłużaniem podmiotów leczniczych oraz brakiem dobrego dostępu, zwłaszcza do lekarzy specjalistów. W procesie dojrzewania do zmian kluczowe było zrozumienie, że w obecnie skonstruowanym systemie jest za mało pieniędzy i szczegółowe korekty przesuujące chaotycznie środki z miejsca na miejsce nie usuną ostrych napięć finansowych. Konieczna była radykalna zmiana.

Ma ona polegać na przekazywaniu na ochronę zdrowia środków z podatku dochodowego od osób fizycznych oraz z dotacji z budżetu państwa, ale w taki sposób, by suma tych środków z roku na rok wzrastała aż do osiągnięcia w 2025 r. nakładów publicznych w wysokości 6% PKB.

Większość środków na finansowanie publiczne pochodzić więc będzie z budżetu państwa, pomimo że mechanizm ich pozyskiwania będzie taki sam, jak dotychczas. To znaczy, że pieniądze te będą pomniejszały indywidualne zobowiązania z tytułu PIT. Nowym źródłem zasilania dla ochrony zdrowia jest zatem zapowiedź stosowania otwartej formuły dotacji, która będzie uzupełniała środki finansowe do wartości przyjętej w mapie wzrostu nakładów publicznych, zapowiedzianej w Strategii Ministerstwa.

⁸ <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przed-stawil-zalozenia-reformy/> (23.09.2017).

⁹ Art. 68 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Słabszą stroną rządowej Strategii jest propozycja gromadzenia środków na ochronę zdrowia na wyodrębnionym rachunku państwowego funduszu celowego. Pokazuje ona utrwalone branżowe myślenie o budżecie państwa, który powinien być jak najmniej poszufladkowany (rozdrobniony), gdyż tylko wówczas można efektywnie sprawować w państwie politykę fiskalną. Ze źle rozumianej obawy o to, by ochronić kwoty na cel zdrowotny, nie dostrzega się, że narusza ona jedność budżetowania. Dodatkowo wydaje się, że powołanie takiego funduszu narusza filozofię ustawy o finansach publicznych, która dopuszcza tworzenie takich instytucji tylko wówczas, gdy mają one zapewnione autentycznie pozabudżetowe źródła dochodów. Pomysł na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa jest zatem jedyny możliwy do zastosowania, tylko powinien on oznaczać finansowanie z budżetu Ministerstwa Zdrowia, z odpowiedniego rozdziału klasyfikacji budżetowej.

Dalszy rozwój prywatnych zinstytucjonalizowanych ubezpieczeń zdrowotnych (abonamenty) nie jest zagrożony (Kuzińska, 2013) przez zapowiadaną reformę, chyba że standard świadczonych usług publicznych zrówna się ze standardem usług opłacanych ze środków prywatnych.

Nie wydaje się też, by zmieniły się nawyki konsumentów – gospodarstw domowych doraźnie kupujących na wolnym rynku usługi medyczne. Niezmieniający się średnio udział tych wydatków w budżetach gospodarstw domowych w ciągu 10 lat pokazuje, że z takich usług korzysta się niezbyt często, raczej w nagłych i niezbyt skomplikowanych przypadkach, gdyż wówczas pacjenci kierowani są do szpitali.

Bibliografia

- Golinowska, S. (2014). Zdrowie i sprawność populacji wyzwaniem przyszłości. W: Z. Strzelecki, E. Kryńska, J. Witkowski (red.), *Kryzys jakości życia*. Warszawa: Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN.
- GUS. (2014). *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2014*. Warszawa: GUS.
- GUS. (2016). *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2016*. Warszawa: GUS.
- GUS. (2017). *Mały Rocznik Statystyczny Polski*. Warszawa: GUS.
- Kosikowski, C. (2011). *Naprawa finansów publicznych w Polsce*. Białystok: Wydawnictwo Temida 2.
- Kuzińska, H. (2013). Spożycie publiczne w Polsce. Ochrona zdrowia. *Konsumpcja i Rozwój*, 1. Warszawa: Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Konjunktury.
- Kuzińska, U. (2015). Celowość wydatków publicznych w opinii społecznej. Czego oczekują Polacy od swojego państwa? W: H. Kuzińska (red.), *Celowość i oszczędność wydatków publicznych*. Warszawa: Poltext.
- Mączyńska, E. (2014). Anomiczne podłoże dysfunkcji systemu społeczno-gospodarczego. W: J. Kleer, E. Mączyńska, J.J. Michałek, J. Niźnik (red.), *Kryzysy systemowe*. Warszawa: Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN.
- NFZ. (2017). *Łączne Sprawozdania finansowe NFZ za lata 2012–2016*. Pozyskano z: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>.

- NSZ. (2016). Narodowa Służba Zdrowia – minister Konstanty Radziwiłł przedstawił założenia reformy. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy/> (23.09.2017).
- NSZ. (2016a). Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf> (24.09.2017).
- OECD. (2017). <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (6.08.2017).
- Podstawka, M. (red.). (2017). *Finanse. Instytucje, instrumenty, podmioty, rynki*. Warszawa: PWN.
- Sobczak, A. (2015). Efektywność systemu ochrony zdrowia w warunkach spowolnienia gospodarczego. W: H. Kuzińska (red.), *Celowość i oszczędność wydatków publicznych*. Warszawa: Poltext.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2009 Nr 157, poz. 1240 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.).

CZĘŚĆ II

**POLSKI SEKTOR UBEZPIECZEŃ
NA TLE REGULACJI PRAWNO-PRAKTYCZNYCH**

MAREK MONKIEWICZ*

Systemy ochrony ubezpieczonych w przypadku niewypłacalności zakładu ubezpieczeń OC komunikacyjnego – trendy regulacyjne w Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG)

Streszczenie

Rozdział poświęcony jest trendom regulacyjnym w Europejskim Obszarze Gospodarczym dotyczącym systemów/funduszy ochrony ubezpieczonych (tj. SOU/FOU) w przypadku niewypłacalności zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność ubezpieczeniową z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego. Jest to bardzo ważne zagadnienie, biorąc pod uwagę masowy charakter tego ubezpieczenia oraz koszty szkód związane ze zdarzeniami drogowymi spowodowanymi ruchem pojazdów mechanicznych. Należy wskazać, że regulator wspólnotowy przywiązuje dużą wagę do realizacji zasady minimalnych standardów wspólnotowych w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego, czego dowodem jest implementacja ujednoliconej dyrektywy komunikacyjnej 2009/103/WE. Nadal jednak dyrektywa ta ma szereg luk, m.in. nie przewiduje mechanizmów ochrony osób poszkodowanych w państwach członkowskich w sytuacji, gdy szkoda zostaje wyrządzona ruchem pojazdu ubezpieczonego w chwili zdarzenia w niewypłacalnym zakładzie ubezpieczeń OC. Jako że aktualnie brakuje minimalnych wspólnych standardów w tym zakresie, zagadnienie FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych przedstawione jest w dwóch płaszczyznach: z punktu widzenia krajowych regulacji w poszczególnych państwach członkowskich EOG oraz transgranicznych rozwiązań. Kierunek publicznych konsultacji prowadzonych przez Komisję Europejską w 2017 r. dotyczących przeglądu obowiązujących zapisów dyrektywy komunikacyjnej pod kątem wprowadzenia ewentualnych zmian wyraźnie wskazuje, że jest szansa, by w ramach ww. dyrektywy implementowane zostały minimalne standardy wspólnotowe polegające na obowiązkowym funkcjonowaniu w każdym państwie członkowskim EOG – FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych. To z kolei daje podstawę do stworzenia rzeczywistego i efektywnego mechanizmu ochrony osób poszkodowanych w tego rodzaju okolicznościach na obszarze EOG, bez względu na to czy skutki potencjalnej niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego będą miały wyłącznie krajowy (wewnętrzny) czy też również transgraniczny (zewnętrzny) charakter.

Słowa kluczowe: systemy/fundusz ochrony ubezpieczonych (SOU/FOU) ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych, ujednolicona dyrektywa komunikacyjna, Europejski Obszar Gospodarczy (EOG), swoboda osiedlania się, swoboda świadczenia usług, regulacje krajowe i transgraniczne dotyczące niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych.

* Dr hab. Marek Monkiewicz – Zakład Ubezpieczeń i Rynków Kapitałowych, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; e-mail: mmonkiewicz@wz.uw.edu.pl.

Abstract

The article is devoted to the regulatory trends within European Economic Area (EEA) on schemes / funds for the insureds protection (i.e. SIP / FIP) against MTPL insurers' insolvencies. It is extremely important issue, taking into account the Massie nature of this insurance product as well as the costs of road traffic accidents caused by the movement of motor vehicles. It has to be pointed out, that the EU regulator attaches great importance to the execution the Community minimum standards principlr in the scope of compulsory MTPL insurance, as evidenced by the implementation of the Codified Motor Insurance Directive (MID) 2009/103/EC. However this directive has still certain gaps, inter alia due to non providing for the protection mechanisms to protect the injured parties when the damage and / or injury is caused by the vehicle insured with insolvent MTPL insurer. As, for the time being, there are no common Community minimum standards in this scope, the issue of FIPs against MTPL insurers' insolvencies is presented having in mind two perspectives: the one connected with domestic regulations among individual EEA Member States and another one connected with cross-border solutions. Direction of the public consultations that are already carried out in 2017 by the European Commission (EC) on the review of binding provisions of the Codified MID and hypothetic introduction of their certain ammendments (improvements), clearly indicates, there is a chance to implement common Community minimum standards on the functioning in each EEA Member State the institution of FIPs against MTPL insurers' insolvencies on compulsory basis. This in turn gives a good basis to set up the real and effective mechanizm to protect the injured parties in such circumstances occurred within EEA, irrespective of the fact, whether the effects of hypothetic MTPL insurer's insolvency will have exclusively domestic (internal) or crossborder (external) nature as well.

Keywords: schemes/funds for the insureds protection (i.e. SIP/FIP) against MTPL insurers' insolvencies, Codified Motor Insurance Directive (MID), Economic European Area (EEA), freedom of establishment (FOE), freedom of services (FOS), domestic and crossborder regulations on the MTPL insurers' insolvencies.

Wyjątkowe znaczenie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych związane jest z powszechnym charakterem tego ubezpieczenia na całym świecie. Wynika to zarówno z rozwoju rynku motoryzacyjnego (liczba pojazdów mechanicznych), jak również ze skali i kosztów zdarzeń drogowych będących skutkiem ruchu tych pojazdów. Nawet biorąc za przykład tylko Polskę, jest ona znacząca. Na koniec 2016 r. zarejestrowanych w niej było blisko 28,6 mln szt. pojazdów mechanicznych (GUS, 2017, s. 144). Jednocześnie według Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, całkowite koszty zdarzeń drogowych w Polsce w 2015 r. (z tytułu 33,0 tys. wypadków drogowych, w których zginęło ponad 2,9 tys. osób a 39,8 tys. zostało rannych, 362,3 tys. kolizji drogowych) zostały oszacowane na 48,2 mld zł (KRBRD, 2016, s. 3 i 11). Oprócz znacznej liczby pojazdów oraz wielkich kosztów społeczno-gospodarczymi skutków zdarzeń drogowych, niezwykle istotna jest sama istota ubezpieczenia OC, w którym chodzi o zaspokojenie z polisy OC komunikacyjnej sprawy uzasadnionych roszczeń osób poszkodowanych i innych osób uprawnionych. Mając na uwadze wagę społeczną tego zagadnienia, jak również w celu wzmocnienia realnej ochrony osób poszkodowanych i samych sprawców (tj. przed ponoszeniem osobistej finansowej odpowiedzialności za konsekwencje spowodowanych przez siebie zdarzeń), ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, decyzją ustawodawców krajowych poszczególnych państw na świecie, przybrało charakter

obowiązkowy, stając się tym samym najbardziej powszechnym ubezpieczeniem na świecie (Ludwichowska, 2011, s. 35–48). Szczególnie w Europie (a zwłaszcza na obszarze EOG) trend wzmocnienia ochrony poszkodowanych w zdarzeniach drogowych (jako elementu silnie rozwiniętej idei ochrony konsumenta) stał się bardzo widoczny. W celu zapewnienia możliwie najszerzej realnej ochrony praw osób poszkodowanych i innych uprawnionych z tytułu zdarzeń drogowych, stało to u podstaw implementacji mechanizmów ułatwiających zaspokojenie uzasadnionych roszczeń także w obliczu niestandardowych okoliczności powstania szkody (m.in. sprawcy nieubezpieczeni, niezidentyfikowani czy posiadający ochronę OC w niewypłacalnym zakładzie ubezpieczeń, szkoda transgraniczna).

Analizując kwestię działalności systemów ochrony ubezpieczonych ds. niewypłacalności zakładów OC komunikacyjnych (dalej: funduszy ochrony ubezpieczonych, SOU lub FOU), należy wskazać, że dotychczas na obszarze EOG nie ma żadnych regulacji, które nakazywałyby ustawodawcom krajowym poszczególnych państw powołać do życia tego rodzaju SOU. Stąd też decyzje w tym zakresie są całkowicie autonomiczne i spoczywają w gestii ustawodawców krajowych. Niemniej jednak, jako że w praktyce na obszarze EOG prerogatywy instytucji funduszy ochrony ubezpieczonych w zakresie niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych wykroczyły poza granice tych państw, kwestię systemów ochrony ubezpieczonych (w obszarze obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) można rozpatrywać na dwóch płaszczyznach:

- 1) krajowej oraz
- 2) transgranicznej.

Jeśli chodzi o regulacje krajowe, w granicach EOG jedynie na Islandii i w Szwecji brakuje jakichkolwiek uregulowań ustawowych w tym zakresie. W pozostałych 19 krajach – funkcję funduszu ochrony ubezpieczonych ds. niewypłacalności zakładów ubezpieczeń OC komunikacyjnych wyposażone zostały samochodowe fundusze gwarancyjne, natomiast w 11 państwach były to albo FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli majątkowych (Dania, Francja, Irlandia, Norwegia, Włochy) albo zintegrowane FOU ubezpieczeniowe (tzn. ds. niewypłacalności ubezpieczycieli majątkowych i życiowych, tj. w Hiszpanii, na Łotwie, Malcie, w Polsce i Rumunii) bądź też zintegrowane FOU finansowe (tzn. ds. niewypłacalności banków, firm sektora kapitałowego, ubezpieczycieli ogółem; Wielka Brytania).

SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli komunikacyjnych OC mają przy tym nieco częściej charakter prywatny (w blisko 60% państwach EOG), aniżeli publiczny (prawie 40% w strukturze ogółem). Należy przy tym jednocześnie wskazać, iż jeszcze wyraźniejszy podział kształtuje się, gdy uwzględni się fakt czy w danym kraju niewypłacalność ubezpieczycieli OC komunikacyjnych umiejscowiona jest w ramach prerogatyw samochodowych funduszy gwarancyjnych, czy też FOU, do których przypisany jest szerszy zakres ochrony przedmiotowej (tj. co do zasady ubezpieczeń majątkowych czy też ubezpieczeń ogółem). W przypadku samochodowego fundu-

szu gwarancyjnego (dalej: sfg) jedynie ok. 26% SOU jest instytucjami publicznym, podczas gdy w odniesieniu do innych FOU jest to blisko 64%. Wydaje się, że taki stan rzeczy jest skorelowany z tym, że w przypadku SOU o zakresie ochrony ubezpieczeniowej wykraczającej poza ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych większe jest ich znaczenie dla stabilności sektora ubezpieczeń jako całości. W konsekwencji więc automatycznie sfera ta cieszy się większym zainteresowaniem państwa (a tym samym są one z reguły ściślej powiązane z władzami państwowymi).

FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych finansowane są zazwyczaj przez członkowskie zakłady ubezpieczeń (jakkolwiek im bardziej mają charakter publiczny, tym w większym stopniu mogą korzystać z dodatkowych, również publicznych źródeł finansowania lub gwarancji). Składka członkowska na rzecz SOU nieco częściej ma postać składki wnoszonej w trybie *ex ante* (12 państw) aniżeli w formie *ex post* (10 państw)¹. Przy czym zastrzec należy, iż stwierdzenie to obarczone jest dużym marginesem błędu (jako że w przypadku innych 9 państw informacja ta okazała się trudna do jednoznacznego ustalenia i dlatego te właśnie FOU nie zostały przypisane do żadnej z ww. kategorii).

Zakres charakteru interwencji i odpowiedzialności systemów ochrony ubezpieczonych w poszczególnych państwach pozostaje zbliżony. Po pierwsze, w większości przypadków działalność SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych ma charakter gwarancyjny (kompensacyjny). Oznacza to, że co do zasady mogą one jedynie zaspokajać uzasadnione roszczenia osób poszkodowanych i innych osób uprawnionych z tytułu zdarzeń drogowych spowodowanych przez sprawców ubezpieczonych w tych zakładach ramach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W większości państw natomiast nie mogą one działać prewencyjnie (tj. zapobiegać występowaniu niewypłacalności lub oddzielać los klientów niewypłacalnego zakładu poprzez bezpośrednie lub pośrednie zapewnienie kontynuacji umowy ubezpieczenia, np. dzięki przeniesieniu portfela umów z jednego zakładu do drugiego). Jednocześnie zakres kompensacji z reguły obejmuje zarówno szkody na osobie, jak i w mieniu, w przeważającej liczbie przypadków do obowiązującej w danym kraju wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej. Przy czym w tym ostatnim zakresie, należy pamiętać, że poziom minimalnej sumy gwarancyjnej w państwach członkowskich EOG z tytułu OC komunikacyjnego precyzuje wspomniana kilkakrotnie w tym rozdziale ujednolicona dyrektywa komunikacyjna 2009/103/WE.

Bardziej szczegółowy ww. informacji na temat FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych w poszczególnych państwach członkowskich, prezentuje tabela 1.

¹ Przez pojęcie „składki *ex ante*” należy rozumieć składkę płaconą przez zrzeszone zakłady ubezpieczeń regularnie, niezależnie od braku lub wystąpienia przypadków niewypłacalności zakładów ubezpieczeń, podczas gdy przy „składce *ex post*” niewypłacalność właściwego ubezpieczyciela jest warunkiem uruchomienia wpłat na rzecz FOU (*trigger*) przez inne właściwe, zobowiązane do uiszczenia składki zakłady ubezpieczeń.

Tabela 1. FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych w państwach EOG – wybrane informacje

Kraj	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu OC komunikacyjnego pełni samochodowy fundusz gwarancyjny (sfg)	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu pełni inny FOU	Charakter FOU (publiczny/ prywatny)	Finansowanie FOU (<i>ex ante/ ex post</i>)	Zakres ochrony przedmiotowej i poziom ochrony FOU
Austria	tak	nie	prywatny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • franszyza redukcyjna za szkody w mieniu: 220 EUR • limity ochrony: 7,6 mln EUR za szkody na osobie i w mieniu (na zdarzenie)
Belgia	tak	nie	prywatny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody w mieniu • nie obejmuje pokryciem roszczeń dotyczących ubrania i przewożonego bagażu w pojeździe ubezpieczonym w niewypłacalnym zakładzie OC powyżej 2480 EUR • limity ochrony: za szkody na osobie = nielimitowane, a za szkody w mieniu = 100 mln EUR (na zdarzenie)
Bulgaria	tak	nie	publiczny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: za szkody na osobie = 5,1 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)
Chorwacja	tak	nie	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: 5,7 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,1 mln EUR (na zdarzenie)

Tabela 1. cd.

Kraj	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu OC komunikacyjnego pełni samochodowy fundusz gwarancyjny (sfg)	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu pełni inny FOU	Charakter FOU (publiczny/ prywatny)	Finansowanie FOU (<i>ex ante/ ex post</i>)	Zakres ochrony przedmiotowej i poziomu ochrony FOU
Cypr	tak	nie	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 36,4 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,2 mln EUR (na zdarzenie)
Czechy	tak	nie	prywatno-publiczna	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 1,3 mln EUR (na osobę), a za szkody w mieniu = 1,3 mln EUR (na zdarzenie)
Dania	nie	tak (FOU majątkowy)	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 15,2 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 3,1 mln EUR (na zdarzenie)
Estonia	tak	nie	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 5 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)
Finlandia	tak	nie	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = nielimitowane, a za szkody w mieniu = 3,3 mln EUR (na zdarzenie)

Francja	nie	tak (FOU majątkowy)	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = nielimitowane, a za szkody w mieniu = 1,1 mln EUR (na zdarzenie)
Grecja	tak	nie	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 1,2 mln EUR (na osobę), a za szkody w mieniu = 1,2 mln EUR (na zdarzenie)
Hiszpania	nie	tak (FOU zintegrowany ubezpieczeniowy)	publiczny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: za szkody na osobie = 70 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 15 mln EUR (na zdarzenie)
Holandia	tak	nie	publiczny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: 5,6 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,2 mln EUR (na zdarzenie)
Irlandia	nie	tak (FOU majątkowy)	publiczny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: brak informacji
Islandia	nie (brak FOU)	nie (brak FOU)	–	–	–
Liechtenstein	tak	nie	brak informacji	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu wyłączone z pokrycia są roszczenia organów zabezpieczenia socjalnego i wszystkich innych podmiotów limity ochrony: 4,6 mln EUR za szkody na osobie i w mieniu (na zdarzenie)

Tabela 1. cd.

Kraj	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu OC komunikacyjnego pełni samochodowy fundusz gwarancyjny (sfg)	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu pełni inny FOU	Charakter FOU (publiczny/ prywatny)	Finansowanie FOU (<i>ex ante/ ex post</i>)	Zakres ochrony przedmiotowej i poziom ochrony FOU
Litwa	tak	nie	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • wyłączone z pokrycia są odsetki karne wobec zakładu ubezpieczeń odnośnie nieuzasadnionych opóźnień w zakresie wypłaty odszkodowań • limity ochrony: za szkody na osobie = 5 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)
Luksemburg	tak	nie	publiczny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: nielimitowana
Łotwa	nie	tak (FOU zintegrowany ubezpieczeniowy)	publiczny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: brak informacji
Malta	nie	tak (FOU zintegrowany ubezpieczeniowy)	publiczny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: brak informacji
Niemcy	tak	nie	publiczny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: w odróżnieniu od szkód spowodowanych przez sprawców nieubezpieczonych, nieznanych etc., tutaj odpowiedzialność FOU jest nielimitowana

Norwegia	nie		tak (FOU majątkowy)	publiczny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limit ochrony: brak informacji
Polska	nie		tak (FOU zintegrowany ubezpieczeniowy)	prywatny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • wyłączone z pokrycia są roszczenia poszkodowanych, którzy mogą pokryć swoje roszczenia za szkody w mieniu w ramach ubezpieczeń dobrowolnych • limit ochrony: 5 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)
Portugalia	tak		nie	publiczny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • wyłączone z pokrycia są szkody w mieniu • limity ochrony: za szkody na osobie = 5,6 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,1 mln EUR (na zdarzenie)
Rumunia	nie		tak (FOU zintegrowany ubezpieczeniowy)	publiczny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limit ochrony: brak informacji
Słowacja	tak		nie	prywatny	brak informacji	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • limity ochrony: 5 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)
Słowenia	tak		nie	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> • za szkody na osobie • za szkody w mieniu • ww. roszczenia poszkodowanego są pokryte wyłącznie wtedy i w takiej części, w której nie mogą być pokryte z masy upadłościowej niewypłacalnego zakładu • limity ochrony: 5 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1 mln EUR (na zdarzenie)

Tabela 1. cd.

Kraj	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu OC komunikacyjnego pełni samochodowy fundusz gwarancyjny (sfg)	Funkcję FOU ds. niewypłacalnego zakładu pełni inny FOU	Charakter FOU (publiczny/ prywatny)	Finansowanie FOU (<i>ex ante/ ex post</i>)	Zakres ochrony przedmiotowej i poziomu ochrony FOU
Szwecja	tak	nie	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: 33,9 mln EUR za szkody na osobie i w mieniu (na zdarzenie)
Węgry	tak	nie	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limity ochrony: 6,1 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,2 mln EUR (na zdarzenie)
Wielka Brytania	nie	tak (FOU zintegrowany finansowy)	prywatny	<i>ex post</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limit ochrony: brak informacji
Włochy	nie	tak (FOU majątkowy)	publiczny	<i>ex ante</i>	<ul style="list-style-type: none"> za szkody na osobie za szkody w mieniu limit ochrony: 6 mln EUR (na zdarzenie), a za szkody w mieniu = 1,2mln EUR (na zdarzenie)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: informacji Rady Biur (<http://www.cobx.org>); materiału Avus Group Minimum amounts insured in TPL insurance (passenger vehicles as of 01/07/2017); Monkiewicz, 2012, s. 319–335.

Analizując z kolei kwestię formalnych ram współpracy transgranicznej na obszarze państw EOG w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych, odbywa się ona pod auspicjami Rady Biur (*Council of Bureaux* – CoB). Organizacja ta bowiem od przeszło 60 lat koordynuje transgraniczną współpracę biur narodowych Systemu Zielonej Karty, a począwszy od 2003 r. (wejście w życie fundamentalnej IV Dyrektywy Komunikacyjnej), zaczęła realizować funkcję koordynatora współpracy także pomiędzy organami odszkodowawczymi, samochodowymi funduszami gwarancyjnymi i ośrodkami informacji. Niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych w wymiarze transgranicznym, mogą obejmować trzy podstawowe hipotetyczne okoliczności, tj.:

- 1) sytuacje, gdy szkoda zostaje wyrządzona przez kierującego z kraju odwiedzającego (np. kierujący pojazdem na niemieckich tablicach rejestracyjnych i ubezpieczony w niewypłacalnym w chwili zdarzenia w krajowym niemieckim zakładzie w ramach OC, powoduje zdarzenie drogowe we Francji, gdzie szkodę ponosi kierujący pojazdem na tablicach francuskich);
- 2) sytuacje, gdy szkoda zostaje poniesiona przez kierującego w kraju odwiedzanym (np. kierujący pojazdem na niemieckich tablicach rejestracyjnych, ponosi szkodę w zdarzeniu drogowym we Francji, spowodowaną przez kierującego pojazdem na tablicach francuskich i ubezpieczony w chwili zdarzenia w niewypłacalnym krajowym francuskim zakładzie w ramach OC);
- 3) sytuacje, gdy dochodzi do zdarzenia drogowego krajowego, jeśli zarazem sprawca powstałego zdarzenia był w chwili zdarzenia ubezpieczony w oddziale lub w ramach swobody świadczenia usług niewypłacalnego zakładu ubezpieczeń, który uzyskał licencję (ma siedzibę główną) w innym państwie członkowskim niż państwo zdarzenia (np. na terytorium Niemiec dochodzi do zdarzenia pomiędzy kierującymi dwoma pojazdami zarejestrowanymi i ubezpieczonymi w Niemczech, sprawca zaś był ubezpieczony z tytułu OC komunikacyjnego w niemieckim oddziale lub niemieckiej swobodzie świadczenia usług niewypłacalnego zakładu licencjonowanego we Francji).

Jako że ww. okoliczność nr 1 należy do sfery Systemu Zielonej Karty (regulującego zdarzenia transgraniczne spowodowane przez zagranicznego sprawcę w kraju odwiedzanym) i funkcjonujących w nim biur narodowych, na dzień dzisiejszy w państwach EOG funkcjonują dwa mechanizmy współpracy międzynarodowej, w których przynajmniej jedną ze stron umowy są FOU ds. niewypłacalności zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w ramach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Podobnie jak przypadku regulacji krajowych, nie są one odgórnie narzucone ustawodawcom krajowym państw członkowskich przez regulatora wspólnotowego (mają więc charakter dobrowolny), lecz odzwierciedlają potrzebę rozwiązania możliwych praktycznych problemów osób poszkodowanych w zdarzeniach drogowych o charakterze transgranicznym.

Jeśli chodzi o sytuacje przyporządkowane do ww. okoliczności nr 2, uregulowane są one umową z 6 listopada 2008 r. między organami odszkodowawczymi i FOU na wypadek niewypłacalności zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w zakresie OC komunikacyjnego na jednolitym rynku ubezpieczeń komunikacyjnych (dalej: jrkc) (tzw. umowa rzymska) (CoB, 2008). Stanowi ona dopełnienie zawartej 6 lat wcześniej umowy między organami odszkodowawczymi i funduszami ochrony poszkodowanych na wypadek transgranicznych skutków zdarzeń drogowych spowodowanych przez sprawców nieubezpieczonych lub niezidentyfikowanych (CEA, 2002). Jej sygnatariuszami są SOU z 27 państw członkowskich EOG. Szczegółowa lista państw, których FOU stały się sygnatariuszami umowy rzymskiej została przedstawiona w tabeli 2. Zgodnie z założeniami umowy z 2008 r. osoby poszkodowane i uprawnione mogą dochodzić roszczenia w przewidzianym w niej trybie, jeśli łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- zdarzenie drogowe miało miejsce w innym państwie członkowskim EOG niż państwo członkowskie zamieszkania poszkodowanego;
- pojazd, którego ruchem spowodowano zdarzenie ma stałe miejsce postojowe w państwie członkowskim zdarzenia;
- prawo krajowe państwa członkowskiego zdarzenia przewiduje interwencję FOU w sytuacji niewypłacalności zakładu ubezpieczeń (sprawcy) uprawnionego do prowadzenia w państwie wypadku działalności w ramach OC komunikacyjnego;
- niewypłacalność zakładu OC miała miejsce po dniu 1 stycznia 2009 r.
- organ odszkodowawczy i FOU państwa członkowskiego zdarzenia, jak również organ odszkodowawczy i FOU państwa członkowskiego zamieszkania poszkodowanego są sygnatariuszami tej umowy.

Właściwy dla miejsca zamieszkania poszkodowanego organ odszkodowawczy określonego państwa członkowskiego jest podmiotem, do którego należy zgłaszać roszczenia w tego rodzaju sprawach, natomiast finalnym płatnikiem jest FOU w państwie właściwym dla zajścia zdarzenia a zarazem dla umiejscowienia (z reguły zarejestrowania) pojazdu sprawcy ubezpieczonego w chwili zajścia zdarzenia w niewypłacalnym zakładzie OC komunikacyjnym (CoB, 2008). Z zakresu umowy wyłączono zatem możliwe przecież w praktyce szkody w tzw. trzecim państwie członkowskim (tj. innym niż państwo zamieszkania poszkodowanego i umiejscowienia pojazdu sprawcy). Był to zabieg celowy, uznano bowiem, że mogłoby to powodować nadmierne komplikacje. Ponadto należy mieć na uwadze, ponieważ umowa ma charakter dobrowolny, stosowana jest ona na zasadzie wzajemności. Przykładowo zatem jeśli doszłoby do hipotetycznej sytuacji, w której kierujący ze stałym miejscem zamieszkania w Irlandii, przyjeżdżając zarejestrowanym w swoim kraju pojazdem do Włoch na wakacje, uczestniczyłby jako poszkodowany w zdarzeniu spowodowanym ruchem pojazdu na tablicach włoskich posiadającego ochronę ubezpieczeniową OC w niewypłacalnym zakładzie, wówczas poszkodowany nie może liczyć na zaspokojenie swoich roszczeń w irlandzkim organie odszkodowawczym (który

następnie mógłby wystąpić z regresem przeciwko SOU włoskiemu jako instytucji właściwej, biorąc pod uwagę umiejscowienie pojazdu sprawcy). Powodem takiego stanu rzeczy jest fakt, że jak na razie irlandzki organ odszkodowawczy i FOU ds. niewypłacalności ubezpieczyciela OC nie są sygnatariuszami tej umowy. Zgodnie z ww. umową w ogólnym zarysie mechanizm cyrkulacji sprawy szkodowej zorganizowany został w następujący sposób: organ odszkodowawczy-sygnatariusz umowy z państwa członkowskiego A (np. Niemcy) otrzymuje roszczenie od poszkodowanego mającego zamieszkanie w tym kraju (tj. w Niemczech), który uczestniczył w zdarzeniu drogowym w państwie członkowskim B (np. Francja) spowodowanym ruchem pojazdu umiejscowionego w tym państwie (tj. we Francji), którego odpowiedzialność cywilna kierującego w chwili powstania tego zdarzenia była ubezpieczona z tytułu OC komunikacyjnego w niewypłacalnym krajowym francuskim zakładzie. Organ odszkodowawczy zobligowany jest powiadomić o otrzymanym roszczeniu FOU ds. niewypłacalności zakładów OC w państwie umiejscowienia pojazdu sprawcy. W dalszej kolejności zobowiązany jest on zweryfikować czy zostały spełnione przesłanki pozwalające mu na podjęcie interwencji (tj. weryfikacja czy faktycznie zakład sprawcy jest niewypłacalny, sprawdzenie czy pojazd którego ruchem spowodowano zdarzenie był w chwili zdarzenia ubezpieczony w tym niewypłacalnym zakładzie, weryfikacja czy roszczenie odszkodowawcze nie uległo przedawnieniu oraz sprawdzenie czy roszczenie odszkodowawcze nie zostało już zgłoszone bezpośrednio do SOU państwa zdarzenia). Po ewentualnym zaspokojeniu uzasadnionych roszczeń osoby poszkodowanej i innych osób uprawnionych (przy założeniu, że ww. przesłanki zostały spełnione), organ odszkodowawczy-wierzyciel ma prawo wystąpić z roszczeniem regresowym wobec ww. FOU-dłużnika (tj. SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych właściwego dla państwa zdarzenia i umiejscowienia pojazdu sprawcy), który zobowiązany jest ponieść ostateczne koszty likwidacji szkody (CoB, 2008, art. 4 i 5). W praktyce, funkcjonowanie umowy między organami odszkodowawczymi i FOU na wypadek niewypłacalności zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w zakresie OC komunikacyjnego nie budzi większych kontrowersji. Nie ma na jej tle poważniejszych zaburzeń czy większych kontrowersji we współpracy między organami odszkodowawczymi i SOU z państw członkowskich. W związku z tym nie ma na razie żadnych planów jej renegotjacji lub modyfikacji.

Jeśli chodzi o sytuacje przyporządkowane do ww. okoliczności nr 3, punktem wyjścia stało się powstanie z dniem 1 lipca 1994 r. jednolitego rynku ubezpieczeń (dalej: jru) (Dyrektywa 92/96/EWG z 10 listopada 1992 r.; Dyrektywa 92/49/EWG z 18 lipca 1992 r.; Dyrektywa 2002/83/WE z 5 listopada 2002 r.). Zgodnie bowiem z obowiązującymi w jru każdy zakład ubezpieczeń z licencją uzyskaną w jednym z państw członkowskich EOG ma prawo bez przeszkód i bez konieczności uzyskiwania dodatkowych zezwoleń ze strony właściwych organów nadzoru z państw goszczących prowadzić w innych państwach członkowskich transgraniczną działalność ubezpieczeniową (tzw. zasada jednolitej licencji) w formie oddziału/swobody osiedlenia

się (*branch* lub *freedom of establishment*, tj. FOE) oraz swobody świadczenia usług (*freedom of services* lub *freedom to provide services*, tj. FOS). Jednocześnie dokonany został podział kompetencyjny między nadzorami: cała sfera nadzoru ostrożnościowego spoczywa na nadzorze państwa macierzystego zakładu-matki oddziału lub swobody świadczenia usług (*Home Member State*), natomiast w gestii nadzoru państwa goszczącego (*Host Member State*) znajduje się kontrola OWU i realizacji zawartych przez te podmioty umów ubezpieczenia. W zamyśle regulatora wspólnotowego, zasada jednolitej licencji miała z punktu widzenia zakładów zmniejszyć bariery biurokratyczne i dostępu do rynków ubezpieczeniowych państw członkowskich, ułatwić im dostęp do klientów na całym obszarze EOG. Z punktu widzenia klientów ubezpieczycieli miała natomiast ułatwić korzystanie z usług większej liczby zakładów oraz zwiększyć między nimi konkurencję jakościową, produktową i cenową. Przede wszystkim jednak jej celem było urzeczywistnienie w możliwie największym stopniu fundamentalnych zasad traktatu rzymskiego (tj. swobody osiedlania się, swobody świadczenia usług oraz swobody przepływu kapitału).

Mając powyższe na uwadze, już rok po formalnym powstaniu jru, SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych, koordynowane w tym zakresie wówczas przez CEA, zawarły Konwencję w sprawie regresów między Funduszami Gwarancyjnymi zawartą w Paryżu w dniu 24 lipca 1995 r. dotyczącą niewypłacalności ubezpieczyciela komunikacyjnego OC działającego na jednolitym rynku (tzw. Konwencja paryska) (CEA, 1995). Tak szybka reakcja była spowodowana kilkoma przesłankami. Po pierwsze, swobody unijne i zasady jednolitej licencji poza oczywistymi korzyściami niosły ze sobą też pewne zagrożenia, choćby w postaci hipotetycznej transgranicznej niewypłacalności zakładów ubezpieczeń i rynki ubezpieczeniowe miały tego świadomość. Po drugie, szybkie zawarcie stosownego mechanizmu odszkodowawczego akurat w zakresie OC komunikacyjnego było możliwe z tego względu, że w większości państw członkowskich od wielu już lat funkcjonowały FOU posiadające prerogatywy kompensacyjne w sytuacji niewypłacalności tego rodzaju ubezpieczycieli. Sygnatariuszami pierwotnymi Konwencji Paryskiej były SOU ds. niewypłacalności zakładu OC komunikacyjnego z 14 państw członkowskich tzw. starej Unii (Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoch)². W dniu 14 listopada 2007 r. poprzez podpisanie Załącznika nr 1 do Konwencji przystąpiło do niej

² Należy wskazać, że faktycznie stronami Konwencji Paryskiej i jej późniejszych modyfikacji są instytucje gwarancyjne odgrywające w swoich państwach rolę samochodowych funduszy gwarancyjnych, i to nawet jeśli te ostatnie nie posiadają w myśl prawa krajowego kompetencji w zakresie niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych. Mają one bowiem większe doświadczenie w postępowaniu likwidacyjnym z tytułu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Na bieżąco bowiem obsługują one szkody przy sprawcach nieubezpieczonych i niezidentyfikowanych), podczas gdy odrębne FOU ds. niewypłacalności (którym m.in. przypisano obowiązek działań interwencyjnych również przy niewypłacalnościach komunikacyjnych) z reguły działają od czasu do czasu (tj. w większości państw członkowskich niewypłacalności zakładów są bowiem wydarzeniami raczej sporadycznymi). Podkreślić jednak należy, że ani

8 kolejnych SOU, głównie spośród państw członkowskich tzw. nowej Unii (tj. Cypr, Czechy, Estonia, Liechtenstein, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry) (CoB, 2007). Treść wspomnianego Załącznika nr 1 w stosunku do pierwotnego brzemienia Konwencji jest w zasadzie tożsama³. Jego podpisanie było przede wszystkim konsekwencją rozszerzenia Unii Europejskiej o 15 państw w latach 1994–2007 i tym samym wejścia ich krajowych rynków ubezpieczeniowych w krąg obowiązywania zasad wspólnotowych (m.in. w zakresie możliwości prowadzenia przez zakłady poprzez oddział lub swobodę świadczenia usług)⁴. W rezultacie, począwszy od 15 listopada 2007 r. Konwencja paryska obowiązywała na zasadzie wzajemności i dobrowolności pomiędzy FOU ds. niewypłacalności zakładów świadczących usługi w zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z 23 państw.

W preambule Konwencji Paryskiej wyraźnie stwierdza się, że każdy zakład ubezpieczeń, prowadzący działalność w innym kraju członkowskim niż kraj jego pochodzenia, posiadający zarazem prawo do prowadzenia działalności w zakresie OC komunikacyjnego w tych państwach lub też korzystający z prawa do swobodnego świadczenia usług w innych państwach członkowskich niż jego kraj pochodzenia – przystępuje do FOU tego kraju i uczestniczy w jego finansowaniu proporcjonalnie do przypisu składki uzyskanej w tym kraju (CEA, 1995, pkt 2, Preambuła). A zatem w myśl tego zapisu przyjmuje się, iż jeśli zakład X świadczy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w kraju członkowskim lokalizacji swojej centrali A i zarazem funkcjonuje poprzez oddział w tej grupie ubezpieczeń w innym państwie członkowskim B, prowadząc jednocześnie w ramach swobody świadczenia usług działalność w jeszcze innym państwie członkowskim C, to tym samym zobligowany

Konwencja Paryska, ani jej kolejne modyfikacje nie zabraniają stać się członkami tych porozumień innym FOU ds. niewypłacalności OC, nie będących w tych krajach sfg.

³ Jedyną poważniejszą zmianą był fakt, że oryginalnie Konwencja Paryska z 1995 r. była podpisywana pod auspicjami Europejskiego Komitetu Ubezpieczeń (fr. *Comite Europeen des Assurances* – CEA), podczas gdy Załącznik nr 1 do wspomnianej Konwencji odbywał się już pod auspicjami Rady Biur (ang. *Council of Bureaux* – CoB). Tytułem przypomnienia, CEA było stowarzyszeniem europejskich ubezpieczycieli i reasekuratorów (tj. organizacją zrzeszającą krajowe stowarzyszenia/izby ubezpieczycieli; w chwili obecnej sukcesorem prawnym tej organizacji jest *Insurance Europe*), które jeszcze w dekadzie lat 90. XX wieku świadczyło usługi sekretariatu dla instytucji powołanych do życia przez dyrektywę komunikacyjną. Patronowanie Konwencji Paryskiej nie było więc naturalnym obszarem działalności CEA. Stąd też, zwłaszcza w obliczu aktywnej postawy CoB w tym zakresie i przejmowania zadań związanych z obsługą wszystkich kwestii związanych z instytucjami przewidzianymi w dyrektywach komunikacyjnych (biura narodowe zielonych kart, samochodowe fundusze gwarancyjne, organy odszkodowawcze, ośrodki informacji), w 2006 r. Konwencja Paryska została „przekazana” z CEA do obsługi CoB (*Transfer agreement between Le Comite Europeen des Assurances and Conseil des Bureaux of 14th November 2006*). W konsekwencji podpisany rok później Załącznik nr 1 do Konwencji odbywał się już pod patronatem Rady Biur.

⁴ Począwszy od 1 stycznia 1995 roku UE rozszerzyła się o 3 kraje (Austria, Finlandia, Szwecja), od 1 maja 2004 r. o 10 państw (Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Słowacja, Słowenia, Węgry), natomiast od 1 I 2007 r. o kolejne 2 państwa (Bułgaria i Rumunia).

jest on przynależeć oraz finansować trzy różne FOU ds. niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego, tj. państw A, B i C. Mechanizm wzajemnej regulacji szkód między instytucjami gwarancyjnymi zakłada, że w sytuacji wystąpienia niewypłacalności zakładu komunikacyjnego OC (zgodnie z prawem państwa jego centrali) z siedzibą główną w innym państwie członkowskim, SOU właściwy dla miejsca jego działalności (tzw. fundusz wierzyciel), zaspokaja uzasadnione roszczenia osób poszkodowanych. Następnie zwraca się on z roszczeniem regresowym o zwrot poniesionych z tego tytułu kosztów do FOU centrali ubezpieczyciela (tzw. fundusz dłużnik) (CEA, 1995, art. 2.1 i 2.2). Tym samym instytucja gwarancyjna siedziby głównej niewypłacalnego zakładu jest zawsze ostatecznym płatnikiem, ostatnim ogniwem regulacji szkód. Jedynym ewentualnym ograniczeniem w tym zakresie jest okoliczność czy dany FOU ds. niewypłacalności jest sygnatariuszem omawianej konwencji.

Przez lata Konwencja paryska (oraz Załącznik nr 1) w praktyce pozostawała w uśpieniu. Swoistym testem jej funkcjonowania stała się niewypłacalność holenderskiego zakładu ubezpieczeń INEAS w 2010 r. (CoB, 2011). Był to niewielki zakład w Holandii (portfel ok. 10 tys. zawartych umów ubezpieczenia) specjalizujący się wyłącznie w sprzedaży polis komunikacyjnych OC (*monoliner*). Z chwilą wystąpienia jego niewypłacalności okazało się jednak, że główny ciężar zaspokajania uzasadnionych roszczeń przez holenderski SOU stanowić będzie działalność transgraniczna tego zakładu. Około 90% należącego do INEAS portfela reprezentowały bowiem umowy ubezpieczenia OC zawarte przez ów zakład transgranicznie w Niemczech, Francji i Hiszpanii. Sprawa INEAS oraz towarzyszące jej okoliczności doprowadziły do zapoczątkowania prac mających na celu identyfikację podstawowych problemów związanych z właściwym funkcjonowaniem Konwencji oraz zaproponowania usprawniających ją rozwiązań. Główna uwaga skoncentrowana była na dwóch kwestiach. Po pierwsze zastanawiano się czy przyjęta w ramach Konwencji paryskiej zasada państwa macierzystego dla określenia instytucji gwarancyjnej finalnie odpowiedzialnej za zaspokajanie roszczeń osób poszkodowanych i uprawnionych jest właściwa. Po drugie, dyskutowano również nad mechanizmami finansowania SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych w ramach Konwencji, tak by z jednej strony zapewnić ich płynność finansową, z drugiej zaś – by ją rozpowszechnić na całym obszarze EOG. W przypadku pierwszej kwestii uznano, że zasada państwa macierzystego zakładu działającego w innych państwach transgranicznie jako zasada wskazująca ostatecznie odpowiedzialną instytucję gwarancyjną jest absolutnie niernaruszalna. Przedstawiciele FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych zgodzili się, że jest ona logiczną konsekwencją przyjętej zasady jednolitej licencji. Odejście od zasady państwa macierzystego wiązałoby się też z uprzednią koniecznością wprowadzenia fundamentalnych zmian w ustawodawstwie wspólnotowym, co jest mało realne (CoB, 2012). W przypadku mechanizmów finansowania, uznano z kolei, że mając na uwadze dobrowolny charakter Konwencji paryskiej (a co za tym idzie możliwość wejścia i wyjścia z porozumienia poszczególnych

FOU), konieczne jest wprowadzenie takich zmian, które by nie zniechęcały dotychczasowych sygnatariuszy w jej partycypowaniu, a wręcz przeciwnie, by zachęcały potencjalnych nowych do jej podpisania. Przy czym zmiany te miały dotyczyć nie tyle samych zasad finansowania (tj. nie proponowano odejścia od wnoszenia składek na rzecz instytucji gwarancyjnych przez zakłady prowadzące OC komunikacyjne na terytorium danego państwa), lecz ich celem było ustalenie adekwatnego poziomu obciążenia finansowego zakładów ubezpieczeń (tj. wyznaczenie rocznych limitów obłożenia składkowego na rzecz funduszy ze strony zakładów partycypujących w ich finansowaniu). Właściwe proporcje w tym zakresie, przynajmniej w pewnym stopniu miały przyczynić się do zmniejszenia obaw części SOU ds. niewypłacalności zakładów OC komunikacyjnych (szczególnie tych, które jeszcze nie są stroną Konwencji oraz tych, na których terytorium duży udział w składce OC mają zakłady działające transgranicznie), związanych z tym, że potencjalna niewypłacalność może zachwiać stabilnością rynku krajowego wskutek konieczności ponoszenia zwiększonych nakładów finansowych sektora na ich rzecz.

W efekcie prowadzonych dyskusji i prac, w dniu 9 listopada 2012 r., został podpisany Załącznik nr 2 do Konwencji paryskiej (CoB, 2012b). Fundamentalną zmianą jaką wprowadził były zapisy dotyczące zwrotu wypłaconego odszkodowania, tj. postępowania regresowego na linii FOU-wierzyciel (tj. FOU ds. niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego ustanowiony w państwie członkowskim A, w którym działał oddział lub swoboda świadczenia usług niewypłacalnego zakładu z siedzibą główną w innym państwie członkowskim B) – FOU-dłużnik (tj. FOU ds. niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego ustanowiony w państwie członkowskim B będącym miejscem siedziby głównej niewypłacalnego zakładu). Załącznik nr 2 utrzymuje ww. mechanizm postępowania regresowego i przedstawione rozwiązania szczegółowe. Jednakże dodaje w tym zakresie nowe zapisy, polegające na umożliwieniu SOU-dłużnikowi, może opóźnić zwrot wydatków na rzecz SOU-wierzyciela, jeśli całkowita kwota już zwróconych przez niego wydatków w bieżącym roku kalendarzowym, w ramach Konwencji paryskiej z 1995 r., przekroczyła 0,5% rocznej składki przypisanej brutto w grupie 10 uzyskanej przez jego rynek krajowy (rozumianej jako całkowita składka przypisana brutto krajowych i zagranicznych zakładów ubezpieczeń w zakresie umów OC komunikacyjnego dotyczących pojazdów mających stałe miejsce postoju w państwie funduszu-dłużnika), bez względu na fakt czy żądanie zwrotu wydatków dotyczy niewypłacalności jednego lub więcej zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność z tytułu OC komunikacyjnego (CoB, 2012b, art. 2.5). W okresie tzw. opóźnionej płatności odsetki ją powiększające będą obliczane na podstawie oficjalnej rocznej stopy procentowej Europejskiego Banku Centralnego, liczone od daty otrzymania pierwszego żądania zwrotu wydatków przez SOU-dłużnika do daty otrzymania przekazu przez funduszu-wierzyciela. FOU-dłużnik zamierzający skorzystać z opcji tzw. opóźnionej płatności (zwrotu), po otrzymaniu żądania zwrotu wydatków ze strony funduszu-wierzyciela, ma obowiązek w terminie 1 miesiąca od daty otrzymania ww. żądania, poinformo-

wać FOU-wierzyciela o: całkowitej sumie (kwocie), która stanowi 0,5% ww. rocznej składki przypisanej brutto z tytułu OC komunikacyjnego uzyskanej na jego rynku krajowym, jak również o całkowitej sumie (kwocie), która już została zwrócona innym SOU-wierzycielom, jeszcze przed otrzymaniem żądania zwrotu wydatków od tego SOU-wierzyciela. Brak przekazania ww. terminie, skutkować będzie niemożnością skorzystania z opcji tzw. opóźnionej płatności. Jednocześnie należy wskazać, iż ww. odsetki w ramach opcji tzw. opóźnionej płatności, muszą zostać zapłacone przed dniem 31 stycznia roku następującego po dacie, w którym żądanie zwrotu wydatków nie zostało zrealizowane.

Należy wskazać, że całość mechanizmu odszkodowawczo-regresowego (z jednej strony Konwencja paryska wraz z Załącznikiem nr 1 oraz z drugiej strony Załącznik nr 2 do Konwencji) mają charakter dobrowolny i oparte są na zasadzie wzajemności. Szczegółowa lista sygnatariuszy wszystkich dobrowolnych umów na obszarze EOG i Szwajcarii obejmujących niewypłacalność ubezpieczyciela OC komunikacyjnego (łącznie z opisaną uprzednio umową rzymską), w których przynajmniej jedną ze stron są FOU poszczególnych państw członkowskich przedstawiona została w tabeli 2.

Tabela 2. Lista porozumień odszkodowawczo-regresowych ds. niewypłacalności zakładów ubezpieczeń w zakresie OC komunikacyjnego na obszarze EOG gdzie przynajmniej jedną ze stron są FOU ds. niewypłacalności OC*

Kraj	Umowa rzymska (2008 r.)	Konwencja paryska (1995 r. + Załącznik 1 do Konwencji paryskiej)	Załącznik nr 2 do Konwencji paryskiej (2012 r.)
Austria	tak	tak	tak
Belgia	tak	tak	tak
Bułgaria	tak	nie	tak
Chorwacja	nie	nie	nie
Cypr	tak	tak	tak
Czechy	tak	tak	tak
Dania	tak	tak	tak
Estonia	tak	tak	nie
Finlandia	tak	tak	tak
Francja	tak	tak	tak
Grecja	tak	tak	tak
Hiszpania	tak	tak	tak
Holandia	tak	tak	tak
Irlandia	nie	tak	nie
Islandia	nie	nie	nie
Liechtenstein	tak	tak	tak

Kraj	Umowa rzymska (2008 r.)	Konwencja paryska (1995 r. + Załącznik 1 do Konwencji paryskiej)	Załącznik nr 2 do Konwencji paryskiej (2012 r.)
Litwa	tak	nie	nie
Luksemburg	tak	nie	nie
Łotwa	tak	nie	nie
Malta	tak	nie	nie
Niemcy	tak	tak	tak
Norwegia	tak	nie	nie
Polska	tak	tak	tak
Portugalia	tak	tak	tak
Rumunia	tak	nie	nie
Słowacja	tak	tak	tak
Słowenia	tak	tak	tak
Szwecja	nie	tak	tak
Węgry	tak	tak	tak
Wielka Brytania	tak	tak	nie
Włochy	tak	tak	tak

* Precyzując, faktycznie to nie same poszczególne państwa członkowskie są sygnatariuszami tych porozumień, lecz właściwe reprezentujące je instytucje, tj. w przypadku tzw. umowy rzymskiej chodzi o organy odszkodowawcze i FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych, a w odniesieniu do Konwencji paryskiej – jej stronami są wyłącznie SOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji Rady Biur.

Mogłoby się wydawać, że opracowanie, w końcu przez samą Radę Biur, Załącznika nr 2 do Konwencji, stanie się asumptem do rozpowszechnienia zapisów tego porozumienia na całym obszarze państw członkowskich EOG. Tak się jednak nie stało. Według stanu na dzień 1 stycznia 2017 r., SOU ds. niewypłacalności zakładów OC z 22 państw EOG ogółem (ok. 71%) było sygnatariuszami Konwencji paryskiej (lub Załącznika nr 1), natomiast jedynie z 20 krajów (ok 64% spośród wszystkich krajów EOG) – wyłącznie lub także stronami Załącznika nr 2. Stosunkowo pasywna postawa FOU z niektórych państw członkowskich odnośnie do przystępowania do tego porozumienia (mimo że wydaje się ono przynajmniej w części uwzględnić postulaty zgłaszane przy okazji wskazywaniu wad oryginalnej Konwencji Paryskiej) wynika z różnych przesłanek. Przykładowo w przypadku norweskiego i rumuńskiego sfg wskazywały one na obiektywne trudności związane z możliwością podpisania przez nie Załącznika nr 2 (nie są też stronami samej Konwencji paryskiej), polegające na istnieniu w tych krajach całkowicie odrębnych instytucji odgrywających rolę

FOU ds. niewypłacalności zakładów ubezpieczeń (w tym w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), które z kolei nie są zainteresowane ww. mechanizmem odszkodowawczo-regresowym, ponieważ nie obligują ich do tego żadne regulacje wspólnotowe (CoB, 2012b, art. 2.5). Na inne ograniczenie w swoim przypadku wskazywał HUU-chorwacki sfg (*Croatian Insurance Bureau*), który według przepisów prawa krajowego chorwackiego co prawda odpowiada za niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych (będąc tym samym SOU ds. niewypłacalności OC komunikacyjnego), jednakże w danym roku może zaspokajać roszczenia jedynie do wysokości stanowiącej równowartość 0,5% składki przypisanej brutto do skutków niewypłacalności krajowych i transgranicznych zakładów na chorwackim rynku OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zarówno w odniesieniu do zdarzeń krajowych, jak i z elementem transgranicznym łącznie, podczas gdy według Załącznika nr 2 roczny górny limit 0,5% składki przypisanej brutto, w jego ocenie dotyczy wyłącznie zwrotów wydatków na rzecz zagranicznych FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych. Zatem określony w Załączniku limit 0,5% nie obejmuje ewentualnych zobowiązań chorwackiego HUU względem wypadków stricte krajowych (tj. kiedy dochodzi do zdarzenia krajowego między posiadaczami chorwackich pojazdów mechanicznych, w którym sprawca ubezpieczony jest w chwili zdarzenia w niewypłacalnym krajowym chorwackim zakładzie ubezpieczeń), a jedynie – zobowiązania względem FOU-wierzycieli w danym roku (CoB, 2014). Z kolei CAB-litewski-sfg (*Motor Insurers' Bureau of the Republic of Lithuania*) wskazywał, że co prawda posiada on kompetencje do podjęcia interwencji w chwili wystąpienia niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego, jakkolwiek stosownie do prawa krajowego może on wypłacać odszkodowania i/lub świadczenia jedynie za szkody spowodowane przez sprawców objętych ochroną ubezpieczeniową OC jedynie z tytułu umów ubezpieczenia zawartych zgodnie z prawem litewskim (CoB, 2015, annex 2c). Z tego punktu widzenia problematycznie wygląda możliwość potencjalnego zwrotu wydatków przez FOU litewski jako SOU państwa dłużnika, gdyby wyobrazić sobie skutki niewypłacalności licencjonowanego na Litwie zakładu działającego poprzez oddział lub w trybie swobody świadczenia usług, np. w Czechach. Tam bowiem ów oddział lub swoboda świadczenia usług musiałyby wystawiać polisy OC zgodne z czeskim prawem, a to z kolei stawiałoby w trudnym położeniu litewski sfg jako FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych.

Podsumowując powyższe rozważania, należy mieć świadomość, że tak długo jak ww. wszystkie porozumienia ds. niewypłacalności ubezpieczyciela OC komunikacyjnego (zarówno umowy rzymska, Konwencja paryska z późniejszymi zmianami oraz ewentualne przyszłe porozumienia w tym zakresie) mają charakter dobrowolny i na zasadzie wzajemności oraz regulator wspólnotowy nie będzie obligować państw członkowskich do implementowania zapisów nt. niewypłacalności z tytułu OC komunikacyjnego stosownej dyrektywy, biorąc pod uwagę brak harmonizacji krajowych przepisów w tym obszarze i indywidualne uwarunkowania rynków ubezpieczeniowych poszczególnych państw członkowskich, rozpowszechnienie oraz efek-

tywne funkcjonowanie stosownych porozumień przez FOU ds. niewypłacalności ubezpieczycieli OC komunikacyjnych, będzie ograniczone.

Wydaje się jednak, że w ostatnim czasie pojawiła się szansa na zmianę istniejącego stanu rzeczy. W 2017 r. Komisja Europejska (KE) bowiem, w ramach przeglądu pod kątem potrzeby wprowadzenia ewentualnych zmian do już obowiązujących przepisów wspólnotowych, poddała pogłębionej analizie zapisy ujednoliconej dyrektywy komunikacyjnej 2009/103/EC. Jednocześnie, w lipcu br. oficjalnie rozpoczęła tzw. publiczne konsultacje otwarte dla wszystkich zainteresowanych stron z państw członkowskich, z prośbą o przesyłanie do dnia 20 października br. wszelkich uwag dotyczących funkcjonowania tej dyrektywy i wskazania ewentualnych jej braków bądź niedostatków (EC, 2017). W tym celu, w ramach prowadzonej konsultacji, przygotowała dla uczestników konsultacji szereg pytań podzielonych na kilka bloków tematycznych z prośbą o wyrażenie swojego stanowiska. Jednym z poruszanych podstawowych zagadnień jest właśnie problematyka niewypłacalności zakładów ubezpieczeń z tytułu OC komunikacyjnego (EC, 2017, s. 16–17). KE sygnalizuje w ten sposób, że dostrzega lukę w transgranicznym systemie ochrony poszkodowanych w dotychczasowych zapisach dyrektywy komunikacyjnej. Implementowanie – na poziomie wspólnotowym, na zasadzie minimalnych standardów, w ramach ww. dyrektywy – zapisów o nałożeniu na państwa członkowskie EOG obowiązku funkcjonowania w każdym państwie FOU ds. niewypłacalności zakładów ubezpieczeń OC dawałoby zupełnie nowe perspektywy stworzenia rzeczywistego, efektywnego systemu ochrony osób poszkodowanych na obszarze EOG w tego rodzaju okolicznościach zarówno w wymiarze krajowym, jak i transgranicznym.

Bibliografia

- CEA. (1995). *Convention on recourse between Guarantee Funds signed in Paris on 24th July 1995 Insolvency of a motor liability insurer operating in the Single Market*. Paris: CEA, 24th July.
- CEA. (2002). *Agreement between Compensation Bodies and Guarantee Funds*. Brussels: CEA, 29th April.
- CoB. (2007). *Addendum no 1 to Convention on recourse between Guarantee Funds signed in Paris on 24th July 1995 Insolvency of a motor liability insurer operating in the Single Market*. Madrid: CoB, 14th November.
- CoB. (2008). *Agreement between Compensation Bodies and Guarantee Funds in the event of the Insolvency of an Insurance Undertaking Providing Civil Liability Motor Insurance in the Single Market*. Rome: CoB, 6th November.
- CoB. (2011). *Coordination Committee, Meeting at CoB Secretariat*. Brussels: CoB, 8th November.
- CoB. (2012). *Coordination Committee, Meeting at CoB Secretariat*. Brussels: CoB, 18th April.
- CoB. (2012a). *Explanatory Memorandum, Convention on Recourse between Guarantee Funds – Insolvency of a motor liability insurer operating in the Single Market, non-authentic, consolidated version*. Brussels: CoB.

- CoB. (2012b). *Addendum no 2 to Convention on recourse between Guarantee Funds signed in Paris on 24th July 1995 Insolvency of a motor liability insurer operating in the Single Market*. Vienna: CoB, 9th November.
- CoB. (2014). *Annex 3.3 – Analysis of the flaws in the Codified Motor Insurance Directive (MID or the Directive)*. Coordination Committee Meeting. Brussels: CoB, 30th April.
- CoB. (2015). Revision of 1995 Agreement WG. Brussels: CoB, 20th January, annex 2c.
- CoB. (2015a). Working Group on Compensation Bodies and Guarantee Funds. Brussels: CoB, 21st January, annex 6.2.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona). (Tekst mający znaczenie dla EOG) (D. Urz. UE, 7.10.2009, PL, L263/11).
- EC. (2017). *Public consultation on REFIT Review of Directive 2009/103/EC on motor insurance*, July.
- GUS. (2017). *Transport. Wyniki działalności w 2016 r.* Warszawa: GUS.
- KRBRD. (2016). *Wycena kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec roku 2015 z wyodrębnieniem średnich kosztów społeczno-ekonomicznych wypadków na transeuropejskiej sieci transportowej*. Warszawa: Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, listopad 2016.
- Lazari, F. (2014). *Report to the 10th Annual Conference – Working Group on the Revision of the 1995 Agreement*. 10th Annual Conference of Compensation Bodies and Guarantee Funds. Budapest: CoB, 13th November.
- Ludwichowska, K. (2011). *Koncepcja no-fault w kompensacji szkód komunikacyjnych*. W: K. Ludwichowska (red.), *Kompensacja szkód komunikacyjnych. Nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe*, Warszawa: Wydawnictwo Potext.
- Minutes of IFIGS Committee Meeting*, 22nd October 2013.
- Minutes of the Executive Committee IFIGS Meeting*, 12th May 2014.
- Minutes to the Meeting*, Working Group on the revision of the 1995 Agreement, Brussels, 20th January 2015.
- Monkiewicz, M. (2012). *Bezpieczeństwo rynku ubezpieczeniowego UE a systemy gwarancyjne pewności ochrony ubezpieczeniowej. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Potext.
- Transfer agreement between Le Comité Européen des Assurances and Conseil des Bureaux of 14th November 2006*.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.).

MARIUSZ WICHTOWSKI*

Transgraniczne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w kontekście brexitu (wybrane zagadnienia)

Streszczenie

Rozwój motoryzacji i coraz większa dostępność pojazdów mechanicznych spowodowały konieczność wprowadzenia obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych w poszczególnych państwach, rozwój ruchu międzynarodowego zaowocował zaś utworzeniem międzynarodowego Systemu Zielonej Karty umożliwiającego swobodne przemieszczanie się pojazdami mechanicznymi między poszczególnymi państwami w oparciu o jeden zunifikowany certyfikat ubezpieczeniowy – „zielona karta” bądź też w oparciu o domniemanie istnienia ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego.

Funkcjonujący obecnie system gwarancji dla poszkodowanych w wyniku wypadków komunikacyjnych oraz ubezpieczonych w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ma charakter komplementarny. Zabezpiecza zarówno prawa w kraju zamieszkania/siedziby konsumenta, jak i w przypadku zdarzeń zaistniałych w krajach przez niego odwiedzanych.

Mając powyższe na uwadze, należy zauważyć, iż spodziewane w marcu 2019 roku wystąpienie Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej, oprócz skutków polityczno-gospodarczych, będzie mieć również istotny wpływ na możliwość utrzymania dotychczasowych zasad swobodnego przemieszczania się pojazdami mechanicznymi między krajami Unii Europejskiej i Zjednoczonego Królestwa, a przede wszystkim na utrzymanie gwarancji w zakresie dochodzenia roszczeń w przypadku zaistnienia zdarzeń transgranicznych skutkujących koniecznością wypłat świadczeń odszkodowawczych.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia transgraniczne, ochrona poszkodowanych, wypadki transgraniczne, zielona karta, brexit.

Abstract

The development of motorization and the increasing availability of motor vehicles have made it necessary to introduce compulsory Motor Third Party Liability Insurance in individual countries and the development of international traffic has resulted in the creation of the international Green Card System that allows free movement of motor vehicles between countries based on one unified insurance certificate – "Green Card" or based on the presumption of valid MTPL insurance of the motor vehicle owner.

* Mariusz Wichtowski – Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, ul. Świętokrzyska 14, 03-976 Warszawa; e-mail: m.wichtowski@pbuk.pl.

The guarantee system currently in operation for injured in road traffic accidents and those insured under compulsory motor third party liability insurance is of complementary nature. It protects both the rights in the country of residence of the consumer, as well as in the case of accidents occurring in the visited countries. Bearing in mind the above, it should be noted that the expected exit of the United Kingdom of Great Britain from the European Union in March 2019, in addition to the political and economic effects, will also have a significant impact on the ability to maintain the current principle of free movement of motor vehicles between the United Kingdom and the European Union countries and, above all, to maintain the guarantee for claims in the cross-border accidents resulting in the need to pay compensation benefits.

Keywords: cross-border Insurance, protection of victims, cross-border accidents, green card, "Brexit".

Wprowadzenie

Celem rozdziału jest przedstawienie podstawowych zasad i powiązań umożliwiających funkcjonowanie transgranicznych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Istotą ich funkcjonowania jest realne zabezpieczenie prawa konsumentów – ubezpieczonych i poszkodowanych. Możliwe jest to między innymi poprzez wprowadzenie norm określających minimalny poziom gwarancji oraz trybu ich dochodzenia. Nie bez znaczenia jest również istnienie i działalność instytucji odpowiedzialnych za wdrożenie i realizację tych norm. System powiązań i zasady współpracy – określone prawem międzynarodowym bądź umowami międzynarodowymi – między różnymi instytucjami lub organizacjami umożliwia sprawne wykonywanie ciężących na nich obowiązków.

1. Rys historyczny

Pojęcie „transgraniczności” w zakresie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych odnosi się do wszelkich aspektów dotyczących zarówno samego faktu zawarcia stosownego ubezpieczenia pozwalającego na przemieszczanie się pojazdem mechanicznym pomiędzy różnymi państwami, jak i konsekwencjami braku takiegoż ubezpieczenia. Ma ono jednak również zastosowanie do kwestii zabezpieczenia istotnych interesów poszkodowanych w wypadkach transgranicznych, także funkcjonowania instytucji (prawnych i organizacyjnych) mających na celu te interesy zabezpieczać.

Istotą ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych jest zagwarantowanie poszkodowanemu realnego prawa do świadczeń odszkodowawczych, a także uwolnienie posiadacza pojazdu od ciężarów finansowych, mogących spoczywać na sprawcy wypadku w zakresie zdarzeń określonych w umowie.

W miarę rozwoju motoryzacji dobrowolne ubezpieczenie przekształcało się w obowiązkowe. Władze poszczególnych krajów, uwzględniając pozytywne doświad-

czenia państw nordyckich w latach 30. XX wieku, będących prekursorami w tym zakresie, sukcesywnie wprowadzały przymus ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z ruchem pojazdu.

Terytorialny zakres ubezpieczenia był ograniczony wyłącznie do obszaru jednego państwa. Przemieszczając się między różnymi państwami zachodziła konieczność wykupienia na granicach odpowiedniego ubezpieczenia pokrywającego szkody (ubezpieczenia granicznego), jakie mogły być wyrządzone ruchem pojazdu zarejestrowanego w innym kraju, a zaistniałe na terenie państwa odwiedzanego.

System taki w istotny sposób utrudniał swobodne przemieszczanie się pojazdami mechanicznymi między różnymi państwami, nakładając na posiadaczy pojazdów mechanicznych dodatkowe ciężary finansowe w postaci konieczności wykupienia na każdej granicy stosownego ubezpieczenia granicznego.

Mając na uwadze potrzebę wprowadzenia ułatwień w tej mierze, a jednocześnie konieczność zabezpieczenia realnego prawa poszkodowanych do uzyskania danego świadczenia odszkodowawczego, pożądanym było wprowadzenie porozumień transgranicznych, które pozwalałyby na wprowadzenie jednolitego i łatwo rozpoznawalnego systemu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego. Realizując tę ideę, państwa nordyckie przyjęły porozumienie o wspólnym jednolitym certyfikacie ubezpieczeniowym potwierdzającym istnienie gwarancji ubezpieczeniowych wystawionych przez zakład/rynek ubezpieczeń właściwy dla kraju rejestracji pojazdu. Z natury rzeczy system taki nakładał na organy państwa konieczność sprawdzania czy wjeżdżający do danego kraju legitymują się posiadaniem tego rodzaju certyfikatu.

Kolejnym ułatwieniem było przyjęcie rozwiązania przyjmującego, iż wobec obowiązkowości ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z ruchem pojazdu, każdy pojazd zarejestrowany/posiadacz pojazdu zamieszkały w jednym z tych krajów podlega temu obowiązkowi i jest w tym zakresie ubezpieczony. Tym samym przejęte zostało domniemanie zakładające formalne istnienie ubezpieczenia pozwalające na poruszanie się pomiędzy państwami bez konieczności zawierania dodatkowych ubezpieczeń bądź też przedstawiania specjalnych certyfikatów.

2. Unormowania prawne i organizacyjne

Przyjęcie w roku 1949 Rekomendacji nr 5 Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ¹ umożliwiło wprowadzenie na obszarze Europy jednolitego rozwiązania umożliwiającego swobodne przemieszczanie się pomiędzy poszczególnymi krajami w oparciu o jednolity dokument ubezpieczeniowy: Zieloną Kartę.

Praktyczne wprowadzenie w życie tego rozwiązania możliwe było w oparciu o zawarcie szeregu dwustronnych umów, które regulowały prawa i obowiązki biur

¹ Rekomendacja nr 5 Europejskiej Komisji Gospodarczej Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 25 stycznia 1949 r.

narodowych reprezentujących poszczególne rynki ubezpieczeniowe działające w ramach Rady Biur Systemu Zielonej Karty. Jednym z warunków członkostwa było i pozostaje wprowadzenie na terenie danego państwa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Wprowadzanie tego ubezpieczenia w poszczególnych państwach początkowo odbywało się na podstawie suwerennej decyzji podejmowanej w poszczególnych krajach. Dopiero Pierwsza Dyrektywa Komunikacyjna² ustanowiła obowiązek wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej we wszystkich krajach Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej³.

Funkcjonowanie Systemu Zielonej Karty możliwe jest dzięki zastosowaniu zasady wzajemności zarówno w zakresie uznawania certyfikatów Zielonej Karty przy wjeździe do innego kraju, jak i realizowania zobowiązań wynikających z finansowych konsekwencji wypadków drogowych powodowanych przez legitymujących się takim certyfikatem w kraju odwiedzanym. Należy przy tym podkreślić, iż system nie opiera się na istnieniu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z ruchem pojazdu. Istota jego funkcjonowania zakłada obowiązek okazania stosownego certyfikatu Zielonej Karty przy przekraczaniu granicy, sam zaś fakt jego wydania powiązany jest z zawarciem dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego w ruchu zagranicznym.

W miarę rozwoju motoryzacji i wzrostu ruchu transgranicznego wprowadzane były kolejne ułatwienia opierające się początkowo na zawartych umowach bilateralnych między poszczególnymi biurami narodowymi, a następnie przystępowaniem do Wielostronnego Porozumienia Gwarancyjnego w ramach Systemu Zielonej Karty. Przystąpienie do Porozumienia uwarunkowane było spełnieniem przez poszczególne rynki ubezpieczeniowe określonych warunków, w tym udzieleniem gwarancji – przyjęcia odpowiedzialności – przez biuro narodowe właściwe dla miejsca rejestracji pojazdu za skutki wypadku spowodowanego w kraju odwiedzanym w oparciu o sam fakt zaopatrzenia pojazdu w stosowne tablice rejestracyjne bez względu na fakt czy pojazd był lub nie był ubezpieczony.

Rozwinięcie tego rozwiązania znalazło swoje odbicie w Trzeciej Dyrektywie Komunikacyjnej⁴, która mając na uwadze ściślejsze powiązanie rynków ubezpieczeniowych UE określiła, iż zakres obowiązkowego ubezpieczenia posiadacza pojazdu

² Dyrektywa Rady z dnia 24 kwietnia 1972 r. z dnia 24 kwietnia 1972 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (72/166/EWG) – Pierwsza Dyrektywa Komunikacyjna.

³ Organizacja powołana 1 stycznia 1958 na mocy traktatów rzymskich jako Europejska Wspólnota Gospodarcza (EWG) przez Francję, Republikę Federalną Niemiec, Włochy, Belgię, Holandię i Luksemburg w dniu 25 marca 1957; była poprzedniczką Unii Europejskiej.

⁴ Trzecia Dyrektywa Rady z dnia 14 maja 1990 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych (90/232/EWG).

mechanicznego obejmuje cały obszar Unii Europejskiej w oparciu o jedną składkę ubezpieczeniową (*single risk*). Tym samym wszystkie rynki członkowskie zobowiązane zostały do przystąpienia do Porozumienia Wielostronnego.

Obowiązujące obecnie Porozumienie Wielostronne⁵ przyjmuje istnienie stosownego ubezpieczenia w oparciu o fakt zarejestrowania pojazdu w jednym z krajów, których biura narodowe są członkami powyższego Porozumienia. Należy dodać, iż członkami Porozumienia są rynki ubezpieczeniowe reprezentujące państwa członkowskie Europejskiego Obszaru Gospodarczego⁶ UE, a także Andory, Serbii i Szwajcarii. Tym samym zagwarantowane zostało swobodne poruszanie się pojazdami mechanicznymi po obszarze obejmującym terytoria wszystkich wymienionych wyżej krajów.

Wprowadzone w ramach Systemu Zielonej Karty, a także Trzecią Dyrektywą Komunikacyjną ułatwienia w swobodnym ruchu pojazdów mechanicznych stworzyły nie tylko nowe możliwości dla posiadaczy pojazdów mechanicznych, lecz także nałożyły stosowne obowiązki na poszczególne rynki ubezpieczeniowe umożliwiające wdrożenie takiego systemu.

Podstawowym warunkiem było i pozostaje udzielenie sobie nawzajem przez Biura Narodowe sygnatariuszy Porozumienia Wielostronnego stosownych gwarancji finansowych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych w krajach odwiedzanych. Gwarancje te powiązane są z faktem samego zarejestrowania pojazdu w jednym z krajów sygnatariuszy Porozumienia, a nie z istnieniem stosownego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Oznacza to w istocie, iż odpowiedzialność za skutki wypadku obejmuje również skutki wypadków spowodowanych przez kierujących pojazdami nieubezpieczonymi.

Niezależnie od gwarancji udzielanych przez biura narodowe i ich finansowego zaangażowania, także funkcjonowanie stosownych funduszy gwarancyjnych – w krajach członkowskich EOG w oparciu o Drugą Dyrektywę Komunikacyjną⁷ – w poszczególnych krajach umożliwiła wzajemną regulację zobowiązań między poszczególnymi rynkami ubezpieczeniowymi wynikających ze szkód spowodowanych ruchem pojazdów nieubezpieczonych.

Jednym z podstawowych pryncypiów w tym zakresie jest zasada wzajemności gwarantująca sprawne rozliczanie wypłat świadczeń na rzecz poszkodowanych oraz

⁵ Porozumienie Wielostronne – umowa między biurami narodowymi będąca podstawą wzajemnych relacji między nimi w związku z przyjęciem domniemania istnienia ubezpieczenia na podstawie umiejscowienia rejestracji pojazdu – dokument wewnętrzny Rady Biur.

⁶ Europejski Obszar Gospodarczy (EOG) – strefa wolnego handlu i Wspólny Rynek, obejmujące państwa Unii Europejskiej i Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), z wyjątkiem Szwajcarii.

⁷ Druga Dyrektywa Rady z dnia 30 grudnia 1983 w sprawie zbliżenia ustawodawstwa państw członkowskich dotyczącego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikającej z użytkowania pojazdów mechanicznych (84/5/EWG).

rozliczanie zobowiązań między zaangażowanymi podmiotami – biurami narodowymi i funduszami gwarancyjnymi.

Odrębną kwestią jest zapewnienie ochrony poszkodowanym, którzy brali udział w zdarzeniach drogowych w kraju odwiedzanym. Czwarta Dyrektywa Komunikacyjna⁸ wprowadziła uregulowania zabezpieczające interesy poszkodowanych, wskazując jednocześnie na konieczność stworzenia określonych ram prawnych oraz instytucjonalnych w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej. W przeciwieństwie do Porozumienia Wielostronnego normy wynikające z Czwartej Dyrektywy Komunikacyjnej obejmują wyłącznie terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Wprowadzone nowe uregulowania zakładają współdziałanie biur narodowych, funduszy gwarancyjnych, organów odszkodowawczych oraz centrów informacyjnych z poszczególnymi państwami członkowskimi. W celu realizacji norm z niej wynikających Dyrektywa zobowiązała w/w podmioty do zawarcia stosownych umów regulujących ich wzajemne prawa i obowiązki.

Abstrahując od istoty gwarancji odszkodowawczych na rzecz poszkodowanych należy podkreślić, iż realizacja zadań w/w podmiotów oparta jest na dwóch umowach wielostronnych: pomiędzy funduszami gwarancyjnymi i organami odszkodowawczymi w zakresie podstaw podejmowania działań w celu realizacji świadczeń na rzecz poszkodowanych i realizacji wynikających z tego wzajemnych zobowiązań finansowych oraz umowę między centrami informacyjnymi w zakresie przepływu informacji o zawartych umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zarówno Porozumienie Wielostronne, jak i Czwarta Dyrektywa Komunikacyjna opierają się na fakcie istnienia obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz domniemanie zawarcia takiegoż ubezpieczenia i powiązania go z faktem zarejestrowania w jednym z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego – w przypadku Czwartej Dyrektywy Komunikacyjnej bądź też w kraju, którego Biuro Narodowe jest sygnatariuszem Porozumienia Wielostronnego – w przypadku Systemu Zielonej Karty. Mimo istnienia obowiązku zawarcia takiego ubezpieczenia część pojazdów lub/ ich posiadaczy nie jest – z różnych powodów – objęta stosownymi umowami ubezpieczenia.

Należy podkreślić, iż na zobowiązania zaangażowanych w obu przypadkach podmiotów nie ma wpływu czy stosowne ubezpieczenie zostało faktycznie zawarte, czy też przedmiot/podmiot ubezpieczenia pozostaje bez stosownej ochrony potwierdzonej polisą ubezpieczeniową.

⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2000/26/WE z dnia 16 maja 2000 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zmieniająca dyrektywy Rady 73/239/EWG i 88/357/EWG (czwarta dyrektywa w sprawie ubezpieczeń komunikacyjnych).

Niezależnie od woli zaangażowanych podmiotów realizacja świadczeń na rzecz poszkodowanych i wzajemne rozliczenia mogły być zakłócone przez fakt zaistnienia niewypłacalności (bankructwa) ubezpieczyciela zobowiązanego do świadczeń odszkodowawczych.

Sytuację utrudniają także różne formy zagranicznej działalności ubezpieczycieli. O ile ubezpieczyciel prowadzi działalność wyłącznie na terenie kraju swojej siedziby, kwestie zobowiązań transgranicznych gwarantowane są, w zależności od sytuacji faktycznej właściwej dla miejsca wypadku i jego uczestników, poprzez System Zielonej Karty bądź też w przypadku okoliczności wypadku przewidzianych Czwartą Dyrektywą Komunikacyjną na podstawie umowy z 2008 między organami odszkodowawczymi a funduszami gwarancyjnymi przewidującej zasady wzajemnej współpracy i rozliczeń na wypadek niewypłacalności ubezpieczyciela w jednym z krajów EOG. Przewiduje ona czynną likwidację szkód przez organ odszkodowawczy właściwy dla siedziby poszkodowanego i zasady zwrotu wypłaconych świadczeń i kosztów przez fundusz gwarancyjny właściwy dla siedziby niewypłacalnego ubezpieczyciela. Ten schemat zbudowany jest analogicznie do przewidzianego w art. 25 Dyrektywy Komunikacyjnej⁹.

Mając na uwadze istnienie wspólnego rynku ubezpieczeniowego i zasadę jednolitej licencji na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej obowiązującej na obszarze całego EOG, zakład ubezpieczeń może działać na terenie innego kraju członkowskiego na podstawie swobody świadczenia usług (FOS) lub swobody tworzenia oddziałów (FOE), w obu przypadkach na podstawie notyfikacji za pośrednictwem organu nadzoru ubezpieczeniowego właściwego dla siedziby zakładu ubezpieczeń.

W takim przypadku skutki niewypłacalności mogą dotyczyć bezpośrednio ubezpieczonych w wielu krajach, w których działalność taka była prowadzona, a jednocześnie poszkodowanych w wypadkach zaistniałych na terenie krajów aktywności ubezpieczeniowej, ale również innych krajów objętych Porozumieniem Wielostronnym.

Mając na uwadze import/eksport działalności ubezpieczeniowej w ramach EOG zachodzi potrzeba zabezpieczenia interesów poszczególnych funduszy gwarancyjnych z państw, w których niewypłacalny ubezpieczyciel prowadził taką bezpośrednią działalność ubezpieczeniową. System organizacji i finansowania poszczególnych funduszy gwarancyjnych winien przewidywać ich zaangażowanie (w tym finansowe) w proces wypłat świadczeń odszkodowawczych na rzecz poszkodowanych z ruchu pojazdów ubezpieczonych u niewypłacalnego ubezpieczyciela.

⁹ Dyrektywa Komunikacyjna Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona). Powyższa Dyrektywa jest wersją skonsolidowaną pięciu wcześniej wydanych dyrektyw komunikacyjnych. Jako taka nie wprowadza żadnych nowych uregulowań. Konsolidacja miała na celu wyłącznie ujednoczenie tekstów wydanych w czasie od 1972–2005 roku.

Wymiar finansowego zaangażowania zależy oczywiście od skali działalności zakładu ubezpieczeń. W przypadku działalności w innych państwach EOG na zasadzie jednolitej licencji¹⁰ niesie ze sobą istotne problemy związane z wielkością poszczególnych rynków ubezpieczeniowych.

Mając powyższe na uwadze w roku 1995 zawarta została umowa między funduszami gwarancyjnymi¹¹, której zadaniem jest określenie i alokacja zaangażowania finansowego poszczególnych funduszy gwarancyjnych w procesie wzajemnego rozliczania należności między nimi w związku z wypłatą świadczeń na rzecz poszkodowanych.

Jako podstawę przyjęto założenie, iż konsekwencje finansowe z tytułu niewypłacalności zakładu ubezpieczeń powinny zostać poniesione przez rynek/fundusz gwarancyjny, w którym miał miejsce nadzór finansowy (miejsce wydania licencji)¹². W konsekwencji stosuje się mechanizm przewidujący, iż fundusz gwarancyjny właściwy do likwidacji szkód (w miejscu zdarzenia) otrzymuje zwrot wydatkowanych środków na wypłatę świadczeń odszkodowawczych od funduszu gwarancyjnego siedziby zakładu ubezpieczeń.

Niezależnie od uwarunkowań organizacyjnych i funkcjonalnych niezmiennie ważnym jest stosowanie prawa właściwego do rozpatrywania roszczeń poszkodowanych w wypadkach transgranicznych.

Podstawowe normy określone w konwencji haskiej¹³ i rozporządzeniu Rzym II¹⁴ stanowią o prawie właściwym, które jednak mogło być prawem innego państwa. Prowadzenie likwidacji szkód transgranicznych wymaga zatem zastosowania norm kolizyjnych oraz zastosowania często prawa materialnego właściwego dla obcego systemu prawnego. Skuteczna realizacja zadań w tym zakresie możliwa jest jedynie pod warunkiem współpracy między zaangażowanymi podmiotami, w tym w szczególności biurami narodowymi Systemu Zielonej Karty, organami odszkodowawczymi i funduszami gwarancyjnymi.

¹⁰ Zasada: Single market principle.

¹¹ Umowa o regresie między funduszami gwarancyjnymi EOG w przypadku niewypłacalności ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej komunikacyjnej operującego na zasadzie jednolitego rynku – dokument wewnętrzny Rady Biur.

¹² Zasada: home country control principle.

¹³ Konwencja o prawie właściwym dla wypadków drogowych z dnia 4 maja 1971 r.

¹⁴ Rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych („Rzym II”).

3. Potencjalne skutki wystąpienia Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej (brexit)

Całkowite wystąpienie Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej (oraz EOG) oznaczać będzie ustanie członkostwa we wspólnym rynku (*single market*) ubezpieczeniowym.

Przyjęcie przez brytyjski parlament *The European Union (Withdrawal) Bill*” (*Great Repeal Bill*), czyli „Wielkiej Ustawy Anulującej” spowoduje derogację *European Communities Act*¹⁵ (1972) przewidującego prymat ustawodawstwa unijnego.

Zmiana sytuacji prawnej może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie rynku brytyjskiego w zakresie obowiązkowych transgranicznych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zarówno w zakresie ochrony konsumentów, jak i wzajemnych relacji między organizacjami ubezpieczeniowymi.

W zakresie członkostwa w Systemie Zielonej Karty Brytyjskie Biuro Narodowe pozostanie członkiem Rady Biur, jednakże nie będzie już z mocy prawa wspólnotowego poddane zasadom wynikającym z Dyrektywy Komunikacyjnej przewidującej konieczność przystąpienia do Porozumienia Wielostronnego. Jednakże mając na uwadze pragmatyzm wynikający z chęci zabezpieczenia dotychczasowych praw konsumentów, w tym utrzymania dotychczasowych zasad przemieszczania się pojazdami mechanicznymi po całym obszarze objętym Porozumieniem, należy założyć utrzymanie w nim członkostwa na zasadzie dobrowolnej akcesji.

W przypadku innych norm wynikających z Dyrektywy Komunikacyjnej w szczególności systemu ochrony gości, należy mieć na uwadze całkowite wygaśnięcie wszelkich praw prokonsumenckich oraz zobowiązań ustanowienia/upoważnienia organizacji ubezpieczeniowych w zakresie zabezpieczenia ich realizacji. Tym samym wygaśnięcie podstawa do dalszej obsługi poszkodowanych w ramach Czwartej Dyrektywy przez reprezentantów ds. roszczeń, fundusz gwarancyjny, organ odszkodowawczy oraz ośrodek informacji. W tym ostatnim przypadku będzie możliwość podpisania dobrowolnej umowy z innymi ośrodkami informacyjnymi o przekazywaniu danych dotyczących ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (np. istnienia ubezpieczenia, danych ubezpieczonego, dane zakładu ubezpieczeń, historii ubezpieczenia), jednakże z zachowaniem wszelkich norm wspólnotowych w zakresie ochrony danych osobowych.

Wygasną zarazem zobowiązania Zjednoczonego Królestwa do przyjęcia minimalnych sum gwarancyjnych obowiązujących w krajach EOG, a także prawa ubezpieczonych w przypadku pojazdów importowanych z krajów EOG¹⁶.

¹⁵ Ustawa Parlamentu Zjednoczonego Królestwa umożliwiająca przystąpienie Zjednoczonego Królestwa do Wspólnoty Europejskiej poprzez podpisanie traktatu akcesyjnego podpisanego 22 stycznia 1972 r.; traktat przewidywał między innymi inkorporowanie prawa wspólnotowego, w tym jurysdykcji oraz orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości do krajowego prawa Zjednoczonego Królestwa.

¹⁶ Piąta Dyrektywa Komunikacyjna (*despatched vehicles*).

Jednocześnie przestaną obowiązywać normy umożliwiające poszkodowanym dochodzenie roszczeń przed sądem właściwym dla ich miejsca zamieszkania¹⁷. Nie bez znaczenia będzie również brak możliwości poddania sporów w zakresie dochodzonych roszczeń prawu materialnemu miejsca zamieszkania/siedziby poszkodowanych¹⁸. Dotyczyć to będzie zarówno obywateli brytyjskich w przypadku zdarzeń zaistniałych w krajach EOG, jak i poszkodowanych zamieszkałych w krajach EOG z tytułu wypadków mających miejsce na terenie Zjednoczonego Królestwa.

Wystąpienie z Unii Europejskiej będzie miało również konsekwencje dotyczące działalności zakładów ubezpieczeń na podstawie jednolitej licencji (*Single European Passport*) umożliwiającej obecnie działalność w pozostałych krajach EOG w oparciu o zasadę FOS lub FOE. Tym samym bezprzedmiotowe stanie się uczestnictwo w umowie między funduszami gwarancyjnymi w sprawie niewypłacalności ubezpieczycieli.

Podsumowanie

Wszelkie normy wymagają ich wprowadzenia i egzekwowania. W przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych istotnym jest zabezpieczenie praw zarówno ubezpieczonych, jak i poszkodowanych w zdarzeniach komunikacyjnych.

Transgraniczny charakter funkcjonowania tegoż ubezpieczenia wymusza koordynację działań różnych podmiotów z wielu krajów – w zależności od systemu: z Systemu Zielonej Karty (2017 rok – 47 członków reprezentujących 48 rynków ubezpieczeniowych) bądź też krajów EOG.

W zakresie merytorycznego rozpatrywania roszczeń poszkodowanych mają zastosowanie odpowiednie normy prawa cywilnego poszczególnych państw, natomiast system organizacyjny i jego funkcjonalność zależne są od wzajemnych powiązań organizacyjnych. Niezależnie do wynikających z umów międzynarodowych lub też norm prawa Unii Europejskiej podstawą sprawności funkcjonowania gwarancji oparta jest na zasadzie wzajemności.

Zmiany statusu prawnego poszczególnych państw – członkostwo w EOG – mogą mieć zasadnicze znaczenie dla zakresu ochrony konsumentów i zakres współpracy pomiędzy organizacjami ubezpieczeniowymi i ich wzajemne zobowiązania.

¹⁷ Rozporządzenie Rady (WE) nr 44/2001 z dnia 22 grudnia 2000 r. w sprawie jurysdykcji i uznawania orzeczeń sądowych oraz ich wykonywania w sprawach cywilnych i handlowych.

¹⁸ Rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II).

Bibliografia

- Dyrektywa Rady (72/166/EWG) z dnia 24 kwietnia 1972 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz.U. L 103 z 2.5.1972).
- Trzecia Dyrektywa Rady z dnia 14 maja 1990 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych (90/232/EWG) (Dz.U. L 129, s. 33).
- Druga Dyrektywa Rady z dnia 30 grudnia 1983 w sprawie zbliżenia ustawodawstwa państw członkowskich dotyczącego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikającej z użytkowania pojazdów mechanicznych (84/5/EWG) (Dz.U. 1984, L 8, s. 17).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2000/26/WE z dnia 16 maja 2000 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zmieniająca dyrektywy Rady 73/239/EWG i 88/357/EWG (czwarta dyrektywa w sprawie ubezpieczeń komunikacyjnych) (Dz. Urz. L 181, 20/07/2000 P. 0065-0074).
- Dyrektywa Komunikacyjna Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona).
- Rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych („Rzym II”).
- Ustawa Parlamentu Zjednoczonego Królestwa umożliwiająca przystąpienie Zjednoczonego Królestwa do Wspólnoty Europejskiej poprzez podpisanie traktatu akcesyjnego podpisanego 22 stycznia 1972 r.
- Rozporządzenie Rady (WE) nr 44/2001 z dnia 22 grudnia 2000 r. w sprawie jurysdykcji i uznawania orzeczeń sądowych oraz ich wykonywania w sprawach cywilnych i handlowych
- Rozporządzenie (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II).

ANNA POPIOŁEK*

Regulacje skierowane do sektora bankowego i ubezpieczeniowego nie zapobiegają kryzysom finansowym

Streszczenie

W czasach, kiedy ryzyko wystąpienia zawirowań na światowych rynkach jest dużo bardziej prawdopodobne niż jeszcze kilka lat temu, rządy i instytucje nadzorcze poszukują rozwiązań, które uodporniły światową gospodarkę na ewentualne turbulencje i wzmocniły trwałość wzrostu gospodarczego. W niniejszym rozdziale zbadano, na ile kolejne regulacje zwiększają bezpieczeństwo sektora i pozytywnie wpływają na ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się kolejnych kryzysów. Opracowanie składa się z czterech części. Dwie pierwsze mają charakter wprowadzający do zasadniczej tematyki opracowania. Na początku przedstawiono sytuację finansowego sektora bankowego w Polsce i na świecie. W drugiej części omówiono najważniejsze regulacje sektora bankowego i ubezpieczeniowego. W kolejnych dwóch częściach zaprezentowano przegląd literatury przedmiotu, uwzględniając opinie ekonomistów co do adekwatności wprowadzanych regulacji i ich celu. Przegląd literatury uprawnia do twierdzenia, że wprowadzane regulacje mające na celu ograniczenie skutków kolejnych ewentualnych szoków gospodarczych nie uchronią światowej gospodarki przed ewentualnymi kolejnymi zawirowaniami.

Słowa kluczowe: światowy kryzys finansowy, przyczyny i skutki kryzysu finansowego.

Abstract

Governments and regulators are looking for solutions that made the world economy immune to possible turbulence and strengthen economic sustainability. In this article, the author examines how regulations increase the safety of the sector and positively influence on the risk of crises. The study consists of four parts. The first two are introductory to the subject matter of the study. First presents the financial situation of the banking sector in Poland. The second part discusses the most important regulations of the banking and insurance sector. In the next two sections there is presented a review of literature, taking into account the opinions of economists as to the adequacy of introduced regulations and their purpose. A review of literature shows that the regulations will not protect the global economy from possible further turbulence.

Keywords: global financial crisis, causes and effects of the financial crisis.

* Dr Anna Popiołek – Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; dziennikarz w Gazecie Wyborczej; e-mail: anna.elzbieta.popiolek@gmail.com.

Wprowadzenie

Dziesięć lat temu rozpoczął się jeden z największych kryzysów finansowych, jakie kiedykolwiek dotknęły gospodarkę światową. W warunkach niestabilności finansowej szczególnego znaczenia nabiera problematyka nadzoru nad instytucjami finansowymi.

W związku z sytuacją kryzysową, wywołaną pęknięciem bańki spekulacyjnej na amerykańskim rynku nieruchomości w 2008 r., światowa branża finansowa doświadczyła bezprecedensowych zawirowań. Kryzys ten odkrył mankamenty polityki gospodarczej poszczególnych krajów europejskich i Stanów Zjednoczonych, szczególnie braki w regulacjach i obowiązków instytucji nadzorców.

Pośród krajów dotkniętych skutkami zawirowań, Polska odczuła ten kryzys w niewielkim stopniu. Udało się to głównie dzięki stabilnemu systemowi bankowemu i ostrożnej polityce zarządzania bankami. Pozostałym krajom nie udało się uniknąć konsekwencji światowego kryzysu, dlatego rządy, europejskie i krajowe instytucje nadzorcze starają się obecnie, aby regulacje nakładane na instytucje finansowe przez organy państwowe nabrały większego znaczenia. Coraz mniej państw decyduje się na niczym nieograniczony wolny rynek, a rządzący przyznają, że niektóre obszary powinny być kontrowane.

To szczególnie istotne teraz, kiedy Unia Europejska stoi w obliczu zminimalizowania negatywnych skutków wychodzenia Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej, czyli tzw. brexitu. Wyzwaniem dla nadzorców jest również uspokojenie nastrojów związanych z rozwojem gospodarki elektronicznej oraz cyberprzestępczością.

W czasach, kiedy ryzyko wystąpienia zawirowań na światowych rynkach jest bardziej prawdopodobne niż jeszcze kilka lat temu, rządy i instytucje nadzorcze poszukują rozwiązań, które uodporniłyby światową gospodarkę na ewentualne turbulencje i wzmocniły trwałość wzrostu gospodarczego.

Przegląd literatury przedmiotu zarówno krajowej, jak i zagranicznej stawia pod znakiem zapytania skuteczność wprowadzania dodatkowym regulacji, ponieważ w rzeczywistości nie mają one szans ograniczyć negatywnego wpływu i rozprzestrzeniania się ewentualnych kolejnych kryzysów gospodarczych. Choć ekonomiści są podzieleni, większość z nich nie wierzy, że nadmierna regulacja potrafi powstrzymać kolejne wybuchy kryzysów. Częściowo dlatego, że sytuację i potencjalne przyczyny perturbacji na rynku finansowym są nie do przewidzenia, a częściowo dlatego, że reguluje się tylko wybrany fragment działalności banków, towarzystw ubezpieczeniowych i innych instytucji finansowych.

1. Sytuacja sektora bankowego w Polsce i na świecie

Ubiegły rok był pierwszym od czasu wybuchu kryzysu finansowego w 2008 r., w którym wzrost udzielanych kredytów konsumenckich osiągnął dwucyfrowy wzrost. Jak wynika z danych European Federation of Finance House Associations, w 2016 r.

wartość udzielonych kredytów konsumpcyjnych była o 10,8% wyższa niż rok wcześniej. Z kolei o 15,2% wzrosła wartość nowo udzielonych kredytów dla firm. Dwucyfrową wartość wzrostu nowo uruchomionych kredytów konsumenckich zanotowano w większości krajów, przy czym największą dynamikę zanotowano na rynku portugalskim i holenderskim, gdzie wzrosty osiągnęły blisko 20% (EUROFINAS, 2017).

Instytucje finansowe na Starym Kontynencie udzieliły kredytów na kwotę 23,6 bln euro. W podziale na kraje, najwięcej kredytów udzielono w Niemczech (na kwotę 4691,4 mld euro); nieco mniej we Francji (4592,7 mld euro). Polska znalazła się po środku zestawienia wszystkich europejskich krajów, rozpędzając akcję kredytową do ponad 275 mld euro – to najwięcej spośród krajów Europy Środkowo-Wschodniej (ZBP, 2017).

Jak mówił prezes firmy Valentino Ghelli, „rosnąca sprzedaż kredytów konsumenckich w 2016 roku była spowodowana silnym wzrostem konsumpcji, przyczyniającym się do zwiększenia wskaźnika PKB krajów europejskich. Tendencja wzrostowa była szczególnie widoczna w obszarze kredytów gotówkowych, samochodowych oraz odnawialnych” (EUROFINAS, 2017).

Obserwacje bieżącej sytuacji na światowych rynkach w kontekście doświadczeń światowego kryzysu finansowego skłaniają go do zalecenia bankowcom zachowania szczególnej ostrożności w akceptowanych poziomach ryzyka. „Instytucje udzielające kredytów konsumenckich powinny pozostać czujne. O ile spadek bezrobocia jest bowiem dobrym sygnałem do wzrostu konsumpcji, o tyle spadek siły nabywczej i ryzyka, wynikające z politycznej niepewności, mogą mieć wpływ na ich przyszłą działalność” (EUROFINAS, 2017).

Jako dowód podano fakt, że rynek kredytów samochodowych w USA wzrósł o 70% wobec stanu na rok 2010, a jednocześnie Citizen Financial Group wycofuje się z tego segmentu rynku, wskazując na symptomy jego „przegrzania”, natomiast Wells Fargo, JP Morgan oraz Capital One ograniczają akceptację nowych wniosków.

Jak wynika z analizy wywiadów przeprowadzonych z szefami komitetów kredytowych największych banków, takich rekordów sprzedaży nie udałoby się osiągnąć bez łagodzenia warunków udzielania kredytów konsumpcyjnych.

Zaniepokojenie działów kredytowych jest duże, bankowcy bowiem coraz częściej stosują praktyki polegające na wydłużeniu okresu kredytowania czy akceptacji wysokiego wskaźnika LTV (*loan to value* – relacji kwoty kredytu do wartości przedmiotu finansowania). Podkreślają oni jednocześnie, że to leżało u jego podstaw.

Również w Polsce w czwartym kwartale ubiegłego roku banki ankietowane przez Związek Banków Polskich po raz pierwszy od połowy 2015 r. złagodziły kryteria przyznawania kredytów mieszkaniowych. Jednocześnie zaostryżyły jednak warunki udzielania kredytów konsumpcyjnych – zmniejszona została maksymalna kwota kredytu, a pozostałe warunki pozostały bez zmian (ZBP, 2017).

Analizując dane dotyczące sektora bankowego w Polsce, Związek Banków Polskich w swoim raporcie zwraca również uwagę na spadające w ostatnim roku rentowności polskich banków. „Są to istotne sygnały ukazujące efekty rosnących

obciążeń sektora bankowego na poziomie krajowym (m.in. wprowadzenie dodatkowego podatku bankowego) i europejskim (m.in. zmiany regulacyjne w zakresie wymogów kapitałowych i płynnościowych, uporządkowanej likwidacji banków, czy ochrony depozytów i konsumenta)” (ZBP, 2017).

Banki w Polsce generują 7,7% wskaźnik rentowności banków (ROE), który w okresie od czerwca 2016 r. do marca 2017 r. spadł z poziomu 11,1%. Dla porównania, najwyższy ROE zanotowany przez banki w Rumunii wynosił 15,5%.

Z kolei poziom kapitałów własnych netto w relacji do aktywów w latach 2015–2016 wynosił w Polsce 9,5%. Najwyższa wartość wskaźnika odnotowana została w Chorwacji, Irlandii i na Litwie (odpowiednio 14,04; 13,97 i 12,97%). Z kolei, na najniższym poziomie utrzymywał się on we Włoszech, Finlandii i Holandii (odpowiednio 5,49; 5,60 i 5,68%).

Stopa kredytów spłacanych nieregularnie w marcu 2017 r. osiągnęła w Polsce 6,2%. Wartość ta systematycznie spada – w czerwcu 2016 r. wynosił 6,8%, a w marcu 2017 r. już 6,2%. Najwyższą wartość zanotowano natomiast w Grecji i na Cyprze (kolejno: 46,2 i 43,8%). Na drugim biegunie znalazły się kraje północnoeuropejskie: w Szwecji udział złych kredytów wyniósł 0,8%; w Luksemburgu – 1,1%, Estonii – 1,3%, a w Finlandii – 1,6%.

Z kolei wartość kredytów udzielonych w 2016 r. przez banki w Polsce prywatnym przedsiębiorstwom wyniosła 54,78% PKB. To o blisko 1 punkt procentowy więcej niż w ubiegłym roku, jednak nasz kraj nadal należy do grupy europejskich państw o najmniejszej wartości tego wskaźnika.

2. Polskie i europejskie regulacje sektora bankowego

Obecnie trudno znaleźć obszar działalności instytucji finansowych, który nie byłby obłożony ograniczeniami regulacyjnymi. Choć różnią się one w zależności od kraju, to wspólne pozostają regulacje unijne, do których wszystkie stowarzyszone kraje muszą dostosować swoje wewnętrzne prawo. Zarówno krajowe, jak i unijne regulacje ingerujące w mechanizmy rynkowe stanowią granice konkurencyjności między sobą międzynarodowych grup finansowych (Hertig, 2000).

Dynamiczny rozwój regulacji ograniczających działalność firm finansowych odbył się dopiero w 2008 roku, po kryzysie finansowym w Stanach Zjednoczonych, kiedy ujawniono, że obecnie obowiązujące przepisy są nieskuteczne. Konieczne okazały się interwencje rządów zapobiegające kumulacji ryzyka i niepewności w gospodarce. Choć początkowo celem unijnych regulacji było umożliwienie instytucjom finansowym swobodnej sprzedaży na całym terytorium Unii Europejskiej, to obecnie coraz mniej działań jest pozostawionych działaniom sił rynkowych. Obecnie najistotniejsze pozostaje minimalizowanie skutków ewentualnych kryzysów, a przede wszystkim – ich zapobieganie poprzez nakładanie na sektor kolejnych buforów bezpieczeństwa (Marcinkowska, 2009).

To oznacza, że kolejne regulacje miały charakter praktyczny, a nie teoretyczny. Jako główne przyczyny kolejnych obostrzeń nakładanych na sektor finansowy wymieniano asymetrię informacji w relacji bank–klient, przeciwdziałanie nieuczciwej konkurencji, zarażanie całej branży problemami jednej instytucji i koszty upadłości, które ponosi cała gospodarka. Do tych powodów w ostatnim czasie dodano również twierdzenia o niestabilności systemu finansowego. Hyman Minsky (1986) udowodnił, że na przestrzeni lat mamy do czynienia z cyklami kredytowymi, w czasie których występuje zwiększenie akcji kredytowej, co prowadzi do cyklicznego załamania systemu bankowego i koniunktury finansowej.

W Polsce przez wiele lat sektor usług finansowych był regulowany wyłącznie zapisami kodeksu cywilnego. Po 1989 roku ukształtował się wolny rynek, wraz z zasadami wolnej konkurencji i powstał rynek bankowy i kapitałowy.

Patrząc przez pryzmat branży ubezpieczeniowej, obecnie kluczowa jest dyrektywa Solvency II (Wyłączalność II), która nakazuje skupić większą uwagę na kontroli sposobów zarządzania ryzykiem przez firmy ubezpieczeniowe, jak również na poprawności przyjętych w tym zakresie założeń. Solvency II ma uwzględnić wpływ nowych tendencji z zakresu metodologii zarządzania ryzykiem w ubezpieczeniach. Najważniejszymi zamierzeniami projektu jest znalezienie wymogu marginesu wypłacalności oraz osiągnięcie większej synchronizacji w ustalaniu poziomu rezerw technicznych.

Z kolei harmonizacja regulacji bankowych jest realizowana przede wszystkim poprzez kolejne wersje regulacji znanych pod nazwą Bazylea I, II, III, dotyczących jakości i ilości funduszy własnych banków. Wytycznymi zajmuje się Komitet Bazylejski ds. Nadzoru Bankowego, a przepisy najogólniej dotyczą zwiększania bezpieczeństwa banków, a zwłaszcza depozytów powierzonych przez ich klientów. Choć regulacje nie są obowiązkowe, to dzięki reputacji instytucji je stanowiącej do wytycznych dostosowują się wszystkie instytucje działające w Unii Europejskiej.

Pierwsza umowa bazylejska została opracowana w 1988 roku i polegała na ustaleniu dla wszystkich banków 8% poziomu aktywów i zobowiązań pozabilansowych ważonych ryzykiem. Przepisy wydzielały cztery klasy aktywów i cztery klasy zobowiązań pozabilansowych, przypisując im odpowiednie wagi. To oznacza, że regulacje brały pod uwagę jedynie ryzyko kredytowe sektora bankowego. Na domiar złego nie było obiektywnych przesłanek do ustalenia akurat 8% współczynnika adekwatności kapitałowej (Małecki, 2014).

Jak pisze Małecki (2014), w pierwszej nowelizacji w 1996 roku Komitet Bazylejski uwzględnił w regulacjach również ryzyko rynkowe, czyli ryzyko stopy procentowej, ryzyko walutowe, kapitałowych papierów wartościowych, cen towarów, opcji. Dodano również trzecią kategorię funduszy własnych.

Nowa Umowa Kapitałowa (Bazylea II) została opublikowana dopiero w 2006 r. Przepisy podzielono na trzy filary: pierwszy dotyczył minimalnych wymogów kapitałowych (8% współczynnika wypłacalności będącego relacją funduszy własnych banku), drugi – procesu analizy nadzorczej, trzeci filar do dyscypliny rynkowej. Kapitał regulacyjny obejmował trzy kategorie: kapitał podstawowy (Tier I), kapitał

uzupełniający (Tier II) i kapitał krótkoterminowy (Tier III). Łączny wymóg kapitałowy odnosił się jednak do trzech kategorii ryzyka: kredytowego, rynkowego i operacyjnego. W odróżnieniu od Bazylei I, wagi ryzyka kredytowego były zróżnicowane w zależności od wiarygodności kredytowej emitenta lub kredytobiorcy. Ryzyko było jednak określane albo przez oceny agencji ratingowych albo przez wewnętrzne szacunki banków (Małecki, 2014).

Wymogi kapitałowe zaostrożono już w 2010 roku. Oprócz podniesienia wskaźników, wprowadzono również wymogi płynnościowe. Współczynnik adekwatności kapitałowej utrzymany został na dotychczasowym poziomie 8%, ale zaostrożono wymogi dotyczące jakości kapitału. Jak pisze Małecki (2014), w ramach kapitału podstawowego (Tier I) wyodrębniono dodatkową kategorię: rdzenny kapitał podstawowy (Common Equity Tier I – CET I), na który składa się przede wszystkim kapitał akcyjny, który ma stanowić 4,5% aktywów ważonych ryzykiem, a cały kapitał podstawowy ma stanowić 6% aktywów; zlikwidowano jednocześnie kapitał krótkoterminowy Tier III.

W Bazylei III przewidziano tzw. bufor antycykliczny. To dodatkowe fundusze własne na poziomie od 0 do 2,5%. Ten wymóg kapitałowy obowiązuje od 2013 r. Decyzja o tym czy go wprowadzić i w jakiej wysokości będzie należała do lokalnego nadzoru bankowego, a więc w przypadku Polski do Komisji Nadzoru Finansowego. Nadzorca będzie mógł podjąć taką decyzję, np. wtedy, kiedy spodziewa się spowolnienia gospodarczego i związanego z nim wzrostu niespłacanych kredytów.

3. Regulacje są niezbędne dla zachowania bezpieczeństwa sektora finansowego

Ostatnie lata pokazały, że ryzyko w bankowości może spowodować znaczne koszty dla gospodarki. Dlatego wielu ekonomistów twierdzi, że tylko regulacje potrafią uchronić światowy system bankowy przed kolejnymi zawirowaniami. Nie możemy mieć bezpieczniejszego i zdrowszego systemu bankowego bez poświęcania żadnej z zalet systemu i bez kosztów dla społeczeństwa. Prawdopodobieństwo powtórki z kryzysu, który wybuchł w 2008 roku mogą zmniejszyć wymogi kapitałowe. Wyniki sugerują, że stabilność finansowa może się znacznie poprawić poprzez wdrożenie przepisów ostrożnościowych (Liao, Sojli i Tham, 2015).

Z badań wynika, że sześć lat po upadku Lehman Brothers nowe regulacje podwyższyły wymóg wyższych kapitałów banku, a same instytucje finansowe ograniczyły podejmowanie nadmiernego ryzyka. Co niebezpieczne, zmienił się charakter ryzyka. Rynek finansowy stał się bardziej podatny na „zakazania ogólnoustrojowe” (Caluzzo i Dong, 2015).

Aby przeciwdziałać temu zjawisku, obecnie odchodzi się od nadzoru mikroostrożnościowego, wykorzystując podejście makroostrożnościowe. Polega ono na traktowaniu systemu finansowego jako całości, w przeciwieństwie do podejścia

mikroostrożnościowego, który skupia się na poszczególnych instytucjach finansowych. Zapobiega ono wspomnianej procykliczności i zarażaniu się kryzysem pomiędzy połączonymi instytucjami finansowymi.

Udowodniono również, że dodatkowy kapitał pomaga małym bankom, aby zwiększyć prawdopodobieństwo ich przeżycia podczas kryzysów bankowych. Z badań wynika również, że dodatkowy kapitał zwiększa wydajność średnich i dużych banków, ale ten efekt widać przede wszystkim w czasie kryzysów finansowych (Berger i Bouwman, 2013).

Starano się również ocenić, jak buforory kapitałowe wpływają na poziom udzielanych przez banki kredytów. Coffinet, Coudert, Pop i Pouvelle (2012) sprawdzali to na przykładzie francuskich banków w latach 1993–2009 roku. Empirycznie badali relacje między wzrostem PKB, buforami kapitałowymi i poziomem udzielanych kredytów. Co się okazało? Wyniki wskazywały na wzajemnie wzmacnianie się mechanizmów między buforami kapitałowymi i wzrostem udzielanych kredytów. Wyniki wspierały więc sens wprowadzania antycyklicznych mechanizmów regulacyjnych.

Z analiz wynika również, że na skuteczność regulacji ma wpływ struktura własności i zarządzania. Fu, Lee, Xu i Zurbrugg (2015) na przykładzie Chin pokazali, że skuteczność wprowadzanych przepisów zależy od tego, kto jest udziałowcem danej instytucji. Stopień własności rządowej i więzi politycznych odgrywa ważną rolę. Wniosek, jaki płynie z badań, sprowadza się do tego, że istnieje silna potrzeba dalszego zmniejszenia państwowej własności banków w Chinach.

Regulacje motywują jednak banki do działalności pozabilansowej (Carlstrom i Samolyk, 1995). Badacze z Albanii udowodnili, że z uwagi na procesy łączenia i fuzji między bankami nadzór powinien tak dostosować przepisy, aby przejęcia nie łączyły się z zawirowaniami zarówno w całej branży, jak i z problemami dla klientów przejmowanych banków. Dlatego zwłaszcza w dobie globalizacji ważne są odpowiednie przepisy i egzekwowanie ich przestrzegania (Misha, 2015).

Mimo to, przepisy Bazylei regulują wymagany wskaźnik adekwatności kapitałowej, co pozytywnie wpływa na zabezpieczenia sytuacji finansowej banku i bezpieczeństwa depozytów klientów w sytuacjach kryzysowych (Dermine, 2015). Analizowano również relację wymogów kapitałowych do poziomu ryzyka w systemie bankowym. Wykazano, że jeśli organy nadzoru mają ograniczoną zdolność do identyfikacji lub do nakładania sankcji na branżę banków, dźwignia finansowa stosowana przez banki zastępuje ich rolę (Blum, 2008).

Wykazano także, że kolejnym zadaniem dla nadzoru jest nakładanie identycznych regulacji w poszczególnych krajach. Teraz przepisy są nieco inaczej stosowane w różnych krajach, bo rząd w danym państwie, przenosząc regulacje europejskie na swój grunt, może je delikatnie modyfikować. I tak w krajach, w których rząd zdecydował o nieco mniej konserwatywnym podejściu, banki mogą faworyzowane w porównaniu z krajami, które mogą jeszcze zaostrzyć przepisy Unii Europejskiej. Wtedy, po pewnym czasie, kiedy rządy zauważą, że przez nadmierne regulacje ich sektor bankowy jest mniej konkurencyjny – mogą zmiękczać przepisy (Acharya, 2003).

Inni naukowcy pokazują jednak, że wskaźniki ustalone w przepisach powinny być dostosowane do poziomu rozwoju gospodarczego konkretnych państw. Badacze zadają pytanie w jakim stopniu, aby zapewnić przetrwanie i rozwój, powinny być te wskaźniki dostosowane dla banków działających w dopiero rozwijających się gospodarkach (Akhtaruzzaman, 2009).

Z kolei w artykule Sepe i Whitehead (2015) zauważono, że za ostatni kryzys finansowy odpowiedzialni byli sami bankierzy, a nie regulacje sektora bankowego. Autorzy zwracają uwagę, że to w przenośni ludzka chciwość, a nie niewłaściwe struktury wywołały ostatni kryzys. Dlatego opowiadają się za regulacją nie przepisów dotyczących wymogów kapitałowych banków, ale poziomu wynagrodzenia ich kadry zarządczej (Sepe i Whitehead, 2015).

Dlatego szczególną uwagę trzeba zwrócić na proces osłabienia zaufania banków w oczach opinii publicznej. Dlatego Clark (2015), po przeprowadzeniu badań, wskazuje, co musi zrobić branża finansowa, aby odzyskać to zaufanie. Według niego niezmiernie ważna jest właśnie potrzeba odpowiedniej kapitalizacji banków i konieczności zmiany kulturowej w bankowości. Mówi wprost: banki muszą z powrotem skupić się na potrzebach klientów, a nie wyłącznie na potencjalnych zyskach z działalności.

4. Regulacje nie zapobiegą ewentualnym kryzysom

Specyfika sektora bankowego, a dokładniej jego skomplikowana struktura i wzajemne powiązania pomiędzy instytucjami sprawiają, że nie wszystkie regulacje zwiększają bezpieczeństwo systemu i właściwie oddziałują na gospodarkę.

Z badań płynie wniosek, że przepisy niekoniecznie wpływają na zwiększenie stabilności sektora, ponieważ przez regulacje jednej części biznesu, banki mogą znaleźć inny punkt, który nie został uregulowany i wykorzystać tę lukę (Kick i Prieto, 2015). Chodzi o to, że rozwój innowacji finansowych wyprzedza wprowadzane przepisy, zarówno te na poziomie lokalnym, jak i wspólnotowym. Chodzi jednak o innowacje, służące gromadzeniu zysków, a nie tych poprawiających poziom życia. W takich sytuacjach firmy wykorzystują asymetrię informacji, zjawisko pokusy nadużycia i złożoność problemów do poprawy swoich wyników finansowych (Kasiewicz, 2016).

Przykładem może być rozwój segmentu *bancassurance*, który jest tak szybki, że aż nieproporcjonalny do zmian w prawie – zarówno polskim, jak i unijnym. Pomimo krytycznych uwag ekspertów co do nieprawidłowości na tym rynku, wciąż brakuje przepisów hamujących niekorzystne konsekwencje rozwoju rynku *bancassurance* dla klientów. Prawo nie jest więc dostosowane do praktyki, nie uwzględnia specyfiki działalności *bancassurance*.

Jednakże obowiązujące przepisy są po prostu niewystarczające i nie będą w stanie uchronić przed kolejnymi zawirowaniami na rynkach finansowych. Bezpieczniej jest nałożyć na banki dodatkowe przepisy (Admati i Hellwig, 2013). Wymogi kapitałowe, które wprowadza Bazylea mogą okazać się zbyt niskie. Według jego autorów,

wymóg kapitałowy powinien zostać podwyższony minimalnie do 18% (Ratnovski, 2015).

Najdalej idące propozycje zakładają całkowite odejście od obecnego modelu regulacji i wprowadzenie zasady utrzymywania 100% rezerwy na wypłaty depozytów na żądanie (Kotlokkoff, 2010). Mniej radykalne wersje proponują całkowite rozdzielenie bankowości detalicznej od korporacyjnej i przede wszystkim od bankowości inwestycyjnej (Roubini i Mihn, 2011).

Jednak z drugiej strony zdaniem innych badaczy, przepisy zwiększające wymogi kapitałowe banków bezpodstawnie zmniejszają ryzyko banków. Dlaczego? Według nich ryzyko jest niezbędnym elementem bankowości. Uważają środki zapobiegawcze kryzysom za kosztowne i niewystarczające. Według nich przez takie przepisy, jakie wprowadza m.in. Bazylea, ryzyko będzie nadmierne – ograniczenie przyniesie odmienny skutek (Benston, 2007).

Jak podkreślają inni badacze, przepisy ciągle okazują się niewystarczające o czym świadczy fakt, że Bazylea musi być na bieżąco zmieniana i aktualizowana. Brakuje przepisów, które zapewniłyby bezpieczeństwo klientów i ich depozytów w bardziej uporządkowany sposób (Nørholm, 2015).

Regulacje ograniczają również akcję kredytową (Ghosh, 2015). To dowód na to, że regulacje nie mogą być nadmierne, bo zatrzymanie akcji kredytowej widocznie osłabiłoby wzrost gospodarczy. Najlepiej pokazuje to badanie, w którym analizowany jest wpływ regulacji na rentowność europejskich ubezpieczycieli. To jednocześnie najbardziej konkretna wskazówka przy wytyczaniu przepisów. Badacze znaleźli korelację w kształcie odwróconej litery U pomiędzy stopą zwrotu z aktywów a przepisami dotyczącymi wymogów kapitałowych nadzoru. Orzekli, że wymagania te mają negatywny wpływ na stopę zwrotu z aktywów, ale nie znajdują dowodów na związek pomiędzy przepisami dotyczącymi inwestycji a władzy nadzorczej. Jednak identyczną relację (w kształcie odwróconej litery U) znaleźli również pomiędzy skorygowaną o ryzyko kursu stopę zwrotu a przepisami dotyczącymi wymogów kapitałowych oraz ładu korporacyjnego i kontroli wewnętrznej. Chodzi o to, że korelacja wskazuje na to, że na początku regulacje pozytywnie wpływają na uzyskiwane wyniki, ale tylko do pewnego krytycznego momentu. Później – kiedy przepisów i ograniczeń jest zbyt dużo – stopa zwrotu zaczyna proporcjonalnie spadać (Liu i Pasiouras, 2015).

Podsumowanie

Regulacje rynku finansowego w postaci ustaw, rozporządzeń i rekomendacji nadzoru – podobnie jak unijne dyrektywy – mają charakter złożony i statyczny. Ich przygotowanie i wdrożenie trwa kilka lat, a efekt planowany jest również w perspektywie kilkuletniej. Jednocześnie w czasach globalizacji dynamika zmian w sektorze finansowym jest dużo szybsza i realia potrafią się zmienić już na etapie tworzenia

nowych przepisów. Dlatego jak wynika z zaprezentowanych wyników badań, prawo nie nadąża za zmianami na rynku. W konsekwencji, państwo nie realizuje stawianych celów, a banki i towarzystwa ubezpieczeniowe dostają do realizacji nowe, kosztowne obowiązki, które w dużej mierze nie poprawiają bezpieczeństwa sektora finansowego (Kasiewicz, 2016).

To oznacza, że pożądane byłoby stworzenie mechanizmu, który przeciwdziałałby utożsamianiu regulatora z rolą straży pożarnej. Zadania i nowe obowiązki nakładane na banki powinny być dokładnie zaplanowane tak, aby wyprzedzać kolejne kroki instytucji finansowych.

Regulator powinien dążyć do wyeliminowania nieprawidłowości tak, aby zwiększyć zaufanie do obu sektorów i budować pozytywny wizerunek instytucji finansowych. Ponieważ przedsiębiorcy mają tendencję do dostosowywania się do nowych regulacji tak, aby zminimalizować koszty związane ze zmianami (co może prowadzić do nieosiągnięcia przez regulatora zamierzonych efektów), regulacje powinny być aktywne, tzn. motywujące podmioty regulacji do konkretnych działań, a nie tylko nakłaniać do zaniechania pewnych działań (Stolarski, 2016).

Jednocześnie instytucje nadzorcze powinny ustalić kierunek zmian regulacyjnych i ustalić priorytetowe obszary, które wymagają szczególnej uwagi. Zgodnie z jedną z kluczowych teorii wprowadzania regulacji autorstwa J. Braithwaite'a, jeśli nie działają zachęty, następnie negocjacje i ustalenia, inspekcje i badania, to należy zastosować kary finansowe i zawieszanie działalności. W kolejnych krokach rekomenduje się zawieszenie licencji (Braithwaite, 2011).

Inicjatywa regulacji i kontrola w samoregulacji jest w rękach rządu i nie zwalnia to państwa z odpowiedzialności za efekty tych regulacji (Kasiewicz, 2016). Nie można jednak niestety założyć, że uda się stworzyć idealne normy prawne, w których nie występowałyby pomyłki ludzkie. Dlatego wprowadzane przepisy prawne powinny wyprzedzać praktyki instytucji finansowych, a nie być odpowiedzią na bezprawne ograniczanie praw konsumentów. Zarówno rząd, jak i nadzór finansowy powinien reagować od razu po pierwszych sygnałach, a wręcz przewidywać nowe taktyki firm. Dodatkowo wprowadzane przepisy nie powinny jedynie ograniczać występujących nieprawidłowości i nadużyć. Nadzór powinien wyłonić główne obszary, które wymagają aktywnych regulacji i na bieżąco reagować na nieprawidłowości w funkcjonowaniu instytucji finansowych.

Bibliografia

- Acharya, V.V. (2003). Is the International Convergence of Capital Adequacy Regulation Desirable? *Journal of Finance*, 2745–2781.
- Acharya V.V., Schnabl P., Suarez G. (2013). Securitization without risk transfer. *Journal of Financial Economics*, 515–536.
- Admati, A., Hellwig, M. (2013). *The bankers' new clothes: What's wrong with banking and what to do about it*. Princeton: Princeton University Press.

- Akhtaruzzaman, M. (2009). Potential impact of basel ii in developing economies: experiment on bangladesh. *International Research Journal of Finance and Economics*, 46–61.
- Allen, F., Carletti, E. (2006). Credit risk transfer and contagion. *Journal of Monetary Economics*, 89–111.
- Ayotte, K., Gaon, S. (2011). Asset-backed securities: Costs and benefits of „bankruptcy remoteness”. *Review of Financial Studies*, 1299–1336.
- Baluch, F., Mutenga, S., Parsons, C. (2011). Insurance, systemic risk and the financial crisis. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 126–163.
- Benston, G.J. (2007). Basel II and bankers’ propensity to take or avoid excessive risk. *Atlantic Economic Journal*, 373–382.
- Berger, A.N., Bouwman, C.H.S. (2013). How does capital affect bank performance during financial crises. *Journal of Financial Economics*, 146–176.
- Bierth, C., Irresberger, F., Weiß, G.N.F. (2015). Systemic risk of insurers around the globe. *Journal of Banking and Finance*, 232–245.
- Blum, J.M. (2008). Why „Basel II” may need a leverage ratio restriction. *Journal of Banking and Finance*, 1699–1707.
- Braithwaite, J. (2011). The essence of Responsive Regulation. *UBC Law Review*.
- Calluzzo, P., Dong, G.N. (2015). Has the financial system become safer after the crisis? The changing nature of financial institution risk. *Journal of Banking and Finance*, 233–248.
- Carlstrom, C.T., Samolyk, K.A. (1995). Loan sales as a response to market-based capital constraints. *Journal of Banking and Finance*, 627–646.
- Chiesa, G. (2015). Bankruptcy remoteness and incentive-compatible securitization. *Financial Markets, Institutions and Instruments*, 241–265.
- Clark, E. (2015). Banking and the real economy. *Business Economics*, 34–38.
- Coffinet, J., Coudert, V., Pop, A., Pouvelle, C. (2012). Two-way interplays between capital buffers and credit growth: Evidence from French banks. *Journal of International Financial Markets, Institutions and Money*, 1110–1125.
- Dermine, J. (2015). Basel III leverage ratio requirement and the probability of bank runs. *Journal of Banking and Finance*, 266–277.
- Dăianu, D. (2015). A central bank’s dilemmas in highly uncertain times – A Romanian view. *Romanian Journal of Economic Forecasting*, 159–180.
- EUROFINANS. (2017). Annual/Biannual Survey. Półroczne badanie EUROFINANS. EUROFINANS 2017: European Federation of Finance House Association.
- Fu, Y., Lee, S.-C., Xu, L., Zurbrugg, R. (2015) The effectiveness of capital regulation on bank behavior in China. *International Review of Finance*.
- Ghosh, S. (2015). Credit growth and macroprudential regulation: Is ownership important. *International Journal of Law and Management*, 167–182.
- Kasiewicz, S. (2016). *Teoria i praktyka zarządzania ryzykiem regulacyjnym w sektorze finansowym*. Warszawa: ALTERUM Ośrodek Badań i Analiz Systemu Finansowego zakład Warszawskiego Instytutu Bankowości.
- Keneley, M. (2004). Adaptation and change in the Australian life insurance industry: An historical perspective. *Accounting, Business and Financial History*, 91–109.
- Kick, T., Prieto, E. (2015). Bank risk and competition: Evidence from regional banking markets. *Review of Finance*, 1185–1222.
- Kotlokkoff, J. (2010). *Jimmy Stewart is Dead. Ending the World’s Ongoing Financial Plague with Limited Purpose Banking*. New York: John Wiley and Sons.

- Liao, S., Sojli, E., Tham W.W. (2015). Managing systemic risk in The Netherlands. *International Review of Economics and Finance*.
- Liu, L., Pasiouras, F. (2015). Regulations, profitability, and risk-adjusted returns of European insurers: An empirical investigation. *Journal of Financial Stability*, 55–77.
- Małecki, W. (2014). Regulacje sektora bankowego. W: W. Małecki, R. Barczyk, M. Lubiński (red.), *Banki a cykle koniunkturalne*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Marcinkowska, M. (2009). *Standardy kapitałowe banków. Bazylejska Nowa Umowa Kapitałowa w polskich regulacjach nadzorczych*. Gdańsk: Regan Press, s. 80–81.
- Minsky, H.P. (1986). *Stabilizing an Unstable Economy*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Misha, E. (2015). Regulation of acquisitions activity in banking industry – albanian banking system. *Mediterranean Journal of Social Sciences*.
- Nørholm Just, S. (2015). The Negotiation of Basel III: Postliberalism in the making? *Journal of Cultural Economy*, 25–41.
- Ratnovski, L. (2015). How much capital should banks have? *Geneva Reports on the World Economy*, 65–72.
- Roubini, N., Mihn, S. (2011). *Ekonomia kryzysu*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Schwarcz, D., Schwarcz, S.L. (2014). Regulating systemic risk in insurance. *University of Chicago Law Review*, 1570–1640.
- Sepe, S.M., Whitehead, C.K. (2015). Paying for risk: Bankers, compensation, and competition. *Cornell Law Review*, 655–702.
- Stolarski, K. (2016). Bancassurance potrzebuje nowych regulacji. *Obserwator Finansowy*.
- Weiss, M.A. (2014). Systemic risk and the U.S. insurance sector. *Journal of Risk and Insurance*, 489–527.
- ZBP. (2017). AMRON-SAFRIN Q4/2016. Związek Banków Polskich.

ADAM ŚLIWIŃSKI*

Wybrane badania popytu na ubezpieczenia na życie

Streszczenie

W okresie silnej konkurencji oraz utraty zaufania klientów zakłady ubezpieczeń, w szczególności zakłady ubezpieczeń na życie, powinny poszukiwać nowych czynników konkurencyjności. Jednym z najistotniejszych obszarów tworzenia przewagi konkurencyjnej jest oferta ubezpieczeniowa. Budując przewagę konkurencyjną, zakład ubezpieczeń powinien analizować reakcje popytu na te ubezpieczenia na zmianę różnych czynników, w tym ceny. Poziom cen usługi ubezpieczeniowej warunkuje ogólną równowagę finansową w zakładzie ubezpieczeń i jego wypłacalność. W związku z tym zmianę poziomu cen należy poprzedzić szczegółowymi badaniami empirycznymi. Uwzględniając charakter usługi ubezpieczenia oraz jej finansowy wymiar, badania te muszą spełniać wymogi stawiane badaniom o charakterze badań ekonomicznych. Celem artykułu jest prezentacja badań dotyczących popytu na ubezpieczenia na życie oraz czynników, które determinują ten popyt w sposób istotny. Artykuł składa się z dwóch części. W części pierwszej opisano najważniejsze badania dotyczące popytu na ubezpieczenia na życie. W części drugiej wymieniono najważniejsze czynniki, które powinny być uwzględniane w analizach popytu na ubezpieczenia na życie.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia na życie, popyt.

Abstract

During the period of strong competition and loss of customer trust, insurers, in particular, life undertakings should seek new competitiveness factors. An offer insurance could be treated as a one of the most important areas to create a competitive advantage. Building a competitive advantage, life insurers should analyze demand for insurance and its link to changes of a variety of factors, including price. The price level determines the overall financial balance of the insurer and its solvency. Therefore, the change in the level of prices must be preceded by detailed empirical research. Having in mind the nature of insurance and its financial dimension, these studies must meet the requirements of the nature of economic research. The aim of the paper is to present researches on demand for life insurance and the factors that determine the demand significantly. Article consists of two parts. In the first part describes there is a description of most famous studies on the subject of life insurance demand determination. Second part is dedicated to describe the main factors that has been used in a previous studies.

Keywords: life insurance, demand analysis.

* Dr hab. inż. Adam Śliwiński, prof. SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Zarządzania i Finansów, Instytut Ryzyka i Rynków Finansowych, Zakład Ryzyka i Ubezpieczeń, al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa; e-mail: asliwin@sgh.waw.pl.

Wprowadzenie

Zachodzące przemiany ogólnogospodarcze dotyczą także rynku ubezpieczeń na życie. Pomimo ryzyka utraty zaufania klientów (w wyniku kryzysu finansowego) ubezpieczenia na życie stanowią ciągle jedną z najbardziej efektywnych form zabezpieczenia przyszłości sobie oraz swojej rodzinie. Rynek ubezpieczeń na życie już od wielu lat rozwija się bardzo dynamicznie. Od zakończenia II wojny światowej do początku lat 50. światowy sektor ubezpieczeń na życie rósł w tempie ponad 10% rocznie. W latach 80. stopa wzrostu przekroczyła poziom 25% (Browne i Kim, 1993, s. 616–634). W okresie silnej konkurencji oraz utraty zaufania klientów zakłady ubezpieczeń, w szczególności zakłady ubezpieczeń na życie, powinny poszukiwać nowych czynników konkurencyjności. Jednym z najistotniejszych obszarów tworzenia przewagi konkurencyjnej jest oferta ubezpieczeniowa. Budując przewagę konkurencyjną, zakład ubezpieczeń powinien analizować reakcje popytu na te ubezpieczenia na zmianę różnych czynników, w tym ceny. W procesie tym towarzystwo ubezpieczeń musi zwrócić uwagę na kilka istotnych konsekwencji. Po pierwsze towarzystwo ubezpieczeń musi gwarantować pełność i realność usługi. Zasady te postulują, odpowiednio, wypłatę odszkodowań w pełni pokrywających skutki finansowe szkód oraz gwarancję wypłaty odszkodowania w przyszłości. Poziom cen usługi ubezpieczeniowej warunkuje ogólną równowagę finansową w zakładzie ubezpieczeń i jego wypłacalność. W związku z tym zmianę poziomu cen należy poprzedzić szczegółowymi badaniami empirycznymi. Uwzględniając charakter usługi ubezpieczenia oraz jej finansowy wymiar, badania te muszą spełniać wymogi stawiane badaniom o charakterze badań ekonomicznych. Celem rozdziału jest prezentacja badań dotyczących popytu na ubezpieczenia na życie oraz czynników¹, które determinują ten popyt w sposób najistotniejszy.

1. Badania popytu na ubezpieczenia na życie

Jedną z pierwszych publikacji dotyczących analizy popytu na ubezpieczenia na życie był artykuł J.D. Hammonda, D.B. Houstona i E.R. Melandera opublikowany w „*Journal of Insurance*” (1967, s. 335–346). Przedstawione wówczas badania koncentrowały się na czynnikach demograficznych oraz osobowych. Zastanawiano się przede wszystkim nad wpływem czynników związanych z optymalizacją decyzji konsumenta dotyczącej zakupu ubezpieczenia na życie. W ramach tej grupy czynników autorzy badali takie zmienne, jak np. kolejność urodzeń, wiek, poziom edukacji, wielkość rodziny. W kolejnych latach badania sektora stawały się coraz bardziej popularne i stanowiły temat pracy wielu autorów.

¹ Zaprezentowane badania zostały dokładnie opisane w pracy A. Śliwiński (2012).

Kolejne badania ewoluowały w stronę uwzględnienia czynników o charakterze ekonomiczno-finansowym, takich jak np. inflacja, poziom dochodów osobistych czy cena usługi ubezpieczeniowej. W tabeli 1 zaprezentowano chronologicznie uporządkowane badania związane z analizą popytu na ubezpieczenia na życie.

Autorzy poniżej wymienionych badań wykorzystywali różne techniki analizy. Większość z nich opierała się jednak na analizie szeregów czasowych. Wspomniane szeregi zawierały realizację cech wykorzystanych do analizy. W badaniach początkowych prowadzonych przez np. przez Mantisa i Farmera czynniki wybrane do badań wynikały z prostej analizy regresji. Kolejne studia uwzględniały bardziej rozwinięte metody wyboru i analizy czynnikowej lub po prostu stanowiły rozwinięcie badań już publikowanych. Rozwinięcie z reguły dotyczyło weryfikacji postawionych hipotez z uwzględnieniem rzeczywistych realizacji poziomu sprzedaży ubezpieczeń lub zastosowaniem takiego samego modelu i czynników w badaniach na przykładzie innej gospodarki. Niewątpliwie powodowało to istotne różnice w osiąganych wynikach. To samo zjawisko było inaczej interpretowane w zależności od badanej populacji, określonej gospodarki oraz różnych okresów. Różnice związane są z innym wpływem tych samych czynników. Dany czynnik raz zachowuje się jak czynnik stymulujący, a raz jak obojętny lub destymulujący. Powoduje to, że określenie wpływu badanych czynników na poziom popytu na ubezpieczenia na życie jest niejednoznaczne. Ponadto popyt na ubezpieczenia zachowuje się inaczej w różnych krajach czy grupach państw.

Tabela 1. Badania nad determinantami popytu na ubezpieczenia na życie

Rok publikacji	Autor	Czasopismo	Tytuł
1967	Hammond, Houston, Melander	JRI	Determinations of Household Life Insurance Premium Expenditures: An Empirical Investigation.
1968	Mantis, Farmer	JRI	Demand for Life Insurance
1969	Neuman	JRI	Inflation and Savings through the Life Insurance
1969	Duker	JRI	Expenditures for Life Insurance among Working-Wife Families
1971	Lee, Whitaker	JRI	Competition among Life Insurance Products Lines: Determinants of Demand.
1972	Berekson	JRI	Birth Order, Anxiety, Affiliation and the Purchase of Life Insurance
1973	Fortune	JRI	The Theory of Optimal Life Insurance: Development and Test

Rok publikacji	Autor	Czasopismo	Tytuł
1974	Headen, Lee	JRI	Life Insurance Demand and Household Portfolio Behaviour
1975	Anderson and Nevin	JRI	Determinants of Young Marrieds' Life Insurance Purchasing Behaviour: An Empirical Investigation
1980	Ferber, Lee	JRI	Acquisition and Accumulation of Life Insurance in Early Married Life
1980	Diacon	GP	The Demand for UK Ordinary Life Insurance: 1946–1968
1981	Babbel	JRI	Inflation, Indexation, and Life Insurance Sales in Brazil
1984	Burnett, Palmer	JRI	Examining Life Insurance Ownership through Demographic and Psychographic Characteristics
1985	Babbel	JRI	The Price Elasticity of Demand for Whole Life Insurance
1985	Miller	MLR	Age Related Reductions in Worker's Life Insurance
1986	Williams	JRI	Higher Interest Rates, Longer Lifetimes, and the Demand for Life Annuities
1987	Fitzgerald	JRI	The Effect of Social Security on Life Insurance Demand by Married Couples
1989	Lewis	AER	Dependents and the Demand for Life Insurance
1989	Auerbach, Kotlikoff	JRI	The Demand for Life Insurance in Mexico and U.S.: A Comparative Study
1990	Truett and Truett	JRI	How Rational Is the Purchase of Life Insurance?
1991	Bernheim	JPE	How Strong Are Bequest Motives? Evidence Based on Estimates of the Demand for Life Insurance and Annuities
1993	Browne, Kim	JRI	An International Analysis of Life Insurance Demand
1994	Showers, Shotick	JRI	The Effects of Household Characteristics on Demand for Insurance: A Tobit Analysis
1996	Outreville	JRI	Insurance Markets in Developing Countries
1996	Gandolfi, Miners	JRI	Gender Based Differences in Life Insurance Ownership

Tabela 1. cd.

Rok publikacji	Autor	Czasopismo	Tytuł
1998	Guiso, Jappelli	GPRIT	Background Uncertainty and the Demand for Insurance Against Insurable Risks
2000	Hau	JRI	Liquidity, Estate Liquidation, Charitable Motives, and Life Insurance Demand by Retired Singles
2001	Chen, Wong, Lee	JRI	Age, Period, and Cohort Effects on Life Insurance in the U.S.
2002	Ward, Zurbruegg	GP	Law, Politics and Life Insurance Consumption in Asia
2003	Tienyu Hwang, Simon Gao	JMF	The Determinants of the Demand for Life Insurance in an Emerging Economy – the Case of China
2004	Somerville	AER	Insurance Consumption and Saving: A Dynamic Analysis in Continuous Time
2005	Hussles, Ward, Zurbruegg	RMIR	Stimulating the Demand for Insurance
2007	Lin, Grace	JRI	Household Life Cycle Protection: Life Insurance Holdings, Financial Vulnerability, and Portfolio Implication
2007	Li, Moshirian, Nguyen, Wee	JRI	The Demand for Life Insurance in OECD Countries
2008	Gutter, Hatcher	JRI	Racial Differences in the Demand for Life Insurance
2008	Chui, Kwok	JIBS	National Culture and Life Insurance Consumption
2008	Sen	WP	An Analysis of Life Insurance Demand Determinants for Selected Asian Economies and India
2010	Kakar, Shukla	JAER	The Determinants of Demand for Life Insurance in an Emerging Economy – India

JMF – „Journal of Managerial Finance”; AER – „The American Economic Review”; RMIR – „Risk Management & Insurance Review”; JRI – „Journal of Risk & Insurance”; JIBS – „Journal of International Business Studies”; WP – Working papers 36/2008 of Madres School of Economics; MLR – „Monthly Labour Review”; AER – „American Economic Review”; JPE – „Journal of Political Economy”; GP – “The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice”; GPRIT – „The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory”; JAER – „The Journal of Applied Economics Research”.

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań świadczą o niezwykle skomplikowanej istocie i złożoności zagadnień związanych z analizą determinantów popytu na ubezpieczenia na życie. Uzasadnia to konieczność prowadzenia dalszych badań z uwzględnieniem nowoczesnych, coraz bardziej dokładnych metod analizy wielowymiarowej, polegającej na jednoznacznym grupowaniu i wyborze czynników. Na przykład takie czynniki, jak poziom edukacji, wiek, efekt kohorty, przyzwyczajenia konsumentów, w różny sposób determinują popyt na ubezpieczenia. W badaniach prowadzonych przez Hammonda (1967) wystąpiły jako cechy istotnie i pozytywnie determinujące popyt na ubezpieczenia na życie, co oznacza, że poprawa poziomu wymienionych czynników wpływa na wzrost poziomu sprzedaży ubezpieczeń, czyli popyt na usługę rośnie. Natomiast np. wiek w badaniach prowadzonych przez Ferbera i Lee wpływał na popyt na ubezpieczenia negatywnie.

W tym miejscu należy podkreślić, że autorzy prezentowanych badań posługują się różnymi kategoriami w celu wyrażenia popytu na ubezpieczenia na życie. Popyt ten jest bowiem wyrażany np. dynamiką składki przypisanej, co jednoznacznie związane jest z ilością wystawionych polis ubezpieczeniowych. W przypadku ubezpieczeń na życie dynamika składki zawiera również informację o polisach wycofanych (wskutek zerwania kontraktu ubezpieczeniowego).

W badaniach nad popytem na ubezpieczenia na życie popyt może być także wyrażany sumą ubezpieczenia (*face value*). Niektórzy autorzy sugerują, że wykorzystanie sumy ubezpieczenia daje lepsze rezultaty (Hammond, Houston i Melander, 1967, s. 335–346).

Przedstawione w tabeli 1 badania miały charakter zbliżony, ponieważ każdy z autorów na podstawie szeregów czasowych konstruował model regresji opisujący zależności pomiędzy popytem a wybranymi cechami.

Ciekawe badania w zakresie zależności popytu na ubezpieczenia na życie od różnych czynników prowadzone były przez Bereksona. Wyniki badań opublikowane zostały w 1972 r. Berekson udowodnił, że popyt na ubezpieczenia na życie silnie zależy od wieku klientów zakładów ubezpieczeń oraz liczby posiadanego przez nich potomstwa. W tabeli 2 zestawiono najbardziej istotne wnioski z badań w zakresie czynników determinujących popyt na ubezpieczenia na życie wraz ze wskazaniem autorów.

Autorzy prezentowanych badań przy wyborze czynników oraz w procesie konstrukcji modeli ekonometrycznych traktowali ubezpieczenia jako narzędzie, dzięki któremu gospodarstwa domowe zabezpieczają się przed utratą strumieni gotówkowych związaną ze śmiercią „żywiciela”.

Takie traktowanie usługi ubezpieczenia na życie jest jak najbardziej właściwe, gdyż ubezpieczenie na życie może być definiowane jako urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb finansowych². Warto tu zwrócić uwagę

² Nawiązuje to do przedstawionej w rozdziale 2 teorii potrzeb zaproponowanej po raz pierwszy przez U. Gobbię (1896). Według teorii ubezpieczenie oprócz kompensaty strat finansowych uwzględnia również utratę możliwości zarobkowania i konieczność poniesienia określonych wydatków związanych z realizacją danego ryzyka. Inną definicję ubezpieczenia na życie, również opartą na teorii potrzeb, przedstawił A. Manes (1930). Określił on ubezpieczenia jako

na badania prowadzone przez Dukera (1969). Wykazał on różnice w skłonności do „konsumpcji” ubezpieczeń na życie w zależności od sytuacji czy w gospodarstwie domowym kobieta zajmuje się pracą zawodową, czy prowadzi dom. Rodziny, w których kobieta zajmowała się pracą zawodową, wykazywały niższą skłonność do zakupu polisy ubezpieczeniowej niż rodziny, w których kobieta zajmowała się wyłącznie prowadzeniem domu. Duker wyjaśnił to zjawisko różnicami w poziomie ubóstwa porównywanych gospodarstw domowych.

Tabela 2. Wybrane badania czynników popytu na ubezpieczenia na życie oraz ich wyniki

Lp.	Autor	Tezy
1	Hammond	dochód, aktywa netto ^a (tł. autora), cykl życia gospodarstwa domowego, poziom edukacji, zawód istotnie determinują popyt na ubezpieczenia na życie
2	Mantis, Farmer	stosunek ceny za ubezpieczenia w odniesieniu do cen innych produktów, liczba małżeństw, liczba urodzeń, dochód osobisty, liczba ludności i poziom zatrudnienia istotnie determinują popyt na ubezpieczenia na życie
3	Duker	rodziny, w których kobieta pracuje zawodowo kupują mniej polis ubezpieczeń na życie niż rodziny, w których żona zajmuje się domem
4	Berekson	wiek i liczba dzieci w rodzinie wpływają istotnie na popyt na ubezpieczenia na życie
5	Fortune	aktywa netto, zarobki, stopa dyskontowa, zaufanie konsumenta determinują optymalny poziom ochrony ubezpieczeniowej
6	Anderson, Nevin	wykształcenie męża, obecny dochód, oczekiwany dochód, aktywa netto i poziom ubezpieczeń przed małżeństwem wpływają istotnie na popyt na ubezpieczenia na życie
7	Truett, Truett	wiek, poziom edukacji oraz dochód wpływają na popyt na ubezpieczenia na życie
8	Ferber, Lee	aktywa finansowe, przyzwyczajenia związane z wydatkami oraz oszczędnościami, pracująca zawodowo żona determinują popyt na ubezpieczenia na życie
9	Babbel	inflacja istotnie wpływa na poziom popytu na ubezpieczenia na życie
10	Miller	osoby na emeryturach posiadają istotnie mniej polis ubezpieczeń na życie niż osoby w tym samym wieku, ale pracujące
11	Williams	wyższa stopa procentowa wpływa na wzrost popytu na ubezpieczenia na życie

wzajemne pokrywanie dających się oszacować w pieniądzu potrzeb licznych, w jednakowym stopniu zagrożonych, jednostek.

Lp.	Autor	Tezy
12	Lewis	popyt na ubezpieczenia na życie jest ujemnie skorelowany ze świadczeniami socjalnymi oraz poziomem aktywów netto
13	Bernheim	popyt na ubezpieczenia na życie jest w sposób istotny uzależniony od poziomu ubóstwa
14	Browne, Kim	popyt na ubezpieczenia na życie jest istotnie determinowany wskaźnikiem utrzymania ^b , dochodem narodowym, wydatkami rządowymi związanymi ze świadczeniami socjalnymi
15	Showers, Shotick	czynniki istotnie determinujące popyt na ubezpieczenia na życie to liczba osób zarabiających w gospodarstwie domowym, poziom dochodu, wiek oraz wielkość rodziny
16	Gandolfi, Miners	wyższy poziom edukacji kobiety w gospodarstwie domowym prowadzi do wzrostu popytu na ubezpieczenia na życie
17	Chen	decyzje mężczyzn dotyczące konsumpcji w zakresie ubezpieczeń na życie zależą w dużym stopniu od wieku, oraz ujemnie od efektu kohorty, podczas gdy decyzje kobiet są silnie dodatnio determinowane efektem kohorty

^a Termin angielski *net worth*. Określenie to może być stosowane w stosunku zarówno do przedsiębiorstw, jak i do osób. W przypadku osób oznacza różnicę pomiędzy posiadanymi aktywami a zaciągniętymi zobowiązaniami.

^b Wskaźnik utrzymania stanowi stosunek osób w wieku do 15 lat i powyżej 64 lat do osób w wieku 15–64 lata.

Źródło: Zietz, 2003, s. 168.

Ogólnie ujmując, głównym czynnikiem popytu na ubezpieczenia na życie jest szeroko rozumiana świadomość i subiektywne postrzeganie przez konsumentów stopnia realizacji ryzyka ubezpieczeniowego. Większość z wymienionych czynników kształtuje bowiem te dwa podstawowe parametry. Na przykład, wraz z wiekiem rośnie świadomość ubezpieczeniowa, co wpływa dodatnio na popyt na ubezpieczenia na życie. Młodzi ludzie, nieposiadający jeszcze własnych rodzin, nie myślą o zakupie polisy, chociaż w ich przypadku cena za usługę byłaby niższa niż dla osób starszych. Świadomość ubezpieczeniowa i postrzeganie przyszłości po ewentualnej śmierci żywiciela rodziny zależy również od liczby osób w rodzinie, oraz od tego czy kobieta i mężczyzna pracują zarobkowo.

2. Determinanty popytu na ubezpieczenia na życie

Badania czynników determinujących popyt na ubezpieczenia na życie zajmują istotne miejsce w nurcie badań światowych dotyczących rozwoju ubezpieczeń. Różnorodność oraz duża liczba analizowanych czynników powodują kłopoty i praktycznie uniemożliwiają jednoznaczną ocenę ich wpływu na zachowania klientów zakła-

dów ubezpieczeń na życie. W celu ułatwienia interpretacji otrzymanych wyników niezwykle istotne staje się pogrupowanie dotychczasowych osiągnięć i rezultatów. Analizując literaturę związaną z tematem, uwzględniane czynniki można połączyć w dwie najistotniejsze grupy, a mianowicie:

- 1) czynniki osobowe i demograficzne,
- 2) czynniki finansowe i ekonomiczne.

W zależności od przyjętego okresu analizy lub danej gospodarki czy zbioru gospodarek różnych państw badania dawały różne rezultaty. Usystematyzowanie uwzględnianych we wcześniejszych badaniach czynników ułatwi dalsze analizy i studia związane z weryfikacją wpływu określonych czynników na zachowania konsumentów na przykładzie innych rynków ubezpieczeniowych. W celu uporządkowania czynników posłużono się przedstawioną wcześniej klasyfikacją. W tabelach 3 i 4 zaprezentowano zestawy czynników przyporządkowane do odpowiednich grup oraz liczbę badań, w jakich czynniki te wykorzystano. Określono także znak oraz istotność wpływu danego czynnika na poziom popytu na ubezpieczenia na życie. Zaznaczono również, w ilu analizowanych badaniach dany czynnik wystąpił z określonym kierunkiem oddziaływania. Na przykład w przypadku zmiennej określającej wiek w trzech badaniach uzyskano istotny wpływ dodatni, w czterech istotny wpływ ujemny, a w sześciu okazało się, że czynnik ten jest nieistotny.

Tabela 3. Liczba badań, w których uwzględniono czynniki osobowe i demograficzne, oraz kierunek i siła ich wpływu na popyt na ubezpieczenia na życie

Lp.	Czynnik	Kierunek oddziaływania		Siła wpływu nieistotna
		dodatni	ujemny	
1	Wiek	3	4	6
2	Motyw dziedziczenia	3		
3	Kolejność urodzeń	1	1	
4	Lojalność wobec marki		1	
5	Efekt kohorty	1 (dla kobiet)	1 (dla mężczyzn)	
6	Zaangażowanie społeczne	1		
7	Przyzwyczajenia konsumenta	1		
8	Poziom edukacji	6	3	
9	Zatrudnienie	1		
10	Wielkość rodziny	1	1	1
11	Wskaźnik utrzymania	6	2	1

Lp.	Czynnik	Kierunek oddziaływania		Siła wpływu nieistotna
		dotatni	ujemny	
12	Płeć	1		
13	Mobilność geograficzna	1		
14	Oczekiwana przeciętna długość życia	1		
15	Status materialny		2	2
16	Rozwody			1
17	Liczba ludności	1		
18	Obawa przed inflacją		1	
19	Rasa			1
20	Region	1		
21	Religia		1	1
22	Liczba osób utrzymujących rodzinę (zarabiających)	2	2	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zietz, 2003, s. 162.

Tabela 4. Liczba badań, w których uwzględniono czynniki finansowe i ekonomiczne, oraz kierunek i siła ich wpływu na popyt na ubezpieczenia na życie

Lp.	Czynnik	Kierunek oddziaływania		Siła wpływu nieistotna
		dotatni	ujemny	
1	Budżet (gospodarstwa domowego)	1		
2	Karty kredytowe (liczba posiadanych)	1		
3	Własność nieruchomości (spłacany kredyt)	3		
4	Dochód	13	1	1
5	Przyszły oczekiwany dochód	1		
6	Zarobki obu członków rodziny	1		
7	Aktywa netto (oszczędności)	9	1	2
8	Zawód	7		1
9	Cena ubezpieczenia		2	
10	Inflacja i stopa procentowa	2	1	1
11	Oczekiwane ceny	1	1	
12	Ubezpieczenia społeczne	2	3	1
13	Poziom indeksu giełdowego	1		

Źródło: jak tab. 3.

Większość analizowanych czynników z grupy czynników finansowych i ekonomicznych wpływa istotnie i pozytywnie na popyt na ubezpieczenia na życie. Najczęściej uwzględnianym czynnikiem był poziom dochodów gospodarstw domowych, a następnie poziom oszczędności i wykonywany zawód. Jedynym czynnikiem, który ma negatywny wpływ na popyt na ubezpieczenia na życie, jest cena tej usługi.

Zakończenie

Zaprezentowane zestawienie wyników wskazuje, że jedną z najbardziej interesujących zmiennych jest wiek. Czynnikiem ten był najczęściej uwzględniany w dotychczasowych badaniach. Jednocześnie aż sześć z nich wykazało, że w mało istotny sposób wpływa on na popyt na ubezpieczenia na życie. Poziom edukacji oraz wskaźnik utrzymania są czynnikami, które jednoznacznie determinują popyt w sposób istotny. Czynniki te stymulują popyt. Wraz ze wzrostem poziomu edukacji oraz liczby młodocianych na utrzymaniu rodziny rośnie popyt na ubezpieczenia na życie. Zakłady ubezpieczeń w swojej strategii powinny uwzględnić te wyniki – w miarę możliwości wspierać działania, których celem jest wzrost poziomu wykształcenia oraz promować politykę prorodzinną.

Bibliografia

- Browne, M., Kim, K. (1993). An International Analysis of Life Insurance Demand. *The Journal of Risk and Insurance*, 60(4), 616–634.
- Houston, D.B., Melander, E.R., Hammond, J.D. (1967). Determinants of Household Life Insurance Premium Expenditure. An Empirical Investigation. *Journal of Risk and Insurance*, 34, 335–346.
- Manes, A. (1930). *Das Versicherungswesen*. Berlin-Leipzig: B. G. Teubner .
- Śliwiński, A. (2012). *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego a efektywność ubezpieczeń na życie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Zietz, E.N. (2003). An Examination of The Demand For Life Insurance. *Risk Management and Insurance Review*, 6(2), 159–191.

MARIETTA JANOWICZ-LOMOTT*

KRZYSZTOF ŁYSKAWA**

Konstrukcja ochrony ubezpieczeniowej utraty zysku dla produkcji drobiu w zakresie ptasiej grypy

Streszczenie

Produkcja drobiu rozwija się bardzo dynamicznie zarówno w wymiarze globalnym, jak i lokalnym (w tym w województwie świętokrzyskim). Ale realizacja takiej produkcji przez przedsiębiorców rolnych powoduje szereg zagrożeń, których realizacja w postaci ryzyka może doprowadzić do znacznych strat, w rozumieniu strat bezpośrednich (utrata mienia, padnięcie drobiu itp.) lub pośrednich (utrata części zysku, spadek planowanych obrotów czy utrata kontrahentów). W przedmiotowym rozdziale skoncentrowano się na jednym z ważniejszych bio-zagrożeń w produkcji drobiu, czyli zakażeniu hodowli wirusem ptasiej grypy. Zjawisko to pojawiło się bardzo intensywnie na terenie Polski na przełomie lat 2016/2017 i spowodowało znaczne straty po stronie rolników. Jednak rynek ubezpieczeniowy wychodzi naprzeciw potrzebom producentów rolnych w tym zakresie i istnieje możliwość wdrożenia programu ubezpieczeniowego, który zabezpieczy interesy właścicieli farm bezpośrednio dotkniętych przedmiotowym wirusem, ale również producentów, którzy tracą swoje zyski na skutek zablokowania farmy. Konstrukcja ubezpieczenia oparta jest na idei ubezpieczenia utraty zysku, a wypłacane odszkodowanie odnosi się do wyników działalności z roku referencyjnego.

Słowa kluczowe: produkcja drobiu, ptasia grypa, straty bezpośrednie i pośrednie, ubezpieczenie utraty zysku.

Abstract

The poultry production is developing very dynamically both in the global as well as local (including Świętokrzyskie voivodship) scope. But the realization of such production by a farmer causes a number of threats, which in the form of risk can lead to significant losses, both in terms of direct losses (loss of property, poultry death, etc.) or indirect (loss of profit, decrease in planned turnover or loss of contractors). This article focuses on one of the most important bio-hazards in poultry production, that is, infection with avian influenza. This phenomenon appeared very intensively in Poland at the turn of 2016/2017 and caused considerable losses to the part of farmers. However, the insurance market meets the needs of agricultural producers in this area and there is a possibility of implementing an insurance program that will secure the

* Dr Marietta Janowicz-Lomott – Szkoła Główna Handlowa, al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa; e-mail: mjanow@sgh.waw.pl.

** Dr Krzysztof Łyskawa – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, al. Niepodległości 10, 61-875 Poznań; e-mail: Krzysztof.Lyskawa@ue.poznan.pl.

interests of farm owners directly affected by the virus, but also those who lose their profits as a result of farm blockages. The insurance structure is based on the idea of business interruption cover, and the compensation paid is related to the performance of the business from the reference year.

Keywords: poultry production, avian influenza, direct and indirect losses, business interruption insurance.

1. Charakterystyka produkcji drobiu (brojlerów) w Polsce i w województwie świętokrzyskim

Ostatnie 10 lat przyniosło znaczną zmianę w skali zaangażowania polskiego rolnictwa w produkcji drobiu i przetworów z tego surowca. Należy jednak na początku określić charakter tego typu produkcji rolniczej. Brojlery kurze to specjalnie wyselekcjonowane linie kur, a ich najważniejszą cechą jest szybki przyrost dobowy masy. Określenie to stosuje się przede wszystkim dla kur, ale także kaczek i indyków. Brojlery osiągają szybki przyrost masy w krótkim czasie, dzięki czemu są stosunkowo tanie w produkcji i hodowane na skalę przemysłową (Świerczewska, 2008). Jednocześnie łączy się to ze znacznie mniejszym zużyciem paszy na 1 kg masy ciała. Należy podkreślić, iż materiał do hodowli brojlerów najczęściej pochodzi z importu. Na bazie zakupionego materiału już w polskich wylęgarniach (jednodniówki lub odchowane), każdy producent w oparciu o swoją technologię, posiadane rozwiązania organizacyjne oraz określone kierunki sprzedaży drobiu (często bazując na określonych umowach dostawy) określa budżet funkcjonowania danego przedsięwzięcia. Standardowo chów brojlerów trwa do 5–7 tygodnia ich życia i taki krótki okres związany jest ze wspomnianą charakterystyką linii i opłacalnością produkcji. Po tym terminie kury mają bardzo słaby przyrost masy ciała w stosunku do zużytej paszy (zwiększa się ilość mięśni piersiowych, oraz następuje nadmiernie ich otłuszczenie). Kluczowym dla osiągnięcia celu gospodarczego, jakim jest odpowiednia masa ciała brojlera jest odpowiednie żywienie. Funkcjonujące w naszym kraju firmy paszowe oferują specjalne, pełnoporcjowe mieszanki dla kur typu brojler, dzięki którym potrafią one osiągnąć 2,6 kg w 42 dni. Jednak kluczowym dla końcowego efektu jest tempo wzrostu masy brojlera między pierwszym a czwartym tygodniem życia. Wówczas dynamika wzrostu jest największa i następnie wskaźnik ten stopniowo maleje. Z punktu widzenia omawianego zagadnienia zabezpieczenia zagrożeń w produkcji brojlera należy zwrócić uwagę na ustawy (ustawa o ochronie zwierząt) wymogów zapewnienia stałego dostępu do paszy lub karmienia zwierząt w pewnych odstępach czasu. Zgodnie z tymi regulacjami brojlerzy nie mogą być pozbawione pokarmu dłużej niż 12 godzin przed przewidywaną godziną uboju.

Tabela 1. Długość cyklu produkcyjnego, stopień konwersji i poziom żywienia dla kur nosek i brojlerów

Gatunek drobiu	Cykl chowu	Stopień konwersji pokarmu	Zakres poziomu żywienia (kg/ptak/cykl)	Ilość (kg/miejsce/rok)
Kury nioski	12–15 m-cy	2,15–2,5 ^{a)}	5,5–6,6 (zależnie od produkcji)	34–47 (w czasie znoszenia jaj)
Brojlery	35–55 dni (5–8 cykli/rok)	1,73–2,1	3,3–4,5	22–29

^{a)} Stopień konwersji pokarmu w kg karmy na kg jajek.

Źródło: Michułka, 2003, s. 24.

Powyższa tabela wskazuje, że w przypadku brojlerów producent rolny może w ciągu roku przeprowadzić 5–8 cykli produkcji, czyli zasiedlenia, karmienia i sprzedaży zwierząt. Współczynniki konwersji¹ jasno wskazują znaczne wykorzystanie paszy dostarczanych zwierzętom.

W wymiarze technicznym tradycyjna metoda chowu brojlerów oznacza prosty, zamknięty budynek o konstrukcji betonowej lub drewnianej, zaizolowany termicznie, posiadający naturalne oświetlenie lub tylko sztuczne z wentylacją mechaniczną. Stosowane są też konstrukcje budynku bez bocznych ścian, w miejscach których są żaluzje (Michułka, 2003, s. 12). Zgodnie z zapisami w sekcji 6.6 Aneksu nr 1 dyrektywy IPPC 96/91/EC intensywny chów drobiu określony jest na 40 000 stanowisk i to są najczęstsze pojemności nowych obiektów w Polsce. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dla brojlerów maksymalny wydatek powietrza wynosi około 3,6 m³ na kg żywej masy i taki wskaźnik stosuje się przy projektowaniu systemu wentylacji.

W zakresie pokrycia podłoża najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest system ściółkowy, czyli słoma, wyłożona na betonowej posadzce. Do najważniejszych zalet takiego rozwiązania zalicza się niższe koszty budowy pomieszczeń, zapewnienie warunków bytowania ptaków zbliżone są do naturalnych, a ich wyposażenie jest znacznie mniej skomplikowane i tańsze w stosunku do systemów rusztowego lub klatkowego.

System ściółkowy to też wady: trwały kontakt ptaków z odchodami, co może stwarzać zagrożenie przenoszenia chorób i pasożytów, większe o 10% zużycie energii na potrzeby bytowe, w porównaniu do systemu klatkowego, a także trudności

¹ Współczynnik konwersji paszy to ilość jednostek żywności jaką musi spożyć zwierzę w celu wyprodukowania 1 jednostki „plonu”, czyli mięsa, jajek, wełny/włókna, mleka, czy siły pociągowej (chwilowo w państwach rozwiniętych to czynnik mało istotny). W naszym przypadku będzie to kilogram żywca brojlera na skupie.

z zakupem i przewozem dużej ilości materiału ściółkowego oraz zagospodarowanie zużytej ściółki².

Analiza ilościowa pogłowia drobiu kurzego w Polsce jednoznacznie wskazuje na kilka województw, które są liderami w tym zakresie. Ilość brojlerów w mazowiecki, wielkopolskim i łódzkim to niemal 50% całego pogłowia w Polsce. W województwie świętokrzyskim ilość zwierząt tego typu w 2016 r. wyniosła 4,3 mln szt., co dało 3,4% udziału w strukturze krajowej. Należy jednak podkreślić, że liczba zwierząt w kategorii drób (kury noski i brojlery) wzrosła w Polsce w latach 2006–2016 o prawie 42% (z 124,9 mln szt. do ponad 177 mln szt.), tylko zaś w ostatnich dwóch latach (2004–2016) ten wzrost wyniósł 36,4%. Analizując skup ważniejszych produktów zwierzęcych należy podkreślić, iż w tym zakresie dynamika wzrostu województwa świętokrzyskiego jest znacznie większa niż średnia krajowa. W okresie 2010–2014 w całej Polsce zanotowano wzrost wielkości skupu o 38%, a w tym samym czasie w świętokrzyskim był to wzrost o 41,2% (z 29,8 tys. ton do 59,3 tys. ton).

Tabela 2. Pogłowie zwierząt gospodarskich

Województwa	Drób kurzy				
	ogółem	w tym		struktura	
		kury noski	brojlery	kury noski	brojlery
	w sztukach (w tys.)			w procentach	
Polska	177 104,2	49 857,2	126 891,4	100,00	100,00
Dolnośląskie	5 704,4	2 546,8	3 131,8	5,11	2,47
Kujawsko-pomorskie	10 517,7	1 935,9	8 565,1	3,88	6,75
Lubelskie	6 233,6	1 805,2	4 428,4	3,62	3,49
Lubuskie	4 828,8	1 381,1	3 432,5	2,77	2,71
Łódzkie	12 719,6	2 192,0	10 487,8	4,40	8,27
Małopolskie	5 098,4	2 736,6	2 361,9	5,49	1,86
Mazowieckie	44 293,7	10 869,8	33 356,1	21,80	26,29
Opolskie	5 348,0	695,0	4 643,1	1,39	3,66
Podkarpackie	5 235,9	2 179,2	3 051,1	4,37	2,40
Podlaskie	10 548,2	1 167,1	9 375,7	2,34	7,39
Pomorskie	7 296,9	1 619,9	5 664,7	3,25	4,46
Śląskie	8 019,2	1 807,9	6 198,4	3,63	4,88
Świętokrzyskie	5 593,6	1 171,4	4 319,6	2,35	3,40

² Wydawanie pozwoleń zintegrowanych. Wytyczne najlepszej dostępnej techniki BANTEECC. Chów i hodowla drobiu.

Województwa	Drób kurzy				
	ogółem	w tym		struktura	
		kury nioski	brojlerzy	kury nioski	brojlerzy
	w sztukach (w tys.)			w procentach	
Warmińsko-mazurskie	4 526,7	860,5	3 658,2	1,73	2,88
Wielkopolskie	31 726,7	14 988,6	16 716,1	30,06	13,17
Zachodniopomorskie	9 412,7	1 900,1	7 501,0	3,81	5,91

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2017, s. 34.

Należy również podkreślić wzrost znaczenia produkcji drobiu w Polsce w kontekście wolumenów produkcji w Europie i na całym świecie. W okresie 2015–2014 produkcja mięsa drobiowego na świecie wzrosła o 39,77%, ale w ostatnich 5 latach wyhamowała i wyniosła 13,71%.

W tym samym czasie dynamika wzrostu w całej Unii Europejskiej wyniosła odpowiednio 23,71 oraz 12,57%. Polska w tym zakresie jest faktycznym liderem wzrostu wśród krajów Unii Europejskiej. Wzrost wielkości produkcji mięsa drobiowego w latach 2005–2014 wyniósł 87,10%, a w ostatnich 5 latach 44,44%.

2. Zagrożenia w produkcji zwierzęcej i ich ubezpieczalność

Produkcja rolna, w tym produkcja brojlerów, narażona jest na powszechne, elementarne zagrożenia, takie jak pożary budynków i znajdującego się w nich mienia, silne wiatry, powodzie, gradobicia, kradzieże, wypadki, choroby, awarie urządzeń czy śmierć kluczowych osób w gospodarstwie³. Ale należy też zwrócić uwagę na zagrożenia natury ekonomicznej, jak spadek cen, brak popytu itp. Ale rozpoczęcie produkcji drobiu oraz nakłady na rozwój ferm niosą za sobą oczekiwanie w postaci nie tylko zaspokojenia potrzeb rolnika i jego rodziny, ale zabezpieczenie płynności gospodarstwa oraz zadbanie o odpowiednią wartość wskaźnika „zdolność odtworzenia majątku gospodarstwa”. Wskaźnik ten mówi czy i w jakim stopniu gospodarstwo może inwestować lub też w jakim stopniu została „przejezdona” amortyzacja, czy przypadkiem w wyniku obecnego gospodarowania nie konsumujemy dorobku poprzednich pokoleń⁴.

Obecny rozwój rolnictwa w Polsce stymulowany jest w znacznej mierze dzięki szerokiemu strumieniowi dopłat bezpośrednich, a także innych form wspierania sektora rolniczego przez Unię Europejską, co w połączeniu z dobrą koniunkturą na rynku mięsa drobiowego spowodowało realizację znacznych nakładów na inwesty-

³ Szerzej zagadnienie podziału zagrożeń w gospodarstwie rolnym omówione w: Kaczała, Łyskawa (2010).

⁴ Szerzej temat omówiony w: Handchke, Kaczała Łyskawa (2015, s. 108–109).

cje w tym sektorze. Jednak znaczna zmienność cen na rynku i możliwość realizacji określonych zagrożeń może spowodować spadek marży poniżej granicy wynikającej np. z wartości zaciągniętych kredytów.

Dlatego należy dokonać szczegółowej analizy zagrożeń występujących w hodowli brojlerów oraz zdefiniować instrumenty, szczególnie w zakresie ubezpieczeń, które mogą pokrywać skutki realizacji poszczególnych rodzajów ryzyka, indywidualnie zdefiniowanych przez producentów rolnych (Łyskawa i Osak, s. 247–273).

Głównym rodzajem ryzyka w sektorze produkcji zwierzęcej jest ryzyko sanitarne, choć nasilone działanie niektórych czynników pogodowych może mieć również bezpośredni wpływ na zwierzęta. Z kolei inne zjawiska klimatyczne mogą wpływać na pastwiska i dostępność paszy, a więc na stan równowagi gospodarstwa rolnego. W przypadku produkcji brojlerów czynnik ten jest znacznie ograniczony, gdyż oznaczać może tylko brak dostępu do zbóż wykorzystywanych do produkcji paszy, co przy obecnej skali światowej wymiany towarowej (handel zbożem) jest czynnikiem nieistotnym. Jednocześnie należy jednak skoncentrować się na zagrożeniach związanych ze stanami chorobowymi. Epidemia inwentarza żywego może spowodować znaczne straty dla gospodarki, rolników i wszystkich uczestników związanych z łańcuchem produkcyjnym. Należy podkreślić, iż w konsekwencji istnienia tych zagrożeń państwa członkowskie UE zobowiązane są do stosowania środków kontroli ustanowionych przez dyrektywy unijne w razie wystąpienia określonych chorób. W tym celu zostały zabezpieczone środki finansowe, które są wykorzystywane przez państwa członkowskie w ramach realizacji programów mających na celu kontrolowanie ilości i intensywności występowania chorób, tak aby chronić zdrowie zarówno zwierząt, jak i publiczne.

Szczegółowa analiza konsekwencji realizacji określonego zagrożenia związanego z produkcją zwierzęcą wymusza znacznie szersze spojrzenie niż w innych rodzajach działalności produkcyjnej. Dotyczy to szczególnie odmiennego podejścia do strat bezpośrednich oraz do strat następczych. Pierwszym wymiarem straty dla producenta rolnego są straty bezpośrednie, czyli utrata samego stada zwierząt. I w tym obszarze przede wszystkim koncentrują się działania rządów i instytucji europejskich. Generalna zasada zakłada rekompensatę znacznej części strat bezpośrednich z powodu zgonu lub zachorowania, to jest wartości zwierząt dotkniętych chorobą. Niektóre państwa członkowskie finansują również szkody, niepokrywane z funduszy unijnych, przy użyciu środków publicznych. Takie rozwiązania stosowane są w Danii, Finlandii, Francji, Irlandii, Włoszech, Luksemburgu, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Inne państwa członkowskie stworzyły pewne formy obowiązkowego systemu współfinansowania strat bezpośrednich. Te publiczno-prywatne rozwiązania mają obowiązkowo formę funduszu, do którego wpływają środki z podatków rolników. Taki system wykorzystują Austria, Belgia, Niemcy, Grecja, Holandia (European Commission, 2006, s. 5).

Jednak straty pośrednie, takie jak zmniejszenie produkcji i tym samym przychodów gospodarstwa są najczęściej pokrywane przez samych rolników. Niektóre pań-

stwa członkowskie częściowo rekompensują straty pośrednie w formie programów pomocowych uruchamianych na zasadzie *ad-hoc* (m.in. Austria, Belgia, Irlandia) albo kompensacji szkód w wartości wyższej niż faktyczna wartość zwierząt skierowanych na ubój z konieczności. W innych krajach członkowskich nieobecność wsparcia sektora publicznego doprowadziła z kolei do powstawania komercyjnych produktów ubezpieczeniowych dla niektórych typów produkcji zwierzęcej (Niemcy, Holandia, Szwecja, Hiszpania, Wielka Brytania i Włochy). Istnieją również pewne formy partnerstwa publiczno-prywatnego, w którym rząd funkcjonuje jako ubezpieczyciel bądź też reasekurator dotowanych ubezpieczeń szkód pośrednich. Istotnym elementem jest również fakt, iż producenci rolni nie korzystają powszechnie z tego typu rozwiązań (z wyjątkiem Niemiec).

Stąd pojawia się znaczne oczekiwanie producentów rolnych względem rynku ubezpieczeniowego. Idea ubezpieczenia zwierząt sięga zamierzchłych czasów, gdyż ślady jej odnajdujemy w starożytnej Palestynie i Babilonie. W wiekach średnich tworzono związki dla pokrywania szkód losowych w pogłowie zwierząt, polegające na tym, że zrzeszeni rolnicy dzielili między siebie mięso zwierząt dobitych z konieczności, a uzyskane stąd kwoty stanowiły odszkodowanie. Z kolei zrzeszenia te, działając jako lokalne związki ubezpieczenia zwierząt, zaczęły środki na wypłatę odszkodowań zbierać drogą repartycji (European Commission, 2006, s. 6).

Należy podkreślić, iż w polskich realiach ubezpieczenia zwierząt mają długą tradycję. W latach 1949–1953 na ziemiach polskich ubezpieczenie zwierząt było obowiązkowe na terenie wybranych powiatów. Sytuacja ta uległa zmianie z wejściem w życie ustawy z dnia 28 marca 1952 r. o ubezpieczeniach państwowych. Wskazana ustawa nakładała obowiązek ubezpieczania zwierząt gospodarskich na terytorium całego kraju od ryzyka padnięcia, nie różnicując jednocześnie ani rodzaju zwierząt podlegających ubezpieczeniu, ani nie wskazując przyczyn padnięcia. Jednakże zaledwie sześć lat później ustawą z dnia 2 grudnia 1958 roku o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych zniesiono ten obowiązek. Ustawodawca wskazywał jednak na możliwość wprowadzania w drodze uchwały przez powiatowe bądź miejskie rady narodowe obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich od padnięcia. Uchwały rady narodowej wprowadzające lub zawieszające taki obowiązek powinny obejmować obszar całego powiatu lub miasta⁵. W ten sposób wskazano na konieczność lokalnego dostosowywania wymogów ubezpieczeniowych do znaczenia danego rodzaju produkcji zwierzęcej na danym terenie. Jednak już w rozporządzeniu z dnia 19 lipca 1963 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich ograniczono zakres ubezpieczenia do koni i bydła w wieku od 1 roku należące do osób fizycznych władających nimi jako właściciele, posiadacze, użytkownicy lub dzierżawcy⁶. W tym akcie prawnym pojawiły się jednak

⁵ Rozdział II, art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 2 XII 1958 roku o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych.

⁶ Rozdział I, §1 ust. 1 rozporządzenia RM z dnia 19 VII 1963 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich

pierwsze dookreślenia sposobu realizacji odpowiedzialności. Odpowiedzialnością Państwowego Zakładu Ubezpieczeń objęte były szkody powstałe wskutek padnięcia lub dobiecia z konieczności zwierzęcia z powodu choroby lub wypadku. Pojęcie „choroby” zostało rozszerzone przez ustawodawcę również o komplikacje powstałe w wyniku ciąży, porodu, trzebienia i operacji⁷. Według tego rozporządzenia dobiecie z konieczności zwierzęcia następowało, gdy organ służby weterynaryjnej stwierdził na piśmie, że nie ma możliwości wyleczenia zwierzęcia i choroba jest śmiertelna lub ten sam organ – bądź dwaj miejscowi rolnicy, gdy nie można zasięgnąć opinii tego organu – stwierdzili na piśmie⁸, że w następstwie wypadku konieczne jest dobiecie zwierzęcia w celu uratowania wartości rzeźnej bądź skrócenia cierpienia zwierzęcia⁹. Kolejne akty prawne regulujące ubezpieczenia zwierząt w Polsce to czasowe obejmowanie ochroną określonych rodzajów zwierząt (np. trzody na określonym terenie – 1963 r.) lub dookreślanie definicji stosowanych w ubezpieczeniu. Przykładem w tym zakresie może być rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 lutego 1972 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich, które zniosło różnicowanie normowych sum ubezpieczenia, ustalając je na jednolitym poziomie – 100% przeciętnej wartości rzeźnej bydła i 200% przeciętnej wartości rzeźnej koni średnio umięśnionych oraz zmiana rozumienia choroby (komplikacje powstałe w wyniku ciąży, porodu lub zabiegu przeprowadzonego przez przedstawiciela służby weterynaryjnej) (Dmochowski, 1978, s. 100). Po rozszerzeniu zakresu podmiotowego ubezpieczenia o trzodę, tak sformułowane ubezpieczenie zwierząt funkcjonowało aż do 1989 r. i okresu zniesienia ubezpieczeń obowiązkowych zwierząt. W kontekście przedmiotu niniejszego opracowania należy podkreślić, iż w sytuacjach, gdy szkoda była spowodowana chorobą zaraźliwą objętą przepisami o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych, za którą została przyznana pomoc pieniężna ze środków przeznaczonych na zwalczanie tych chorób, PZU wypłacało odszkodowanie w wysokości różnicy między wartością szacunkową zwierzęcia, która była ustalona w oparciu o przepisy o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych, a wysokością pomocy pieniężnej z budżetu państwa¹⁰.

⁷ Rozdział I, §2 ust. 1 rozporządzenia RM z dnia 19 VII 1963 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich.

⁸ Rozdział II, §2 ust. 2 rozporządzenia RM z dnia 19 VII 1963 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich.

⁹ Należy również podkreślić, iż w akcie tym pojawiły się pierwsze symptomy możliwości ubezpieczenia strat pośrednich. Za opłatą dodatkowej składki (uchwałą powiatowej rady narodowej) zakres ubezpieczenia mógł być rozszerzony o szkody powstałe w wyniku:

- 1) uboju krowy na skutek całkowitej utraty mleczności spowodowanej nieuleczalną chorobą,
- 2) uboju konia na skutek całkowitej utraty przydatności użytkowej, spowodowanej wypadkiem lub nieuleczalną chorobą.

Zakres mógł być również rozszerzony o koszty leczenia przez organ służby weterynaryjnej i koszty sekcji zwierzęcia.

¹⁰ §47 ust. 2 rozporządzenia RM z dnia 21 II 1985 roku w sprawie ubezpieczenia ustawowego budynków oraz mienia w gospodarstwach rolnych.

W kolejnych latach ubezpieczenie zwierząt gospodarskich, oferowane już przez różne zakłady ubezpieczeń, pozwalało na objęcie ochroną wszelkich gatunków zwierząt – w tym drobiu. Zakres ubezpieczenia podlegał niewielkim zmianom, ale obejmował ochroną szkody polegające na śmierci zwierzęcia, utracie jego przydatności użytkowej w wyniku wypadku, pożaru, uderzenia pioruna, powodzi, huraganu i innych zdarzeń losowych, choroby. Ochrona mogła być rozszerzona dodatkowo o ubój z konieczności w następstwie wyżej wymienionych sytuacji. Niektórzy ubezpieczyciele dawali możliwość opcjonalnego rozszerzenia pokrycia o koszty weterynaryjne, ubezpieczenia na czas transportu i inne. Ale był i jest to wciąż relatywnie niewielki segment rynku ubezpieczeniowego zarówno w Polsce, jak i na świecie. Suma ubezpieczenia w tych produktach odpowiada najczęściej rynkowej wartości zwierzęcia, z uwzględnieniem jego wieku. Z kolei składka ubezpieczeniowa jest mocno zróżnicowana w zależności od wybranego przez hodowcę zakresu pokrycia i może wynosić od jednego do kilku lub nawet kilkunastu procent. Ten rodzaj ubezpieczenia jest jak dotąd najbardziej rozpowszechnioną formą ubezpieczania inwentarza żywego przez rolników. Co więcej, prawdopodobnie będzie to najchętniej wybierana forma ubezpieczenia w krajach rozwijających się w dającej się przewidzieć przyszłości (Roberts, 2005, s. 24).

Wydaje się, że to małe zainteresowanie ubezpieczeniami zwierząt wymaga od nas zmiany podejścia do zabezpieczenia tego typu produkcji. Z alternatywnym podejściem mamy do czynienia wtedy, gdy ubezpieczone ryzyko wpływa na ubezpieczony zysk poszczególnych przedsiębiorstw. Może on wynikać np.:

- ze śmiertelności zwierząt (spowodowaną np. chorobą),
- ze strat w produkcji spowodowanych niekorzystnymi czynnikami klimatycznymi,
- z wybuchu choroby zakaźnej albo zanieczyszczenia środowiska,
- ze znacznego wzrostu kosztu prowadzenia gospodarstwa po wypadku ubezpieczeniowym.

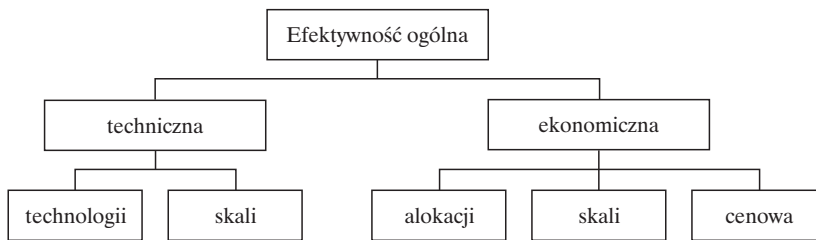
Kiedy umowa ubezpieczenia pomiędzy hodowcą a ubezpieczycielem skoncentrowana jest na oczekiwanym zysku brutto tego pierwszego to każde znaczące obniżenie tegoż zysku jest podstawą do ustalenia wypłaty odszkodowania, oczywiście pod warunkiem, że przyczyną tego niedoboru jest realizacja jednego ze zdarzeń określonych w umowie ubezpieczenia.

3. Efektywność gospodarstw rolnych

Głównym zadaniem produkcji rolniczej w dzisiejszych czasach stała się, w przeciwieństwie do stanu rzeczy sprzed kilkunastu lat, efektywność, która może gwarantować stabilizację ich funkcjonowania. Wcześniej jako nadrzędny cel wymienić można było np. wyłącznie osiągnięcie możliwie jak największej ilości wyprodukowanego środka obrotu lub jak największą produkcję. W celu racjonalnego i efektywnego

gospodarowania rolnicy coraz powszechniej opierają się na rachunku ekonomicznym. Aby rachunek ekonomiczny został przeprowadzony prawidłowo konieczny jest spis wszystkich zdarzeń gospodarczych mających miejsce w danym roku obrotowym (Goraj i in., 2004, s. 17). Zdarzeniem gospodarczym nazywamy w tym przypadku zdarzenie, którego następstwem są zmiany w poziomie środków, którymi gospodarstwo dysponuje, a także w ich pochodzeniu (dotyczy to zmian zarówno ilościowych, jak i wartościowych). Schemat poniżej obrazuje jak bardzo złożona jest efektywność gospodarstwa rolnego. Na podstawie wykresu istnieje możliwość wywnioskowania, iż aby pomiar efektywności był dokładny, uwzględnione zostać muszą różne czynniki i składowe.

Rysunek 1. Składniki efektywności ogólnej



Źródło: Ziółkowska, 2008, s. 32.

Na potrzeby niniejszego rozdziału omówiona zostanie jednak wyłącznie efektywność ekonomiczna. Rozpatrując różne kategorie ekonomiczne to właśnie ona uzyskała miano jednej z najbardziej znanych oraz najbardziej istotnych w omawianej produkcji zwierzęcej, a szczególnie wobec strat bezpośrednich i pośrednich, które mogą zaistnieć w gospodarstwie.

Istnieją dwa podejścia do pomiaru efektywności. Pierwszy z nich opiera się na pewnej niewiadomej. Przedsiębiorcy szacują ile nakładów zostanie poniesionych oraz jakie przyniesie to efekty. W związku z tym, że taki pomiar opiera się na nie do końca znanej przyszłości oraz szacunkach cechuje go bardzo duży stopień niedokładności. Drugie podejście zakłada, że efektywność mierzona jest dopiero wtedy, gdy wiadomo jakie nakłady środków produkcji zostały poniesione oraz jakie przyniosło to efekty. Oczywistym faktem jest, że podejście drugie jest o wiele bardziej dokładne i w konsekwencji lepiej może zostać wykorzystane w konstrukcji umowy ubezpieczenia (taki sposób obliczania strat zostanie zaprezentowany w omawianym przykładzie). Za pomocą efektywności ekonomicznej bardzo łatwo można określić jakie końcowe efekty przynosi dany rodzaj działalności i czy zaangażowany kapitał przynosi oczekiwane stopy zwrotu. Nie można także zapomnieć o tym, że każdy przedsiębiorca ma możliwość mierzenia efektywności na podstawie innych składowych. Wynika to z faktu, iż dla jednego przedsiębiorcy coś innego może być nakładem oraz efektem niż dla drugiego. Przykładowo jako efekt można przyjąć wartość produkcji lub

tylko dochód, a za nakład zużyte materiały bądź zużytą energię (Ziółkowska, 2008 s. 22–23). Do czynników mających wpływ na efektywność gospodarowania nakładami oraz efektami zaliczyć można kwestie związane z zasobami i technologią, takie jak: dostępność, jakość oraz ceny, umiejętności pracowników, strategię w ramach jakiej funkcjonuje przedsiębiorstwo (Michalak, 2007 s. 227).

W rolnictwie osiągnięta efektywność związana jest w bardzo dużym stopniu z osiąganym przez gospodarstwo rolne wynikiem finansowym, powstałym na skutek działalności operacyjnej. Według Ziółkowskiej, jako podstawowe źródło wzrostu wspomnianego zysku wymienić można specjalizację produkcji, zmiany z nią związane (np. zwiększenie intensywności) oraz przeprowadzane w odpowiedni sposób zarządzanie finansami, czy – jak zostanie wykazane w niniejszym rozdziale – ochrona rachunku ekonomicznego produkcji. Innym czynnikiem związanym z efektywnością w rolnictwie jest osobowość samego rolnika. Istotny jest jego wiek, wykształcenie, zdobyte doświadczenie, skłonność do innowacji oraz wdrażania nowych technologii w swoim gospodarstwie, a także zdolność do wykorzystywania informacji zdobytych na rynku (Ziółkowska, 2008 s. 27–28). Jest to na tyle ważny element, że w części wniosków o ubezpieczenie zwierząt składanych do ubezpieczyciela wymaga się przedłożenia CV osób zajmujących się bezpośrednio działaniami operacyjnymi w stadzie (XL Catlin, 2017).

Skoro wspomniane czynniki mają istotny wpływ na tak ważny cel produkcji, jakim jest efektywność, rolnicy powinni obserwować, czy wszystkie operacje związane z nimi oraz z ich wykonywaniem przebiegają właściwie. Niektórzy z nich mogliby być zainteresowani ochroną przed skutkami ich nieodpowiedniego wykonania (operacji). Jednym ze sposobów takiej ochrony może być ubezpieczenie. Nasuwa się jednak pytanie, czego owo ubezpieczenie miałyby dotyczyć oraz co obejmować. Jako jeden z czynników mających duży wpływ na efektywność podana została specjalizacja produkcji. Często ze specjalizacją kojarzone jest zastosowanie nowoczesnych maszyn. Tak też jest w istocie. W dzisiejszych czasach wytwarzana jest coraz większa ilość nowoczesnych maszyn, które znajdują zastosowanie także w rolnictwie. Niektóre z nich są bardzo skomplikowane technologicznie i obsługują cały proces produkcyjny. Ale ich zakup to znaczne koszty, który później podlega amortyzacji przez wiele lat. Brak wpływów z produkcji znacznie utrudnia osiągnięcie pozytywnego wyniku i w konsekwencji spłaty inwestycji.

4. Ptasia grypa w Polsce

Ptasia grypa (AI) jest zakaźną chorobą wirusową u ptaków, w tym drobiu domowego. Zakażenia wirusami grypy ptaków u drobiu powodują dwie główne formy tej choroby. Postać nisko chorobotwórcza (LPAI) zazwyczaj powoduje łagodne objawy, podczas gdy forma wysoce zjadliwa (HPAI) powoduje bardzo wysokie wskaźniki śmiertelności u większości gatunków drobiu. Ptasia grypa występuje głównie u pta-

ków, ale w pewnych okolicznościach zakażenia mogą występować u ludzi, mimo że ryzyko jest na ogół bardzo niskie. Ponad dziesięć lat temu odkryto, że wirus uzyskał zdolność prowadzenia dzikich ptaków na długich dystansach. Wystąpiło to w przypadku HP AI podtypu A (H5N1) z Azji Południowo-Wschodniej i Dalekiego Wschodu do innych części Azji, Europy i Afryki oraz do Ameryki Północnej. W omawianej ostatniej epidemii stopień zaangażowania dzikiego ptactwa w epidemiologię choroby jest wyjątkowy. Od końca października 2016 r. do początku lutego 2017 r. wykryto wysoce zjadliwe grypy ptaków (HPAI) podtypu A (H5N8) w dzikim ptactwie migrującym lub ptakach żyjących na utrzymaniu na terytorium 21 państw europejskich (członkach Unii Europejskiej). W 17 państwach członkowskich wirus przenosił się do gospodarstw drobiarskich, prowadząc również do rozprzestrzeniania się między gospodarstwami w kilku państwach członkowskich, w szczególności tych o dużej gęstości kaczek i gęsi, w których drób nie może być w wystarczającym stopniu chroniony przed kontaktami z dzikim ptakiem.

W przypadku wystąpienia ogniska ptasiej grypy istnieje zagrożenie, że czynnik chorobotwórczy rozprzestrzeni się na inne gospodarstwa, w których trzyma się drób lub wśród innych utrzymywanych ptaków. W wyniku tego może rozprzestrzenić się z jednego państwa członkowskiego do innych państw członkowskich lub do państw trzecich poprzez handel żywymi ptakami lub ich produktami. W Unii Europejskiej istnieje wiedza, prawodawstwo¹¹, narzędzia techniczne i finansowe do skutecznego radzenia sobie z wybuchem ptasiej grypy. Jednakże sytuacja z przełomu lat 2016/2017 doprowadziła do znacznych strat hodowców w Niemczech i wielu innych krajach. Sytuacja ta wymaga refleksji i oceny, jak można poprawić gotowość, ocenę ryzyka, wczesne wykrywanie i kontrolę. Z pewnością działania te mogą zmniejszyć ekspozycję na ryzyko zarówno dla farmerów, jak i ewentualnie zakładów ubezpieczeń, które będą zabezpieczać konsekwencje wystąpienia ptasiej grypy.

Przebieg kliniczny dotychczasowych przypadków terenowych ptasiej grypy w Polsce wykazuje się dużym zróżnicowaniem, ale można określić kilka parametrów statycznych (Śmietanka, 2016):

- zróżnicowana, jednak na ogół wysoka zachorowalność i śmiertelność u drobiu;
- w przeciwieństwie do wirusa HPAI H5N8 z 2014/15 roku, wirus z 2016 r. wywołuje wysoką zachorowalność i śmiertelność również u drobiu wodnego;
- u indyków choroba prawie zawsze zaczyna się od spadku pobierania paszy i wody, osowienia, wyciszenia w stadzie, może pojawić się duszność; objawom tym towarzyszy wzrost śmiertelności;
- drób wodny jest bardziej odporny, choroba trwa dłużej, rozwijają się objawy nerwowe;
- zaobserwowany przypadek kliniczny u łabędzia niemego obejmował odłączenie się od stada, ruchy maneżowe, skręty szyi.

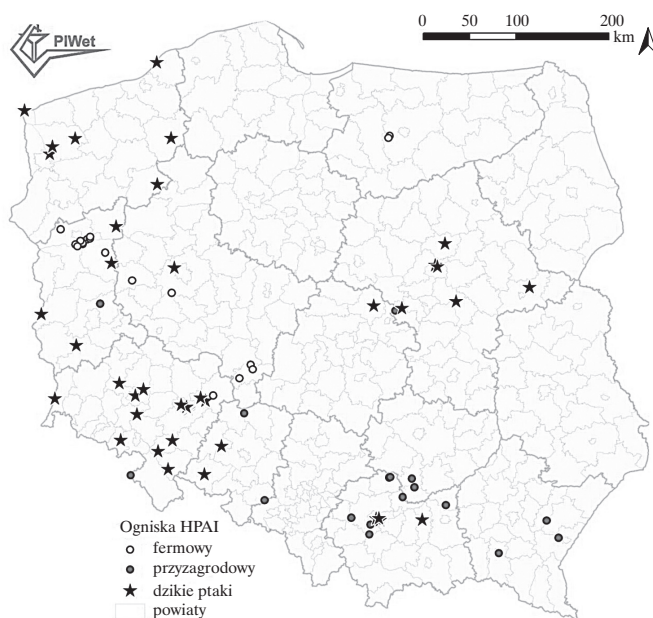
¹¹ Council Directive 2005/94/EC of 20 December 2005 on Community measures for the control of avian influenza and repealing Directive 92/40/EEC. OJ L 10, 14.1.2006, p. 16.

W odniesieniu do kur objawy kliniczne przejawiały się m.in. następującymi właściwościami:

- zmiany anatomo-patologiczne,
- sinica nieopierzonych części głowy (grzebień, dzwonki),
- wylewy krwawe na skokach,
- ogólna wybroczynowość w narządach wewnętrznych,
- martwica trzustki,
- silne przekrwienie płuc.

Na przedstawionej na rysunku 2 mapie zaznaczono miejsca wystąpienia ptasiej grypy w Polsce do 7 lutego 2017 r. Tylko część z tych miejsc dotyczyła chowu fermowego, jednak wystąpienie ogniska choroby wśród ptaków dzikich czy przyzagrodowych blokowało możliwość sprzedaży dla wielu producentów w najbliższej okolicy. Znaczna część z tych ognisk wystąpiła w województwie świętokrzyskim lub województwach ościennych. To podkreśla znaczenie tego zagrożenia w tym obszarze, szczególnie mając na uwadze, że kierunki przelotów dzikich ptaków, ewentualnie zakażonych wirusem nie będą ulegać poważnym zmianom i sytuacja może powtarzać się w kolejnych latach.

Rysunek 2. Ogniska ptasiej grypy w Polsce (stan na 7.02.2017)



Źródło: Śmietanka, 2017.

5. Konstrukcja ubezpieczenia utraty zysku w produkcji zwierzęcej

Rozmyślając nad ubezpieczeniem utraty zysku (najczęściej ubezpieczenia uzupełniającego do innej ochrony ubezpieczeniowej), należy najpierw określić co miałyby być przedmiotem ubezpieczenia dla tego produktu w odniesieniu do chowu drobiu. Rozważania na ten temat powinno się jednak rozpocząć od zastanowienia się, jakie ubezpieczenie odgrywałoby rolę ubezpieczenia bazowego. Odpowiedź na to pytanie z całą pewnością nastęrcza wątpliwości. W zabezpieczaniu zwykłej produkcji przemysłowej najczęściej spotykaną praktyką jest wykorzystywanie jako produkt bazowy ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych lub ubezpieczenia *all risks*. Na potrzeby produkcji zwierzęcej najbardziej optymalnym rozwiązaniem wydaje się, jednak inne rozwiązanie. Chodzi tu mianowicie o przyjęcie za ubezpieczenie bazowe produktu ubezpieczeniowego, który nie funkcjonuje na polskim rynku, czyli powstałego z połączenia ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz ubezpieczenia zwierząt. Aby uzasadnić obecność ubezpieczenia zwierząt w konstrukcji produktu wystarczy posłużyć się przykładem. Jeżeli konieczny będzie ubój zwierząt z powodu wystąpienia u nich choroby zakaźnej, może powstać znaczna utrata przewidywanych zysków. Dla produkcji mięsa, a z taką działalnością mamy do czynienia w omawianym przykładzie drobiu, posłużyć się można również innym stwierdzeniem (z punktu widzenia produktowego), z którego wynika iż utrata zysków będzie tym większa, im bliżej będzie do uznania zwierząt przez gospodarstwo rolne za produkty gotowe. Przy zwierzętach młodszych potrzeba będzie mniejsza ilość nakładów, a przede wszystkim mniej czasu na to, aby chów nowych zwierząt osiągnął taką fazę rozwoju, jaka miała miejsce dla zwierząt, przy których konieczny był ubój. Jeżeli rolnicy zdecydują się na zakup zwierząt już w takim wieku, w jakim zostały utracone to również poniosą oni mniejsze koszty, niżby mieli zakupić zwierzęta starsze (choć technicznie jest to bardzo trudne i nawet nieopłacalne). Zysk może być znacznie mniejszy niż przewidywany między innymi w związku z konsekwencjami niewywiązania się z umów zawartych z kontrahentami (np. utrata części zamówienia w kolejnym okresie lub obniżenie ceny za kg żywca w bieżącym okresie).

W ramach pierwszego ubezpieczenia bazowego – ubezpieczenia od ognia oraz innych zdarzeń losowych ubezpieczeniu podlegać będą:

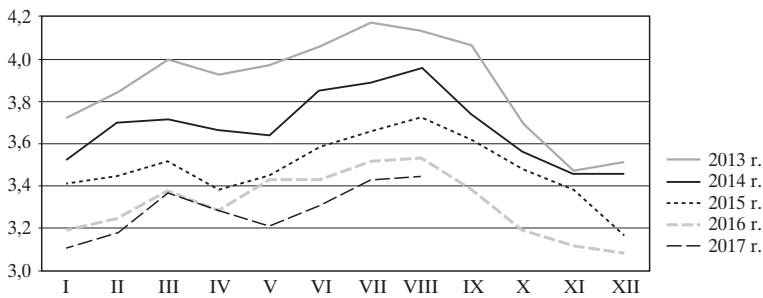
- a) budynki mieszkalne,
- b) budynki i budowle gospodarcze,
- c) maszyny i urządzenia,
- d) mienie osób trzecich, które zostało przez nich przekazane/użyczone gospodarstwu rolnemu,
- e) mienie pracowników,
- f) środki obrotowe: drób, materiały przeznaczone na pokarm dla zwierząt.

Drugim ubezpieczeniem bazowym może być omówiona wcześniej konstrukcja ubezpieczenia od padnięcia lub ubojów z konieczności. Zakres takiego ubezpieczenia pokrywa skutki dla danego stada zaistnienia chorób zakaźnych. Jednak wyłącza-

czony z pokrycia są straty bezpośrednie powstałe w wyniku choroby zwalczanej z urzędu oraz niemal w całości wyłączone są straty pośrednie związane przykładowo z koniecznością ponoszenia dodatkowych nakładów na dezynfekcję kurników czy zablokowaniem obiektów w zakresie dostaw.

Znając informacje dotyczące ubezpieczenia bazowego, można przejść do krótkich rozważań bezpośrednio związanych z przedmiotem ubezpieczenia. Zgodnie ze specyfiką ubezpieczenia utraty zysku (w oparciu o znaną zasadę *business interruption*) przedmiotem ubezpieczenia jest ubezpieczeniowy zysk brutto, czyli zysk netto, oraz ponoszone koszty stałe. Zarówno zysk netto, jak i koszty stałe uzależnione będą od charakteru gospodarstwa rolnego. Przykładowo koszty stałe dotyczące produkcji roślinnej (jeżeli jest uzupełnieniem prowadzonej hodowli drobiu) nie będą podlegać ubezpieczeniu.

Wykres 1. Średnia miesięczna cena skupu kurcząt typu brojler w zł/kg w latach 2013–2017



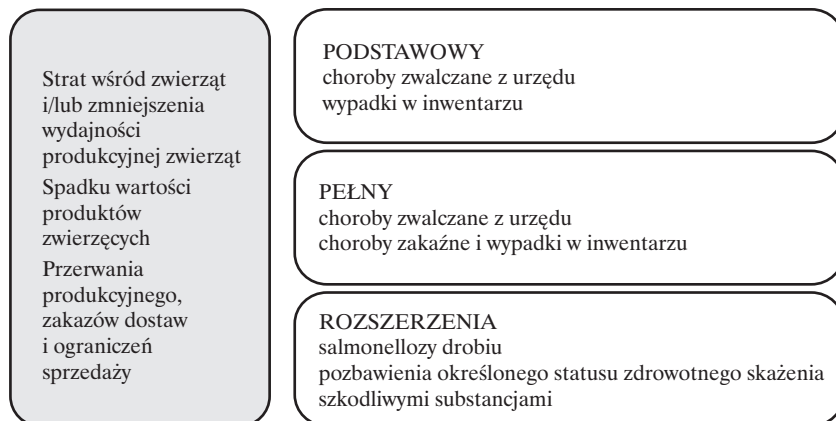
Źródło: MRR, 2017.

Jednak jednym z kluczowych parametrów do szacowania zyskowności produkcji brojlera, a w konsekwencji do wypłaty stosownego odszkodowania, jest cena skupu żywca. Załączony powyżej wykres jednoznacznie wskazuje na dwa zjawiska: a) znaczna sezonowość w zakresie kształtowania ceny w poszczególnych latach; b) systematyczny spadek średniej ceny rok do roku w analizowanym okresie. W ciągu jednego roku różnica w cenie może wynieść nawet ok. 20% (np. spadek ceny z poziomu 4,2 do 3,47 zł/kg w okresie lipiec–listopad 2013 r.). Tak silna sezonowość znacznie utrudnia odpowiednie planowanie budżetów i może wymuszać ograniczenie kosztów i nakładów inwestycyjnych w przypadku zaistnienia nagłego zdarzenia powodującego zmniejszenie produkcji. Jeszcze trudniejszym zagadnieniem dla długoterminowego planowania jest zjawisko stałej obniżki średniej ceny. Spadek średniej ceny w 2017 r. w stosunku do 2013 r. to również ok. 20%.

6. Konstrukcja ubezpieczenia utraconego zysku na przykładzie rozwiązań niemieckich

Przygotowane i omówione poniżej rozwiązanie ma za zadanie ochronę produkcji zwierzęcej od utraty zysku i płynności funkcjonowania gospodarstwa w przypadku padnięcia dużej liczby zwierząt, zablokowania gospodarstwa wskutek wystąpienia choroby zakaźnej lub skażenia produkcji szkodliwymi substancjami. Produkt, w oparciu o swobodę świadczenia usług i uzyskaną notyfikację, jest oferowany w polskiej rzeczywistości gospodarczej przez R+V Versicherungsgruppe, z siedzibą w Wiesbaden (Niemcy) (VTV, 2016).

Rysunek 3. Konstrukcja ubezpieczenia drobiu w zakresie od utraty zysku



Źródło: materiały informacyjne zakładu ubezpieczeń.

Rozwiązanie ubezpieczeniowe oparte jest na dwóch zasadniczych filarach. Zakres podstawowy odnosi się do konsekwencji finansowych związanych z zaistnieniem jednej z chorób zakaźnych zwalczanych z urzędu lub wypadków, które zaistniały w ubezpieczanym stadzie zwierząt. Zakres pełny to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń również za inne rodzaje chorób, które mogą zaistnieć w danym rodzaju zwierząt. A ponieważ w pełnej wersji produktu, odnosi się od do producentów jaj, drobiu, trzody chlewnej, mleka czy mięsa wołowego, to również pojęcie wypadków w stadzie i chorób może mieć różne znaczenie.

W zakresie produkcji brojlerów zakres chorób zakaźnych zwalczanych z urzędu obejmuje: grypę ptaków (Avian influenza) oraz rzekomy pomór drobiu (Newcastle disease – ND). Dodatkowe choroby, które można przyjąć jako potencjalne źródło odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie ubezpieczania drobiu to: listerioza (Listeriosis); toksoplazmoza (Toxoplasmosis); chlamydioza ptaków (Avian chlamydiosis); zakaźne zapalenie torby Fabrycjusza (choroba Gumboro)/Infectious

bursal disease (Gumboro disease); choroba Mareka (Marek's disease); mykoplasmozy drobiu (*Mycoplasma gallisepticum*, *M. synoviae*, *M. meleagridis*)/Avian mycoplasmosis (*Mycoplasma gallisepticum*, *M. synoviae*, *M. meleagridis*).

Należy podkreślić, iż w świetle informacji uzyskanych bezpośrednio z omawianego towarzystwa ubezpieczeniowego ponad 60% świadczeń i odszkodowań zostało wypłacone z tytułu wystąpienia chorób zakaźnych.

Ale produkcja drobiu to również salmonella, dlatego specjalne rozszerzenie w tym zakresie obejmuje m.in. *Salmonella* Virchow, *Salmonella* SE / ST, *Salmonella* Java.

Przez pojęcie „wypadku w stadzie” można rozumieć:

- przebiecia w instalacji elektrycznej,
- przegrzanie powstałe na skutek awarii lub niewydolności urządzeń wentylacyjnych lub grzewczych zatrucia,
- stres cieplny (szkoda spowodowana wysoką temperaturą ma miejsce wtedy, gdy podczas przebiegu zdarzenia ubezpieczeniowego wartości entalpii przekraczają 67 kJ/kg; ubezpieczone są również te szkody, które wystąpią w ciągu 48 godzin po tym, jak wartości entalpii spadną poniżej 67 kJ/kg) – dla uproszczenia stosuje się wskaźnik temperatury powietrza na zewnątrz powyżej 33 stopni Celsjusza.

Jednak podstawowym wymaganiem, jakie pojawia się w tym ubezpieczeniu jest prowadzenie dokumentacji księgowej zgodnie z ustawą o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz.U. Nr 121, poz. 591) i przepisami wykonawczymi oraz późniejszymi zmianami do wspomnianej ustawy. W warunkach ubezpieczenia znajdziemy również wymaganie, iż rachunki wyników i bilanse dotyczące trzech ubiegłych lat przed zawarciem umowy należy przechowywać w bezpiecznym miejscu lub osobno w celu ochrony przed jednoczesnym zniszczeniem (przy konsekwencji braku ochrony ubezpieczeniowej).

Należy podkreślić, iż ubezpieczający zobowiązuje się przestrzegać – oprócz zalecanych ustawowo lub urzędowo przepisów bezpieczeństwa – również przedstawionych poniżej, dodatkowych przepisów bezpieczeństwa. Ubezpieczający jest również zobowiązany poinformować o przepisach bezpieczeństwa wszystkich pracowników zakładu, jak również dzierżawców i najemców oraz wymagać ich przestrzegania.

Dodatkowe wymagania (zgodnie ze wzorcem warunków z Niemiec):

„Należy zainstalować sprawną, zawsze działającą i niezależną od sieci instalację alarmową (GMA), która uruchomi alarm w przypadku:

- a) usterek instalacji wentylacyjnych;
- b) awarii zasilania elektrycznego (również, jeżeli dotyczy tylko przewodu zewnętrznego (zanik fazy)), w szczególności w przypadku awarii obwodu elektrycznego, do którego podłączone są wentylatory lub automatyczny nastawnik kłap wentylacyjnych/żaluzji;
- c) przebiecia bezpiecznika czułego urządzenia regulującego;
- d) przekroczenie minimalnej lub maksymalnej temperatury ustawionej na termostatach.

Pełen program szczepień, a w szczególności szczepienia zalecane ustawowo lub urzędowo, należy przeprowadzić w całym inwentarzu żywym. W przypadku wystąpienia szkody wymagane jest przedłożenie dokumentacji potwierdzającej dokonanie szczepień”.

Jeżeli ubezpieczający lub jego przedstawiciel naruszy jedną z wymienionych powinności, wówczas ubezpieczyciel jest uprawniony do wypowiedzenia umowy bądź ograniczenia świadczenia, lub jest zwolniony z obowiązku świadczenia umownego.

Należy podkreślić, iż w treści warunków stawia się wymagania co do charakteru wyposażenia. W budynkach z wymuszoną wentylacją należy zapewnić ciągłość zasilania elektrycznego poprzez zastosowanie agregatu prądotwórczego jako zasilania awaryjnego. Agregat musi być tak przystosowany, aby zapewnić zasilanie wszystkich urządzeń niezbędnych do podtrzymania pełnej wentylacji hodowanych zwierząt. Uwzględnić należy przy tym krótkotrwałe, wysokie prądy rozruchowe silników. Dla pewności działań prewencyjnych w warunkach ubezpieczenia możemy znaleźć wręcz szczegółowe wyznaczniki parametrów wydajności instalacji wentylacyjnej w budynkach zamkniętych¹².

W przypadku rozpoznania pierwszych symptomów choroby lub zaobserwowania zwiększonych strat wśród zwierząt należy bezzwłocznie wezwać weterynarza, który – o ile jest to możliwe – powinien być specjalistą chorób drobiu. Budynki należy zabezpieczyć w taki sposób, aby osoby spoza zakładu nie mogły bez przeszkód do nich wejść. Przed każdym wejściem do budynku należy rozłożyć maty dezynfekcyjne lub ustawić pojemniki dezynfekcyjne. Roztwór dezynfekcyjny należy wymieniać przynajmniej raz na tydzień.

Zakres ubezpieczenia jest określany poprzez szczegółowe zdefiniowanie strat:

- a) strata wśród zwierząt i/lub zmniejszenia wydajności produkcyjnej zwierząt,
- b) spadek wartości produktów zwierzęcych,
- c) przerwania procesu produkcyjnego, zakazów dostaw i ograniczeń sprzedaży.

Analizując jednak konsekwencje, np. blokady zakładu po zaistnieniu zjawiska ptasiej grypy w sąsiedztwie, rolnik narażony jest na ponoszenie dodatkowych wydatków:

- koszty pasz i utrzymania zwierząt pozostają na tym samym poziomie,
- wzrasta zagęszczenie w stadzie, konieczny częściowy ubój,
- koszty odkażania, dezynfekcji,
- podwyższone koszty usuwania odchodów,
- straty spowodowane opóźnionym uzupełnianiem stada, czasowe zakazy krycia.

Odszkodowanie nie obejmuje szkód powstałych w wyniku pożaru, uderzenia pioruna lub wybuchu. Strata samych zwierząt będzie objęta innym ubezpieczeniem

¹² Ale podobne oczekiwania znajdziemy również w polskiej ustawie o ochronie zwierząt, np. system wentylacji musi tak działać, aby: koncentracja amoniaku nie przekraczała 20 ppm, koncentracja siarkowodoru nie była wyższa niż 5 ppm, koncentracja CO₂ nie przekraczała 3000 ppm – mierzona na poziomie głów kurcząt, temperatura wewnętrzna nie przekraczała temperatury zewnętrznej o więcej niż 3°C, średnia wilgotność względna mierzona wewnątrz kurnika w ciągu 48 godzin nie przekraczała 70%, jeżeli temperatura zewnętrzna jest niższa niż 10°C.

majątkowym, a ewentualne koszty następcze mogą być pokryte tylko w ramach dodatkowych rozszerzeń, które uda się uzyskać po negocjacjach z zakładem ubezpieczeń.

Zgodnie z warunkami utrata dochodu oznacza zmniejszenie marży pokrycia przy uwzględnieniu kosztów bieżących w ubezpieczonym procesie produkcyjnym. Marża pokrycia to różnica między proporcjonalnymi usługami rynkowymi a proporcjonalnymi kosztami specjalnymi ubezpieczonego procesu produkcyjnego. Zmniejszenie marży pokrycia ubezpieczonego procesu produkcyjnego ma miejsce w przypadku spadku przychodów z wyprodukowanych wyrobów rynkowych i/lub wzrostu kosztów produkcji wyrobów rynkowych.

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za utratę dochodu, do której – o ile nie uzgodniono inaczej – doszło w przeciągu 12 miesięcy od momentu wystąpienia zdarzenia szkodowego (okres odpowiedzialności).

Sumę ubezpieczenia, w przypadku braku odmiennych uzgodnień, ustala się na podstawie uzgodnionego arkusza kalkulacyjnego do ustalenia sum dla wszystkich ubezpieczonych procesów produkcyjnych.

Poniżej dokonano prezentacji przykładowego scenariusza szkody w przypadku zaistnienia ogniska ptasiej grypy w najbliższej okolicy farmy drobiu.

Opis scenariusza szkodowego

Blokada sprzedaży nałożona na fermę z powodu znalezienia się w strefie zagrożonej ptasiej grypy serotyp H5N8. Szkada rozpoczęła się w 4 tygodniu chowu.

Konsekwencją są: 1) zwiększone koszty: paszy, weterynaryjne, energii spowodowane blokadą i w konsekwencji dłuższym trzymaniem brojlerów; 2) sprzedaż brojlerów po uzyskaniu specjalnego zezwolenia, towar sprzedany w 50 dniu od wstawienia jest już niższej jakości i jest go mniej (część zwierząt padła w skutek zaduszenia); 3) ponowne zasiedlenie w 115 dniu od wprowadzenia blokady (wypadają dwa zasiedlenia).

Okres odszkodowawczy – okres kiedy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za ujemne skutki zdarzenia ubezpieczeniowego.

Okres referencyjny – porównywalny długością (ilością cykli produkcyjnych) okres sprzed wystąpienia szkody. Obowiązek dokumentacji do 3 lat wstecz.

W tabeli 3 dokonano porównania kluczowych elementów rachunku ekonomicznego produkcji brojlera. Jako dane referencyjne przyjęto wyniki z 2017 r., a szkoda miałyby miejsce w roku 2018. Jednak należy podkreślić, iż w normalnej sytuacji jako okres referencyjny przyjmuje się dane z ostatnich 3 lat i traktuje się je jako dane średnie. W wyniku zaistnienia w okolicy ogniska ptasiej grypy zmniejszeniu uległa sprzedaż zwierząt (choć w samym okresie blokady możliwości sprzedaży przychody spadły nieznacznie – sprzedawano mniej, ale większych zwierząt). Zwiększeniu uległy również koszty związane z myciem i dezynfekcją – ale tylko w okresie blokady. W przypadku braku wstawiania w dwóch kolejnych cyklach, rolnik nie ponosił tych kosztów (uwaga: część kosztów może być obciążona stałymi umowami podpisanymi z dostawcami i wówczas znajdują się one w szczegółowym rozliczeniu szkody).

Tabela 3. Kalkulacje okresu referencyjnego i szkody w ubezpieczeniu drobiu

Wyszczególnienie elementów		2017	Ptasia grypa	Rozliczenie szkody
			2018A	2018A
Ilość kurników	[szt.]	5	5	
Ilość wstawiana	[szt./rzut]	100 000	100 000	
Ilość wstawień w roku	[szt./rok]	6	6	
Przeżywalność	[%]	95,0%	92,0%	
Masa ptaka końcowa	[kg/szt.]	2,64	2,68	
Ilość sztuk utuczonych w roku	[szt./rok]	2 850 000	2 560 000	-290 000
Masa żywca rocznie	[kg/rok]	7 524 000	6 860 800	-663 200
Cena paszy	[zł/t]	1 259	1 259	
Cena żywca	[zł/kg]	3,57	3,57	
Cena pisklęcia	[zł/szt]	1,30	1,30	
Przychody ze sprzedaży roczne				
Przychody ze sprzedaży roczne	[zł/rok]	26 860 680	24 493 056	-2 367 624
Przychody ze sprzedaży miesięczne				
Przychody ze sprzedaży miesięczne	[zł/m-c]	2 238 390	2 041 088	-197 302
Koszty paszy				
FCR	[kg/kg]	1,66	1,65	1,66
Ilość paszy rocznie	[kg/rok]	12 489 840	12 602 700	-112 860
Ilość paszy miesięcznie	[kg/m-c]	1 040 820	1 050 225	-9 405
Cena paszy	[zł/t]	1 259	1 260	
Koszt paszy rocznie	[zł/rok]	15 724 709	15 879 402	-154 693
Koszt paszy miesięcznie	[zł/m-c]	1 310 392	1 323 284	-12 891
Koszty pozostałe na kurnik i wstawienie: pisklęta, ogrzewanie, ściółka, opieka weterynaryjna, mycie i dezynfekcja, badania laboratoryjne, łapanie kurcząt, usunięcie obornika, energia elektryczna, pracownicy, konserwacja remonty, ubezpieczenia, amortyzacja budynku, amortyzacja urządzeń, utylizacja odpadów, transport, podatek dz. Specjalne, koszty kredytu, inne koszty				
Razem		179 118	188 107	-8 989

Wyszczególnienie elementów		2017	Płasia grypa	Rozliczenie szkody
			2018A	2018A
Koszty pozostałe rocznie				
Razem		5 373 550	5 643 213	-269 663
Przychody – sprzedaż brojlerów	[zł/rok]	26 860 680	24 493 056	-2 367 624
Przychody – sprzedaż obornika	[zł/rok]	12 000	10 000	
Razem		26 872 680	24 503 056	-2 369 624
Koszty – zużycie paszy	[zł/rok]	15 724 709	15 879 402	-154 693
Koszty pozostałe	[zł/rok]	5 373 550	5 643 213	-269 663
Razem		21 098 259	21 522 615	-424 356
Marża na sprzedaży	[zł/rok]	5 774 421	2 980 441	-2 793 980
Marża na sprzedaży	[%]	21,5%	12,2%	-9,32%
Marża na sztukę	[zł/szt.]	2,03	1,16	-0,86
Marża na kilogram	[zł/kg]	0,77	0,43	-0,33
Marża miesięczna	[zł/m-c]	481 202	248 370	-232 831,66

Źródło: opracowanie własne.

W konsekwencji odszkodowanie wypłacane z przedmiotowego ubezpieczenia będzie pokrywać:

- spadek w wartości sprzedaży o 2 367 624 zł,
- suma kosztów zwiększonych i zaoszczędzonych – 424 356 zł,
- nadwyżka bezpośrednia za dwa cykle, w których nie prowadzono produkcji – 248 370 zł,
- nadwyżka bezpośrednia z cyklu dotkniętego szkodą – 35 700 zł.

W konsekwencji łączna wartość odszkodowania wyniesie: 3 076 050 zł.

Należy podkreślić, iż w tym ubezpieczeniu kwoty uzyskane ze sprzedaży oraz odszkodowania z tytułu innych umów ubezpieczeniowych, a także płatności ze środków publicznych oraz od zakładów utylizacji padłych zwierząt, zostaną zaliczone na poczet odszkodowania z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia. Powyższa zasada obowiązuje również w przypadku, w którym ubezpieczający otrzymałby płatność z powodu epizootii lub chorób ze środków publicznych, a także od zakładów utylizacji padłych zwierząt, gdyby nie zrezygnował z roszczenia umyślnie lub go nie utracił.

Ponieważ, mamy do czynienia z ubezpieczeniem faktycznie utraconego zysku i zwiększonych kosztów w warunkach pojawia się również zastrzeżenie, że ubezpieczenie nie może prowadzić do wzbogacenia. Korzyści ekonomiczne, które po upływie okresu odpowiedzialności wynikną jako skutek szkody ubezpieczonej w okresie odpowiedzialności, należy w uzasadniony sposób uwzględnić. Czyli poziom np. naturalnych padnięć z roku referencyjnego nie będzie uwzględniany w rozmiarach szkody.

Podsumowanie

Produkcja zwierzęca w porównaniu z roślinną opiera się na organizmach żywych wyższego rzędu. Zwierzęta poruszają się, reagują na różnego rodzaju bodźce (nie tylko dotyczące żywienia), wymagają indywidualnego traktowania, a od ludzi zajmujących się chowem oczekuje się specjalnych kwalifikacji.

Ta wysoka specjalizacja w produkcji zwierzęcej powoduje, że trudno jest ją zastąpić innym typem działalności w przypadku utraty płynności. A jednocześnie rezygnacja lub zawieszenie działalności łączy się bardzo często z brakiem możliwości ponownego jej uruchomienia (np. z powodu odpływu pracowników, sprzedaży części specjalistycznych maszyn czy naglej konieczności przystosowania budynków w związku ze zmianą przepisów prawnych).

Dlatego omawiane rozwiązanie ubezpieczeniowe pozwala nie tylko zachować płynność w przypadku zaistnienia określonego zdarzenia, ogniska choroby zakaźnej. Pokrywane przez ubezpieczyciela koszty dezynfekcji to możliwość uruchomienia określonych działań w ramach bioasekuracji danego gospodarstwa. A dodatkowo ubezpieczenie to pozwala na świadome zarządzanie ryzykiem przez producenta rolnego. Może on, w uzgodnieniu z ubezpieczycielem, przesunąć moment rozpoczęcia kolejnego cyklu produkcji, aby poczekać na zmniejszenie prawdopodobieństwa zaistnienia i rozmiarów rozprzestrzeniania się choroby.

Bibliografia

- Dmochowski, S. (1978). *Ubezpieczenia majątkowe w rolnictwie*. Warszawa: PWE.
- European Commission. (2006). *Agricultural Insurance Schemes*. Brussels: Joint Research Centre.
- Goraj, L., Mańko, S., Sass, R., Wyszowska, Z. (2004). *Rachunkowość rolnicza*. Warszawa: Difin.
- GUS. (2017). *Rocznik statystyczny rolnictwa 2016*. Warszawa: GUS.
- Handsche, J., Kaczała, M., Łyskawa, K. (2015). *Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce*. Warszawa: Polska Izba Ubezpieczeń.

- Łyskawa, K., Osak, M. (2013). Standardy zarządzania ryzykiem w kształtowaniu programów ubezpieczeniowych. W: M. Serwach (red.), *Ryzyko ubezpieczeniowe: wybrane zagadnienia teorii i praktyki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kaczała, M., Łyskawa, K. (2010). Ubezpieczenia przedsiębiorstw/gospodarstw rolnych. W: L. Gąsiorkiewicz, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext.
- Michalak, J. (2007). Analiza efektywności ekonomicznej gospodarowania. W: M. Walczak (red.), *Analiza finansowa w zarządzaniu współczesnym przedsiębiorstwem*. Warszawa: Difin.
- Mihułka, M. (2003). *Charakterystyka technologiczna hodowli drobiu i świń w Unii Europejskiej*. Warszawa: Ministerstwo Środowiska.
- MRiRW. (2017). *Rynek mięsa drobiowego. Zintegrowany System Rolniczej Informacji Rynkowej*. Notowania z okresu: 18–24.09.2017 r., wrzesień 2017. Warszawa: Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi.
- Roberts, R.A.J. (2005). *Livestock and Aquaculture Insurance in Developing Countries. A Brief Overview*. Rzym: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Śmietanka, K. (2016). *Wysoce zjadliwa grypa ptaków – objawy kliniczne i zmiany anatomo-patologiczne*. Prezentacja naukowo-szkoleniowa dla pracowników Inspekcji Weterynaryjnej, 28 listopada. Puławy: Państwowy Instytut Weterynaryjny – Państwowy Instytut Badawczy.
- Śmietanka, K. (2017). *Analiza przyczyn występowania grypy ptaków w Polsce i państwach UE*. Prezentacja w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi, 7 lutego. Warszawa: Państwowy Instytut Weterynaryjny – Państwowy Instytut Badawczy.
- Świerczewska, E. (red.). (2008). *Chów drobiu*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt (Dz.U. 1997 Nr 111, poz. 724, z późn. zm.).
- VTV. (2016). *Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ertragsschadenversicherung für die landwirtschaftliche und gewerbliche Tierproduktion*. AVB EVT 01/2008 der VTV.
- XL Catlin. (2017). *Livestock Insurance*. Prezentacja zrealizowana przez L. Mills podczas seminarium underwritingowego, 2 listopada, Warszawa.
- Ziółkowska, J. (2008). Efektywność techniczna w gospodarstwach wielkotowarowych. Warszawa: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – Państwowy Instytut Badawczy.

MARIA BŁOSZCZYŃSKA*

Cyberubezpieczenia – szanse i bariery rozwoju

Streszczenie

Różne rodzaje ryzyka cybernetycznego staną się w najbliższych latach jednym z głównych zagrożeń zarówno dla przedsiębiorców i instytucji, jak i dla ich pracowników (gospodarstw domowych). Ubezpieczyciele dostrzegają skalę problemu i przewidują, iż zapotrzebowanie na ochronę ubezpieczeniową w tym zakresie będzie powoli rosło.

Słowa kluczowe: cyberubezpieczenia, rynek ubezpieczeń, produkty ubezpieczeniowe.

Abstract

Cyber risks will become in a few years one of main hazard not only for businessmen and institutions but also for their employees (households). Insurers can see the range of the problem and assume that need for insurance protection in this area will be growing up slowly.

Keywords: cyberinsurance, insurance market, insurance products.

Temat cyberubezpieczeń jest w Polsce ciągle jeszcze nowy i jak to bywa z nowościami, oferta ubezpieczeniowa obejmująca ochroną finansowe skutki cyberataków skierowana jest obecnie głównie do dużych podmiotów gospodarczych lub organizacji szczególnie narażonych na ataki przestępców internetowych. Pomimo iż w Stanach Zjednoczonych pierwsze cyberubezpieczenia były oferowane już w latach 90. XX wieku¹, na rynku polskim po raz pierwszy produkt ubezpieczeniowy dla przedsiębiorców zaproponowało AIG dopiero w 2012 roku. Według raportu PwC (2016) rozwój rynku cyberubezpieczeń jest zdecydowanie przed nami. W 2015 roku światowa wartość cyberubezpieczeń szacowana była na 2,5 mld dol., w 2020 r. ma wynosić 7,5 mld dol. W Polsce ochronę ubezpieczeniową w takim zakresie wykupiło dotychczas jedynie 8% firm, podczas gdy wynik światowy to 59%.

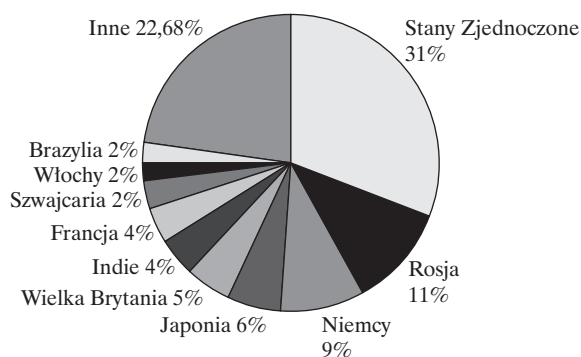
* Dr Maria Błoszczyńska – Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, ul. Pawia 55, 01-030 Warszawa; Izba Gospodarcza Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka; e-mail: mariabloszczyńska@wp.pl.

¹ Przy czym były to raczej próby odpowiedzi na nowe wyzwania technologiczne, bardziej *idee fixe* niż realne produkty ubezpieczeniowe; za: Góralski (2017).

1. Cyberprzestępstwa

Choć Polska w ostatnich latach stała się jednym z lepiej nasyconych i rozwijających się w Europie rynków komputerowych, to wg danych firmy KASPERSKY nie należymy do krajów najbardziej narażonych na cyberataki.

Wykres 1. Najczęściej atakowane kraje w 2013 roku (Phishing)



Źródło: KASPERSKY LAB REPORT, *Financial cyber threats in 2013*.

Powagę problemu dostrzegła już jednak polska Policja, definiując przestępstwa komputerowe jako działania, w których przetwarzanie danych jest przedmiotem czynności wykonawczych (przestępstwa komputerowe *sensu stricto*) oraz przestępstwa, w których komputer jest jedynie środkiem do jego popełnienia (przestępstwa komputerowe *sensu largo*). Do przestępstw komputerowych *sensu stricto* zaliczyć możemy m.in. hakerstwo, sabotaż komputerowy, a do przestępstw komputerowych *sensu largo* – oszustwo komputerowe bądź piractwo komputerowe². O skali problemu można przekonać się, odwiedzając stronę www.cyberprzestepczosc.info, na której jeszcze niedawno był umieszczony *Licznik cyberataków na świecie*³ ukazujący bieżącą skalę zjawiska (niestety pracował w dość dużym tempie...).

Biorąc pod uwagę dzisiejsze warunki pracy zawodowej – powszechne użytkowanie urządzeń mobilnych, takich jak telefony, tablety, laptopy, możliwość dostępu przez pracowników do baz danych przedsiębiorstwa bez względu na miejsce i czas, sprawy bezpieczeństwa przedsiębiorstw zaczynają „krzyżować” się z bezpieczeństwem informatycznym gospodarstwa domowego (pracownika). Jak wskazuje tabela 1, znaczny procent ataków na struktury przedsiębiorstwa odbywa się z wykorzystaniem pracowników (ich sposobów pracy, przyzwyczajęń, sieci znajomych, używanych przez nich aplikacji dodatkowych itp.).

² Zwalczaj cyberprzestępczość, www.policja.pl (30.04.2016).

³ www.cyberprzestepczosc.info (2.05.2016).

Tabela 1. Dane wysyłane na zewnątrz organizacji przez pracowników

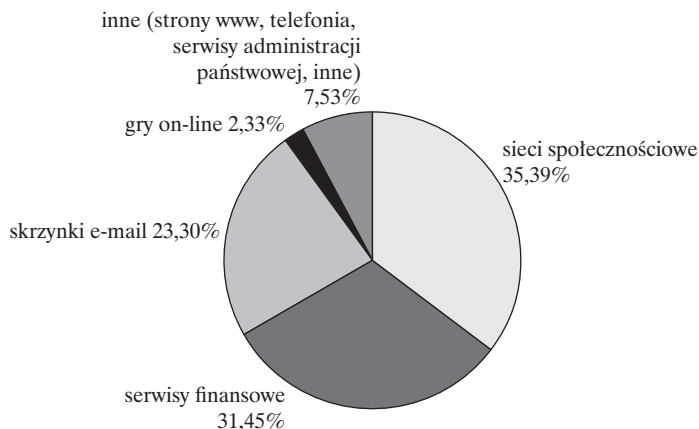
Rodzaje danych	2014	2013	2012
Informacje zastrzeżone	41%	35%	24%
Dane kart kredytowych	30%	29%	29%
Dane a temat działalności firmy	20%	21%	6%
Poufne dane osobowe	25%	22%	–
Informacje na temat wynagrodzeń	13%	14%	13%
Dane sieciowe	13%	14%	–
Pliki chronione hasłem	10%	10%	14%
Poufne wiadomości e-mail	5%	5%	7%
Numery kont bankowych	5%	4%	3%
Inne	27%	31%	21%

Źródło: *Raport bezpieczeństwa 2015*, Check Point Software Technologies LTD⁴.

W takiej sytuacji można byłoby mieć nadzieję, iż rozwój cyberubezpieczeń powinien dotyczyć zarówno przedsiębiorstw, jak i gospodarstw domowych. Z jednej strony wydaje się, że polski rynek jest ciągle rynkiem, na którym cyberprzestępstwa prowadzone są na większą („hurtową”) skalę (chodzi o ataki na instytucje finansowe, sieci sprzedaży, wywiad gospodarczy). Jednakże z czasem – podobnie jak to się dzieje na innych rynkach – uszczelnianie systemów przez duże organizacje spowoduje wzrost cyberataków na mniejszą skalę – skierowanych do małych i mikro-przedsiębiorstw oraz do gospodarstw domowych.

Dziś szacuje się, że celem większości ataków jest przede wszystkim zdobycie danych osobowych w celu ich dalszej sprzedaży i/lub dalszego wykorzystania do działalności przestępczej. W jakim kierunku rozwiną się te działania i na ile oferta ubezpieczeniowa będzie w stanie zabezpieczyć interesy gospodarstw domowych – będziemy mogli obserwować w najbliższych latach.

⁴ Zdarzenia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa (*security events*) diagnozowano w czasie audytów bezpieczeństwa przeprowadzonych w 1300 firmach.

Wykres 2. Cele ataków w 2013 roku (Phishing)

Źródło: jak wyk. 1.

Tabela 2. Ceny danych osobowych w „podziemiach” Internetu

1000 skradzionych adresów e-mail	0,50–10 dolarów
1 mln zweryfikowanych adresów e-mail	70–100 dolarów
dane karty kredytowej	0,50–20 dolarów
Skradziona tożsamość w grach komputerowych	10–15 dolarów
Skan prawdziwego paszportu	1–2 dolary
Zarejestrowana i aktywna karta SIM (telefony w Rosji)	100 dolarów
Spersonalizowany mailowa re	12–3500 dolarów

Źródło: dane z *Raportu SYMANTEC*, za: Dolata i Włodarczyk, 2016.

2. Aktualna oferta ubezpieczeniowa

Pierwszym ubezpieczycielem, który zaczął oferować cyberbezpieczenia na polskim rynku ubezpieczenia była spółka AIG (obecnie polski Oddział Colonnade Insurance S.A.). AIG – jedna z największych na świecie firm ubezpieczeniowych, prowadząca działalności w 130 krajach (w tym w USA), może w swojej działalności w Polsce wykorzystać doświadczenia z innych rynków ubezpieczeniowych. Co ciekawe – produkt ubezpieczeniowy został zakwalifikowanych do *financial lines* (czyli zespołu produktów ubezpieczeniowych charakteryzujących się znaczną indywidualnością zarówno jeśli chodzi o wycenę ryzyka, jak i wysokość potencjalnych strat;

linii produktów, do wyceny których bezzasadne jest używanie statystycznych modeli oceny i wyceny ryzyka).

Ubezpieczenie AIG (Colonnade) kierowane jest do każdej firmy, która zbiera, przetwarza lub przekazuje jakiegokolwiek dane. Ubezpieczony – w produkcji oferowanym pod nazwą handlową CyberEdge – otrzymuje wsparcie w sytuacji:

- włamania do systemu komputerowego, ataku hakerskiego, wycieku danych, zainstalowania złośliwego oprogramowania w sytuacji niewystarczającego zabezpieczenia systemu komputerowego;
- działalności przestępczej lub zwykłego zaniedbania ze strony pracowników, AIG (Colonnade) deklaruje ubezpieczonemu wsparcie firm wyspecjalizowanych w informatyce śledczej, kancelarii prawnych oraz ekspertów ds. public relations w celu zminimalizowania negatywnego wpływu na wizerunek ubezpieczonego.

Ubezpieczenie zostało skonstruowane w sposób modułarny (ubezpieczyciel oferuje możliwość wyboru kilku różnych klauzul – w zależności od indywidualnych potrzeb), dzięki czemu ochrona ubezpieczeniowa może być dopasowana dla przedsiębiorstwa dowolnej wielkości, działającego w niemal każdej branży.

Do wyboru ubezpieczający ma następujące klauzule:

- odpowiedzialność za dane osobowe i informacje handlowe – pokrycie finansowych konsekwencji wynikających z utraty lub bezprawnego użycia danych klientów lub pracowników, jak również wycieku informacji handlowych;
- zarządzanie kryzysowe – pokrycie kosztów zarządzania kryzysowego związanego z atakiem cybernetycznym, w tym usług świadczonych przez specjalistów IT zarządzających ryzykiem cybernetycznym, kosztów wynagrodzenia prawników oraz konsultantów PR, których zadaniem jest odbudowa reputacji firmy lub wizerunku osób indywidualnych. Ubezpieczenie pokrywa także koszty śledztwa informatycznego po zaistnieniu naruszenia bezpieczeństwa danych oraz niezbędne koszty powiadomień osób, których dane mogły zostać naruszone w wyniku wycieku;
- postępowanie administracyjne – pokrycie kosztów porad prawnych związanych z postępowaniem prowadzonym przez organ uprawniony do nadzoru nad bezpieczeństwem i przechowywaniem danych (Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych), jak również kar administracyjnych nałożonych przez właściwy urząd;
- dane elektroniczne – pokrycie kosztów ich odzyskania lub odtworzenia;
- zakłócenie w działaniu sieci – pokrycie kosztów utraty zysku spowodowanego zakłóceniem działania sieci ubezpieczonego w następstwie naruszenia bezpieczeństwa danych;
- działalność multimedialna – pokrycie szkód i kosztów obrony prawnej poniesionych wskutek naruszenia praw ochrony własności intelektualnej osoby trzeciej, w związku z treściami przekazywanymi za pośrednictwem mediów cyfrowych;

- próba szantażu – pokrycie kosztów niezależnych doradców, w celu ustalenia okoliczności szantażu, jak również kwoty okupu na rzecz osoby trzeciej grożącej ujawnieniem poufnych informacji bezprawnie uzyskanych z baz danych ubezpieczonego.

Koszty ochrony ubezpieczeniowej dla dużych przedsiębiorstw szacowane są zawsze w sposób indywidualny. Składka zależna jest:

- od przychodów przedsiębiorstwa,
- miejsca geograficznego generowania przychodów (Polska, UE, USA/Kanada, Azja, Australia i Ocenia inne...),
- rodzaju prowadzonej działalności,
- standardów zabezpieczenia informatycznego w przedsiębiorstwie w zakresie zabezpieczania, przechowywania i odzyskiwania danych,
- ilości podmiotów współpracujących (podwykonawcy),
- dotychczasowej historii szkodowości.

W 2016 roku AIG (Colonnade) rozpoczął przygotowanie pakietu ubezpieczeniowego dla małych firm, szacując, iż spółka z przychodami do 5 mln zł będzie musiała rocznie zapłacić 4,5 tys. zł, za ochronę ubezpieczeniową z limitami odpowiedzialności milion złotych (Wątor, 2016).

Kolejnym polskim ubezpieczycielem, który oferuje cyberbezpieczenia jest Ergo Hestia, skupiająca się aktualnie na promocji produktu.

Filozofia oferowania cyberproduktów przez tego ubezpieczyciela została jednak potraktowana dużo szerzej. Ergo Hestia chce być partnerem ubezpieczonego w procesie organizowania i zapewnienia bezpieczeństwa danych. Poprzez spółkę córkę (Hestię Loss Control) ubezpieczyciel oferuje swoim klientom przeprowadzenie testów penetracyjnych oraz wdrożenie programu szkoleń dla cybermanagerów, osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo firmy i wreszcie dla szeregowych pracowników.

Dodatковым elementem samego produktu ubezpieczeniowego jest szereg działań doradczych prowadzonych przez ubezpieczyciela (także na etapie oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia), w tym:

- zaproszenia na warsztaty eksperckie (dla kadry kierowniczej oraz wybranych osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo teleinformatyczne);
- audyt skuteczności stosowanych zabezpieczeń;
- weryfikacja istniejących zabezpieczeń technicznych (sprzęt) i organizacyjnych (dokumentacja);
- opracowanie dokumentacji (procedur) postępowania dla pracowników odnośnie do bezpieczeństwa teleinformatycznego;
- opracowanie planów ciągłości działania w sytuacji zaistnienia incydentu;
- opracowanie planów awaryjnych (odtworzeniowych) krytycznych obszarów działalności (*disaster recovery planning*).

Te wszystkie działania są dopełnieniem „standardowej” ochrony ubezpieczeniowej, która obejmuje 3 sekcje zdarzeń związanych z cyberatakami.

Tabela 3. Zakres ubezpieczenia od ryzyka cybernetycznego w ofercie Ergo Hestia S.A.

Sekcja I – dane elektroniczne	Sekcja II – koszty dodatkowe	Sekcja III – odpowiedzialność cywilna
pokrycie kosztów:		
<ul style="list-style-type: none"> • przywrócenia danych • zakupu nowego oprogramowania • odtworzenia danych • usunięcia złośliwego oprogramowania • przywrócenia dostępu do danych elektronicznych 	(otwarty katalog – w zależności od sytuacji), między innymi: <ul style="list-style-type: none"> • koszty public relations w celu przywrócenia reputacji i wizerunku • koszty przeniesienia danych na inne serwery • koszty porady prawnej • koszty ograniczenia skutków utraty danych 	<ul style="list-style-type: none"> • odtworzenia/przywrócenia danych u poszkodowanych osób trzecich • przywrócenia systemu u osób trzecich • działania specjalistów w zakresie informatyki śledczej • koszty postępowania administracyjnego związanego z ochroną danych osobowych (GIODO) oraz ochrona praw własności intelektualnej (Urząd Patentowy) • utracone korzyści poniesione przez osoby trzecie powstałe w skutek uszkodzenia, utraty danych elektronicznych lub wycieku danych personalnych osób trzecich

Źródło: na podstawie materiałów informacyjnych ERGO HESTIA, <http://cyberochrona.ergohestia.pl/> (04.09.2017).

Ubezpieczyciel (Ergo Hestia) aspiruje zatem do roli doradcy/partnera w zakresie bezpieczeństwa informatycznego, czyli wykracza dość istotnie poza „klasyczny” model organizowania ochrony ubezpieczeniowej.

Koszty ochrony ubezpieczeniowej, przy ubezpieczeniu z sumą miliona złotych, wyniosą w Hestii od 7 do 14 tys. zł w skali roku.

Tabela 4. Przykładowe scenariusze wypadków ubezpieczeniowych

Kradzież danych przez pracownika	pracownik, który miał dostęp do poufnych danych zламаł system zabezpieczenia i uzyskał nieautoryzowany dostęp; doszło do kradzieży danych elektronicznych
Zablokowanie dostępu do danych i/lub komputerów	nieznani sprawcy przeprowadzili atak na komputery i stacje robocze; wstrzymanie pracy przez zakład
Uszkodzenie oprogramowania	zainfekowanie drogą e-mailową (zainfekowany załącznik przesłany do pracownika) systemów i programów

Utrata danych klientów	atak hakerki spowodował utratę danych klientów i wszczęcie postępowania przed GIODO
Utracone korzyści	np. wydawca lokalnej gazety pada ofiarą ataku, za który odpowiedzialność ponosi ubezpieczony, na skutek ataku następuje awaria systemów informatycznych, nie ukazuje się dzienny nakład gazety, brak sprzedaży

Źródło: jak tab. 3.

3. Przyszłość cyberubezpieczeń

Jak pokazują dane z rozwoju rynku cyberubezpieczeń w innych krajach – Polska ma znaczny potencjał do wykorzystania jeśli chodzi o rozwój cyberubezpieczeń. Szans rozwoju tego segmentu rynku ubezpieczeniowego można upatrywać w:

- rosnącej skali problemu cyberataków i co za tym idzie stopniowym wzroście świadomości potrzeby posiadania tego typu ochrony ubezpieczeniowej u właścicieli przedsiębiorstw i kadry zarządzającej⁵;
- rozbudowie oferty ubezpieczeniowej o szereg usług dodatkowych, np. wsparcie wyspecjalizowanych firm PR, kancelarii prawnych, specjalistów ds. bezpieczeństwa IT – jak pokazuje to formuła oferowania produktów ubezpieczeniowych przez Hestię, ale i – choć w mniejszym stopniu – AIG (Colonnade);
- powstawanie oferty ubezpieczeniowej kierowanej do małych i mikrofirm, z relatywnie niską składką.

Cyberataki rozwijają się jednak na świecie co najmniej od 30 lat, dlatego można powiedzieć, że postęp rozwoju ochrony ubezpieczeniowej cyberzagrożeń jest zdecydowanie bardzo wolny. Świadczy to o dużej ostrożności ubezpieczycieli – ale także o tym, iż istnieje jednak szereg barier hamujących rozwój tych produktów.

Do takich barier – po stronie odbiorców cyberubezpieczeń – można zliczyć:

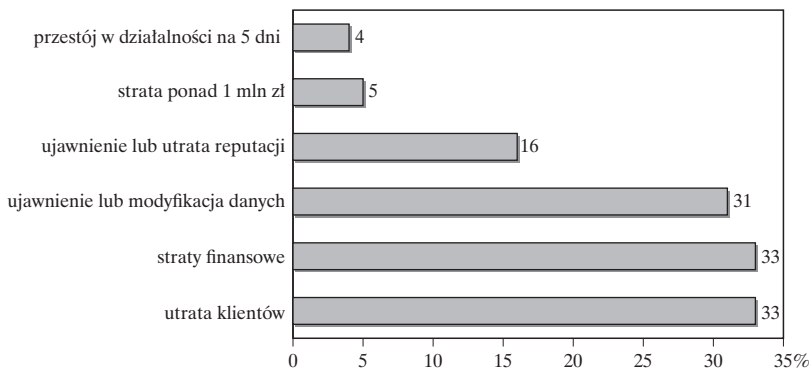
- ciągle niską świadomość związaną z cyberzagrożeniami (zarówno po stronie kadry kierowniczej, jak i po stronie pracowników)⁶;

⁵ Świadomość ta wymuszana jest także zaostrzającymi się przepisami prawa. W maju 2018 roku – zastępując przepisy krajowe – wejdzie w życie unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO), które będzie dotyczyć wszystkich przedsiębiorców. RODO wprowadza wiele istotnych zmian w podejściu do spełnienia wymagań zabezpieczania danych osobowych. Przykładowo wszystkie incydenty związane z naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych będą musiały być zgłaszane w ciągu 72 godzin do organu regulacyjnego; każdy rodzaj biznesu przetwarzający dane osobowe będzie musiał przeprowadzić analizy ryzyka związane z bezpieczeństwem danych i zostanie zobowiązany do wdrożenia adekwatnych zabezpieczeń.

⁶ Wiedza o łatwości dokonania cyberataku poprzez jakiegokolwiek urządzenie elektroniczne nie jest powszechnie znana, użytkowanie firmowych laptopów do celów prywatnych, podłączanie do nich urządzeń mobilnych w celu przegrania, np. zdjęć z wakacji, logowanie się na serwery

- pomimo szeregu formalnych działań dotyczących ochrony danych osobowych – ciągle niską świadomość zagrożeń związanych z bezpieczeństwem danych, w tym danych osobowych;
- wkraczanie przez ubezpieczyciela na szczególnie wrażliwy obszar działalności przedsiębiorstwa – jak pokazuje praktyka, nawet jeśli przedsiębiorstwa zdają sobie sprawę z faktu, iż padły w jakimś momencie ofiarą cyberataku niechętnie się do tego przyznają i jeśli tylko nie muszą – nie podają takich danych do publicznej wiadomości;
- relatywnie wysokie koszty składki ubezpieczeniowej; składka dla dużych i średnich przedsiębiorstw nie stanowi obecnie bariery w nabyciu cyberubezpieczenia, jednakże dla małych i mikroprzedsiębiorstw proponowana cena ubezpieczenia jest ciągle zbyt wysoka; w perspektywie – do tego segmentu rynku winno być oferowane ubezpieczenie tańsze, być może z okrojonym zakresem ochrony; ubezpieczenie, które można byłoby włączyć do ubezpieczeń pakietowych⁷;
- brak oferty oferowanej gospodarstwom domowym, nawet na bardzo podstawowym poziomie (np. pokrycie kosztów pomocy w odzyskaniu danych po ataku, przeprowadzenie reinstalacji systemu, pokrycie kosztów skanowania komputera lub innego urządzenia mobilnego itp.).

Wykres 3. Konsekwencje cyberataków w firmach



Źródło: opracowanie na podstawie: PWC, 2016.

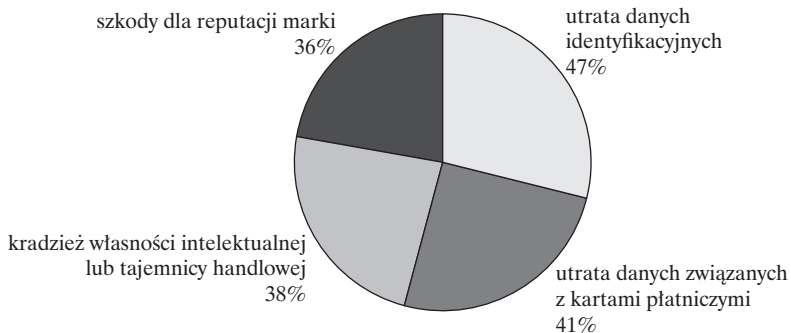
firmy z przypadkowych urządzeń elektronicznych – to wszystko otwiera drzwi cyberprzestępcom.

⁷ Najbardziej prawdopodobnym scenariuszem jest tu jednak przejęcie tego typu usług przez firmy assistance (świadczenie pomocy informatycznej). Ubezpieczyciele, którzy „ostrożnie” budują swój portfel klientów mogą przegrać na tym polu walkę z dynamicznymi operatorami usług assistance.

Szereg barier powodujących tak powolny rozwój rynku cyberbezpieczeństwa istnieje także po stronie ubezpieczycieli. Należy do nich zaliczyć:

- ciągły brak/niedostateczną ilość danych historycznych dotyczących szkodowości (brak szerokich danych statystycznych stanowiących podstawę do zastosowania „klasycznych” modeli matematycznych pozwalających na szacowanie ryzyka);
- trudności z szacowaniem wartości świadczenia odszkodowawczego (roszczenia związane z utratą danych osobowych, wyciekiem informacji, utratą wizerunku przedsiębiorstwa itp. – za każdym razem są szacowane indywidualnie; wysokość roszczeń zależy od wielu czynników: skali wycieku danych, nagłośnienia medialnego problemu, miejsca, w którym doszło do zdarzenia (miasto, państwo), branży, której dotyczy problem itp.);
- brak wykwalifikowanej kadry ubezpieczeniowej oraz zaplecza specjalistów w zakresie bezpieczeństwa danych (w kontekście ochrony ubezpieczeniowej).

Wykres 4. Rodzaje roszczeń odszkodowawczych z tytułu ataków



Źródło: jak wyk. 3.

Reasumując, cyberbezpieczeństwo powoli „pukają do naszych drzwi”. Choć ubezpieczyciele na rynku polskim ciągle jeszcze zbierają dane i uczą się. Można jednak już dziś wyróżnić kilka cech charakterystycznych tej grupy ubezpieczeń. Będą to produkty:

- związane z indywidualną oceną ryzyka (w dużej mierze zbliżone do grupy ubezpieczeń finansowych);
- wykorzystujące szereg usług dodatkowych proponowanych ubezpieczonym albo na poziomie oceny ryzyka (audyty, testy systemów, szkolenia), albo na poziomie kompensaty szkody (wyspecjalizowane agencje PR, specjaliści w zakresie bezpieczeństwa IT);
- w ograniczonych zakresach mogą być oferowane mikroprzedsiębiorstwom, gospodarstwom domowym w ramach usług assistance.

Bibliografia

- Dolata, T., Włodarczyk, D. (2016). Ryzyko cybernetyczne – 229 dni nieświadomości. *Risk Focus, Oblicza ryzyka*, 2.
- Góralski, P. (2017). *Cyberbezpieczenia – wyzwania i szanse*. Pozyskano: <http://www.cyberdefence24.pl/> (04.09.2017).
- KASPERSKY LAB REPORT, *Financial cyber threats in 2013*. Raport.
- PwC. (2016). *W obronie cyfrowych granic, czyli 5 rad, aby realnie wzmocnić ochronę firmy przed CYBER ryzykiem*. PwC Polska Sp. z o.o., styczeń. Pozyskano: www.pwc.pl (02.05.2016).
- PWC. (2016a). *Raport Z badania stan bezpieczeństwa informacji w Polsce*. Pozyskano: www.pwc.pl (05.09.2017).
- PWC. (2017). *Raport Ochrona biznesu w cyfrowej transformacji, czyli 4 kroki do bezpiecznej firmy*. Pozyskano: www.pwc.pl (05.09.2017).
- Raport bezpieczeństwa 2015*, Check Point Software Technologies LTD.
- Raporty o stanie bezpieczeństwa cyberprzestrzeni RP (coroczne publikacje za lata 2010–2015)*. Rządowy Zespół Reagowania na Incydenty Komputerowe. Pozyskano: www.cert.gov.pl.
- Wątor, J. (2016). Ubezpieczenie od cyberprzestępstw. Uwaga na wyłączenia. Czy to się opłaca?, *Gazeta Wyborcza.biz/Wiadomości, Biznes/Ludzie/Pieniądze* (15.02.2016). www.cyberochrona.ergohestia.pl
- www.aig.pl

PAWEŁ GOŁĄB*

Outsourcing w działalności ubezpieczeniowej

Streszczenie

Celem rozdziału jest pokazanie złożoności outsourcingu usług finansowych oraz rodzajów ryzyka z nim związanych, w świetle nowych regulacji ubezpieczeniowych. Opierając się na obowiązujących definicjach, opisano przyczyny wykorzystywania zewnętrznych podmiotów w działalności przedsiębiorstw z uwzględnieniem działalności ubezpieczeniowej. Umiejscowiono outsourcing w istniejących teoriach ekonomicznych w szczególności teorii kosztów transakcyjnych. Przeprowadzono analizę najczęściej diagnozowanych rodzajów ryzyka związanego z outsourcingiem w instytucjach finansowych w tym w ubezpieczeniach. Określono jego miejsce w systemie zarządzania zakładu ubezpieczeń oraz pokazano cele i sposoby zarządzania ryzykiem outsourcingu. Rozdział został napisany w oparciu o wiedzę teoretyczną oraz doświadczenie praktyczne autora zajmującego się na co dzień tą problematyką.

Słowa kluczowe: outsourcing, ryzyko, system zarządzania, przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe, zarządzanie ryzykiem.

Abstract

The aim of the article is to show the complexity and the growing role of outsourcing in financial services, in the light of new insurance regulations. Based on existing definitions, describes the causes of the use of external entities in the activities of enterprises with regard to insurance activities. Outsourcing positioned in the existing economic theories, in particular, the theory of transaction costs. An analysis of the most commonly diagnosed types of risks associated with outsourcing in financial institutions including insurance. Determined its place in the system of governance of an insurance enterprises and illustrated the aims and methods of outsourcing risk management. The article was written based on theoretical knowledge and practical experience of the author's dealing with every day this issue.

Keywords: outsourcing, risk, management system, insurance company, risk management.

Wprowadzenie

Outsourcing stał się ostatnio jednym z najbardziej istotnych, a zarazem kontrowersyjnych tematów z zakresu nauk zarządzania. W erze międzynarodowej integracji rynków stanowi ważny instrument utrzymania konkurencyjności przedsiębiorstw,

* Dr inż. Paweł Gołąb – Wydział Zarządzania, Politechnika Warszawska, ul. Narbutta 85, 02-524 Warszawa; e-mail: 1.pawel.golab@gmail.com.

stanowiąc szansę rozwoju gospodarczego zarówno poszczególnych krajów, jak i całej gospodarki światowej. Współczesny rynek ubezpieczeń jest bardzo konkurencyjny, zróżnicowanie obsługi klienta jest bardzo małe, a postrzeganie marki oraz ceny produktów ubezpieczeniowych są stosunkowo podobne. Jest to powodem stosowania przez zakłady ubezpieczeń w ich strategii coraz szerzej outsourcingu. Celem rozdziału jest pokazanie złożoności outsourcingu usług finansowych oraz rodzajów ryzyka z nim związanych w świetle nowych regulacji ubezpieczeniowych. Outsourcing umiejscowiono w istniejących teoriach ekonomicznych, w szczególności w teorii kosztów transakcyjnych. Przeprowadzono analizę najczęściej diagnozowanych rodzajów ryzyka związanego z outsourcingiem w instytucjach finansowych, w tym w ubezpieczeniach. Określono jego miejsce w systemie zarządzania zakładem ubezpieczeń oraz pokazano cele i sposoby zarządzania ryzykiem outsourcingu.

1. Pojęcie i przyczyny outsourcingu

Wykorzystywanie wyspecjalizowanych podmiotów posiadających odpowiednią wiedzę i kompetencje do realizacji procesów przedsiębiorstwa macierzystego nazywane jest outsourcingiem. Jest to więc koncepcja pozwalająca na rozszerzanie dostępu do zasobów fizycznych, informacyjnych, niematerialnych, a także ludzkich, bez powiększania rozmiarów organizacji macierzystej (Dominguez, 2009, s. 27). Sens outsourcingu zasadza się na powierzeniu innemu podmiotowi czynności, które teoretycznie mogłyby być wykonane w ramach powierzającego przedsiębiorstwa (Trocki, 2010 s. 13). Nazwa outsourcing pochodzi od skrótu trzech angielskich słów: *outside resource using* – co oznacza używanie zasobów zewnętrznych. Bardzo podobne co do intencji definicje znajdują się w Dyrektywie Solwency II¹ i ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej². Outsourcing w tych regulacjach jest określony jako: „umowa między zakładem ubezpieczeń albo zakładem reasekuracji a dostawcą usług, na podstawie której dostawca usług wykonuje proces usługę lub działanie, które w innym przypadku zostałyby wykonane przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji, a także umowę, na podstawie której dostawca usług powierza wykonanie takiego procesu, usługi lub działania innym podmiotom, za pośrednictwem których wykonuje on dany proces usługę lub działanie”.

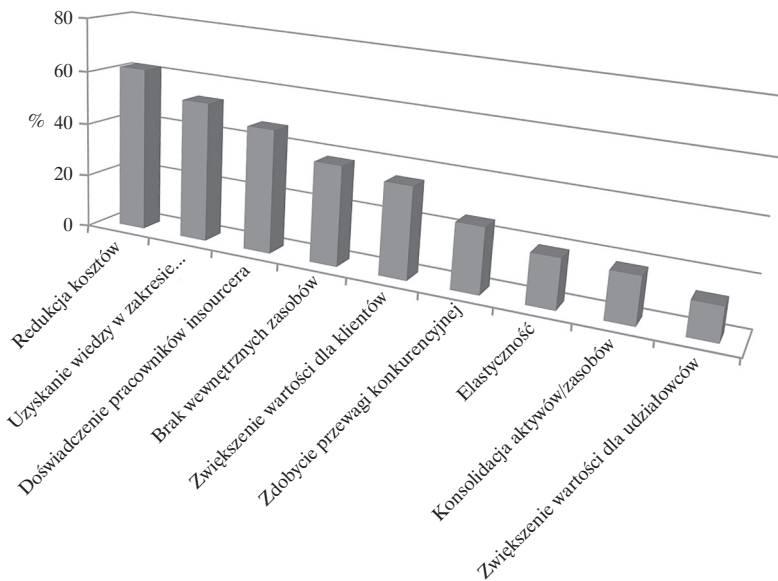
Specyficzną formą outsourcingu jest offshoring, polegający na realizacji procesów lub usług przez podmiot działający w innej jurysdykcji. Powodem wyboru zagranicznej lokalizacji mogą być przede wszystkim niższe koszty operacyjne. Oczywiście w przypadku zintegrowanych grup kapitałowych przyczyny mogą być bardziej złożone. Taki

¹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłącalność II).

² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz.U. 2015 poz. 1844.

sposób działania wiąże się z ekspozycją przedsiębiorstwa na specyficzne rodzaje ryzyka, która niejednokrotnie przewyższa poziom ryzyka występującego w outsourcingu lokalnym (np. ryzyko geopolityczne, językowe, kulturowe). Bezapelacyjnie najważniejszym powodem skłaniającym przedsiębiorstwa do wykorzystywania outsourcingu jest redukcja kosztów. Obniżenie kosztów stałych nawet o 50% następuje w wyniku restrukturyzacji procesów w przedsiębiorstwie macierzystym (Maciejewicz, 1999). Głównym determinantem obniżenia kosztów jest najczęściej redukcja personelu oraz minimalizacja kosztów związanych z obsługą infrastruktury firmy. Zastosowanie outsourcingu umożliwia skoncentrowanie się na kluczowych kompetencjach, jakie posiada przedsiębiorstwo zlecające usługi. Współpraca z dostawcą daje możliwość dostępu do najnowszej, a co za tym idzie drogiej technologii oraz do najnowszych praktyk rynkowych. Pracownicy insourcera (zleceniobiorcy), działając w imieniu i na rzecz outsourcera (zleceniodawcy), stają się niejako jego „twarzą”, dzięki czemu outsourcer zdobywa dostęp do wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego. Podstawowe czynniki powodujące korzystanie z outsourcingu przedstawia wykres na rysunku 1.

Rysunek 1. Główne czynniki inicjatyw outsourcingowych



Źródło: Deloitte, *Outsourcing – ryzyka, audyt outsourcingu*, wrzesień 2012, prezentacja, <http://piu.org.pl/>.

Przyczyny wykorzystywania outsourcingu wskazywane przez banki pokrywają się w większości z wymienionymi powyżej i obejmują: redukcję kosztów operacyjnych, zwiększenie jakości świadczonych usług, zwolnienie własnych zasobów do innych celów oraz przyspieszenie pojawienia się korzyści (Kowalewska, 2013). Na gruncie

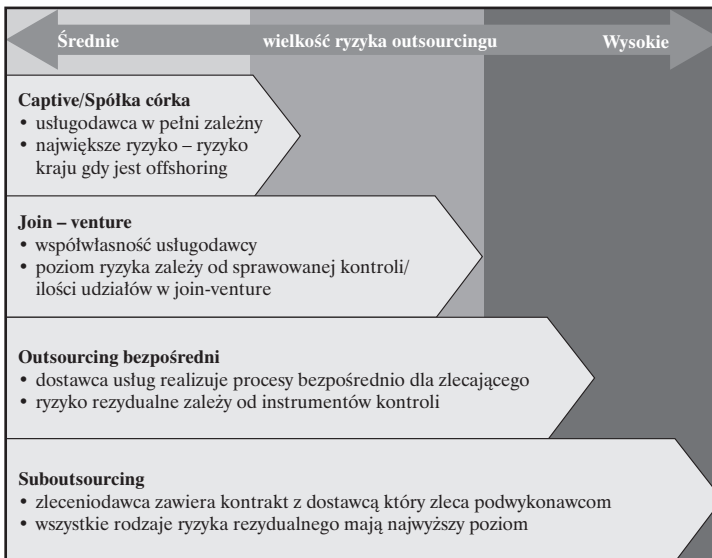
polskim brakuje kompleksowych badań przyczyn stosowania outsourcingu przez zakłady ubezpieczeń. Jedyne badanie przeprowadziła w 2002 roku Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (Świsłowski, 2002). Według ankietowanych ubezpieczycieli przyczynami stosowania tego narzędzia była chęć poprawy rentowności prowadzonej działalności, uproszczenie organizacji macierzystej oraz skuteczniejsze zarządzanie zmianami.

2. Rodzaje outsourcingu

Ze względu na rodzaj powiązań wyróżniamy outsourcing kapitałowy i kontraktowy (Trocki, 2001, s. 37). W przypadku **outsourcingu kapitałowego** pomiędzy partnerami posiadającymi osobowość prawną występują powiązania kapitałowe. Outsourcing kapitałowy jest jedną z dróg tworzenia grup kapitałowych, polegającą na wydzieleniu z przedsiębiorstwa macierzystego części działalności i utworzenia podmiotu zależnego do jej realizacji. Natomiast **outsourcing kontraktowy** występuje, gdy zleceniodawca i podmiot świadczący usługi nie są ze sobą powiązani kapitałowo, a są odrębnymi podmiotami związanymi zawartym kontraktem na realizację określonej działalności. Outsourcing można podzielić również ze względu na znaczenie dla firmy. Jeżeli zlecana działalność przynosi korzyści w dłuższym okresie czasu, a jej charakter ma zasadnicze znaczenie dla przedsiębiorstwa, jest to **outsourcing strategiczny**. Decyzje o jego uruchomieniu podejmuje najwyższe kierownictwo, biorąc pod uwagę krytyczne czynniki sukcesu realizacji strategii. Jeżeli horyzont czasowy jest krótszy i/lub waga zlecanej działalności jest mniejsza, mamy do czynienia z **outsourcingiem taktycznym** (Trocki, 1999, s. 59). W latach osiemdziesiątych XX wieku, gwałtowny rozwój outsourcingu rozpoczął się od zlecenia do podmiotów zewnętrznych obsługi informatycznych. Usługi informatyczne były traktowane jako procesy wsparcia i większość umów outsourcingowych dotyczyła procesów wspierających podstawową działalność: administracja, logistyka, zakupy itp. Stosunkowo późno zaczęto realizować procesy biznesowe, wykorzystując podmioty zewnętrzne. Stosując ten podział obszarowy, można wyróżnić **outsourcing technologii informatycznych – ITO** (Information Technology Outsourcing) (St. Armant, 2010), polegający na rozwoju aplikacji, utrzymaniu systemów IT, wsparciu produkcyjnym itp. Drugim rodzajem, outsourcingu notującym szybki wzrost jest **outsourcing procesów biznesowych – BPO** (Business Proces Outsourcing) obejmujący funkcjonowanie call-center, zarządzanie zasobami ludzkimi, księgowość itp. (Deloitte, 2013). Z technologicznego punktu widzenia, outsourcing technologii. Według Tower Group i FDIC (Federal Deposit Insurance Corporation, 2004) istnieją cztery różne modele outsourcingu: captive bezpośredni (spółka zależna), joint venture, usługodawca bezpośredni, usługodawca pośredni (suboutsourcer). Dominujący rodzaj ryzyka i jego wielkość zależy od zastosowanego modelu outsourcingu. W przypadku pełnej własności podmiotu realizującego usługę w innej jurysdykcji, największa ekspozycja jest na ryzyko kraju.

Gdy usługodawca zakłada ze zlecającym wspólne przedsięwzięcie joint-venture poziom ryzyka zależy od proporcji udziałów, co się przekłada na możliwość sprawowania kontroli. W tym przypadku ryzyko mieści się na średnim poziomie. Zdecydowanie najwyższe ryzyko występuje w przypadku outsourcingu kontraktowego, gdy insourcerem jest podmiot niepowiązany kapitałowo z outsourcerem. Poziom ryzyka zależy od stosowanych instrumentów kontrolnych. W sytuacji korzystania z podwykonawców tzw. suboutsourcingu ryzyko przyjmuje najwyższe wartości. Konkludując, **poziom ryzyka jest odwrotnie proporcjonalny do procentu własności**. Rysunek 2 przedstawia zależność poziomu ryzyka od wybranego modelu outsourcingu.

Rysunek 2. Wielkość ryzyka w zależności od modelu outsourcingu



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Federal Deposit Insurance Corporation, 2004, s. 13.

3. Outsourcing w teoriach ekonomicznych

Powstanie zjawiska outsourcingu najlepiej tłumaczy **teoria kosztów transakcyjnych** opracowana przez R.H. Coase'a i O. Williamsona (1998, s. 32). Według Coase'a podstawowym czynnikiem determinującym outsourcing jest wysokość kosztów transakcyjnych. W przypadku, gdy zlecenie działalności na zewnątrz organizacji może się wiązać z wysokimi kosztami transakcyjnymi, realizacja powinna zostać w przedsiębiorstwie. Natomiast, gdy koszty transakcyjne są niskie, ekonomicznie opłacalny dla organizacji jest outsourcing (Hood i Stein, 2003 s. 511).

Istotne podejście do zjawiska outsourcingu zostało wypracowane przez Williamsona poprzez poszerzenie teorii kosztów transakcyjnych o dodatkowe 3 główne czynniki pozakosztowe wpływające na podjęcie decyzji o outsourcingu, są to:

- 1) specyfika aktywów – usługodawcy dysponują specyficznymi aktywami umożliwiającymi obniżenie kosztów transakcyjnych;
- 2) niepewność – zlecenie działalności poza przedsiębiorstwo macierzyste wiąże się z niepewnością osiągnięcia zakładanych celów, co jest ryzykiem strategicznym;
- 3) unikalność usługi – zleceniodawca posiada specyficzne zasoby i umiejętności umożliwiające dostarczenie usług na poziomie ilościowym i jakościowym niemożliwym do osiągnięcia przez zlecającego.

Dlatego też w jego opinii podejmowanie decyzji o outsourcingu musi się opierać na szczegółowych analizach, które oprócz kosztów transakcyjnych będą brały pod uwagę czynniki pozakosztowe oraz współzależności występujące między realizowanymi funkcjami.

Koncepcja outsourcingu swe założenia czerpie również z **teorii agencji**, a w szczególności z jej nurtu pryncypał – agent, zakładającego, że funkcjonowanie przedsiębiorstw oparte jest na sieci kontraktów (Gruszecki, 2002, s. 217). Celem tej teorii jest wybór najefektywniejszej formy kontraktu pomiędzy pryncypałem a agentem, co w przypadku outsourcingu oznacza zleceniodawcę i usługodawcę. Teoria agencji zajmuje się również problemem dzielenia ryzyka pomiędzy pryncypałem a agentem, mających odmienne cele funkcjonowania. Odmienne podejście do ryzyka przez partnerów kontraktu powoduje tzw. problem agencji wynikający m.in. z asymetrii informacji pomiędzy stronami oraz tzw. pokusy nadużycia, polegającej na zmianie zachowań w zależności od wielkości ekspozycji na ryzyko. Pryncypał mający niechętny stosunek do ryzyka będzie się starał przerzucić ryzyko na usługodawcę. Teoria agencji ma wiele cech wspólnych z teorią kosztów transakcyjnych, różnicą jest obszar badawczy. Teoria kosztów transakcyjnych odnosi się do obszaru przedsiębiorstwa, natomiast teoria agencji przekracza granice organizacji.

Koncepcja outsourcingu czerpie również z **teorii zasobowej i kontraktualnej** (Matejun, 2015, s. 216). Ta pierwsza wskazuje na unikalność zasobów i kompetencji jako warunku wyróżniającego firmę wśród konkurencji. Stopień dostosowania tych cech do strategii organizacji stanowi o jej efektywności funkcjonowania, co się przekłada na zdobycie przewagi konkurencyjnej. Z kolei teoria kontraktualna zakłada, że przedsiębiorstwo jest zestawem kontraktów nadzorowanych przez organizatora w celu kontroli zasobów. Kontraktor zaś zawiera umowy z podmiotami, tworząc i koordynując sieć powiązań. Teoria ta tłumaczy istotę organizacji sieciowej, będącej formą najbardziej dojrzałego outsourcingu (Malarewicz-Jakubów i Tanajewska, 2014).

4. Rodzaje ryzyka związane z outsourcingiem

Wykorzystanie outsourcingu w działalności ubezpieczeniowej generuje różne rodzaje ryzyka. Niektóre ryzyka są nieodłącznym elementem samego outsourcingu, podczas gdy inne powstają za sprawą usługodawcy. Jeśli ryzyko nie jest zarządzane efektywnie, korzystanie z outsourcingu może narazić ubezpieczyciela na straty finansowe, działania prawne i utratę reputacji. Sytuacja taka może skutkować realnym pogorszeniem się poziomu świadczonych usług, a nawet z rezygnacją z tego narzędzia i realizacją procesów z powrotem przez przedsiębiorstwo. Różne instytucje krajowe i międzynarodowe określały rodzaje ryzyka związanego z outsourcingu. Zestawienie znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaje ryzyka związanego z outsourcingiem instytucji finansowych

Rodzaje ryzyka	Instytucje wskazujące ryzyko				Liczba wskazań
	JF	FDIC	FFIEC	FRS	
Reputacyjne	X	X	X	X	4
Zgodności	X	X	X	X	4
Strategiczne	X	X	X		3
Operacyjne/transakcyjne	X	X		X	3
Kredytowe/ kontrahenta	X	X			2
Koncentracji	X			X	2
Kraju		X		X	2
Rynkowe			X		1
Prawne				X	1
Transparentności	X				1
Strategii wyjścia	X				1

JF: Joint Forum; FDIC: Federal Deposit Insurance Corporation; FFIEC: Federal Financial Institutions Examination Council; FRS: Federal Reserve System.

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej wskazywane **ryzyko reputacyjne** powstaje, gdy działanie lub niska jakość usług świadczonych przez insourcera powoduje złą opinię o instytucji finansowej. Nieprzestrzeganie norm, standardów i procedur określonych przez regulatora i/lub zlecającego wpływa na postrzeganie firmy na rynku. Ryzyko reputacyjne powstaje również w wyniku realizacji wszystkich innych rodzajów ryzyka.

Ryzyko zgodności (*compliance*) powstaje, gdy usługi, produkty lub działalność usługodawcy nie jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami branżowymi. Brak zgodności może narazić instytucję na kary finansowe lub pozwy sądowe. Ten rodzaj ryzyka powstaje również w wyniku braku monitoringu zmian w przepisach prawa i regulacjach branżowych.

Ryzyko strategiczne to brak zgodności realizowanej działalności przez insourcera z celami strategicznymi outsourcera. Ten rodzaj ryzyka powstaje, gdy zleceniobiorca dąży do maksymalizacji zysków kosztem zleceniodawcy, np. poprzez celowe obniżanie jakości usług przy niezmiennym wynagrodzeniu czy też wymuszaniu zmian w zapisach kontraktu w sytuacji monopolistycznej pozycji usługodawcy na rynku.

W każdym procesie uczestniczącym w dostawie produktów lub usług ubezpieczeniowych istnieje **ryzyko operacyjne**. Czynnikiem tego ryzyka są błędy w procesach, systemach, pracownicy lub zdarzenia zewnętrzne. Na jego poziom ma wpływ złożoność procesów, jakość systemów IT oraz funkcjonowanie systemu kontroli wewnętrznej zarówno zlecającego, jak i usługodawcy. Istotnym czynnikiem ograniczającym jest zagwarantowanie przez dostawcę posiadanie i testowanie planów ciągłości działania oraz planów odtworzenia IT.

Pozostałe rodzaje ryzyka to **ryzyko kredytowe** realizujące się w sytuacji niewypłacalności usługodawcy, **ryzyko koncentracji** i systemowe polegające na realizowaniu usług przez dostawców mających monopolistyczną pozycję na rynku oraz **ryzyko kraju**, szczególnie istotne w przypadku usług offshore, zależne od czynników zewnętrznych – politycznych, ekonomicznych, społecznych i regulacyjnych kraju lokalizacji insourcera. Dodatkowymi czynnikami ryzyka outsourcingu jest możliwość utraty elastyczności strategicznej zleceniodawcy oraz utrata spójności wewnętrznej organizacji na skutek przerwania łańcucha wartości. Szczególnie wysokie ryzyko występuje w przypadku nieplanowanych przerw w dostawach usług oraz niska jakość ich świadczenia. Bardzo groźnym czynnikiem jest spadek morale pracowników ubezpieczyciela w sytuacji przekazania istotnej części działalności do insourcera i związanych z tym redukcjami zatrudnienia. Dodatkowymi zagrożeniami są potencjalne wycieki poufnych informacji ubezpieczeniowych oraz utrata praw własności intelektualnej (Hood i Stein, 2003, s. 512).

Mimo tych wad i zagrożeń zarządy instytucji finansowych decydują się na outsourcing, ponieważ zyskują znaczną redukcję kosztów, możliwość koncentracji na kluczowych obszarach działania, wzrost wydajności i stabilności środowiska banku (dzięki standaryzacji procedur i procesów) oraz możliwość wykorzystania outsourcingu jako metody na reorganizację przedsiębiorstwa (Górka, 2005, s. 36).

5. Outsourcing w działalności ubezpieczeniowej

Regulacje dotyczące outsourcingu w instytucjach ubezpieczeniowych pełnią szczególną funkcję ze względu na status tych instytucji w gospodarkach państw oraz ich wpływ na funkcjonowanie w życiu gospodarczym podmiotów, które powierzyły im swe aktywa na przechowanie, zarząd lub je ubezpieczyły (Pietkiewicz, 2013, s. 9). Przepisy dotyczące outsourcingu regulowanego wprowadzane są stopniowo w kolejnych rodzajach instytucji finansowych, począwszy od banków³ (art. 6a–6d

³ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz.U. z 2015 r. poz. 128).

ustawy – Prawo bankowe), przez domy maklerskie⁴ (art. 81a–81g ustawy o obrocie instrumentami finansowymi), towarzystwa funduszy inwestycyjnych – TFI⁵ (art. 45a ustawy o funduszach inwestycyjnych) (Czublun, 2010). Zakłady ubezpieczeń i reasekuracji doczekały się uregulowań obszaru outsourcingu w obowiązującej od stycznia 2016 ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej⁶ (art. 46, art. 73–77, art. 342; 348; 351; 363). Do najważniejszych elementów opisujących outsourcing należą (Wieczorek-Bartczak, 2016):

- wprowadzenie definicji outsourcingu,
- umożliwienie outsourcingu funkcji należących do systemu zarządzania,
- określenie wprost możliwości przekazywania dostawcom usług informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową,
- wprowadzenie wymogów dot. outsourcingu,
- wprowadzenie dodatkowych wymogów w zakresie outsourcingu ważnych lub podstawowych czynności oraz funkcji należących do systemu zarządzania,
- wprowadzenie obowiązków notyfikacyjnych,
- uregulowanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za outsourcing (brak możliwości wyłączenia/ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone ubezpieczającym/ubezpieczonym/uprawnionym wskutek niewykonania/nienależytego wykonania outsourcingu),
- przyznanie KNF nowych uprawnień w zakresie outsourcingu.

Zakłady ubezpieczeń mogą w drodze outsourcingu powierzyć do realizacji innym podmiotom:

- czynności ubezpieczeniowe wymienione w art. 4 ustawy,
- funkcje należące do systemu zarządzania (audyt wewnętrzny, zarządzanie ryzykiem, aktuariat, *compliance*) oraz,
- pozostałe procesy, funkcje i usługi o ile wspierają działalność ubezpieczeniową.

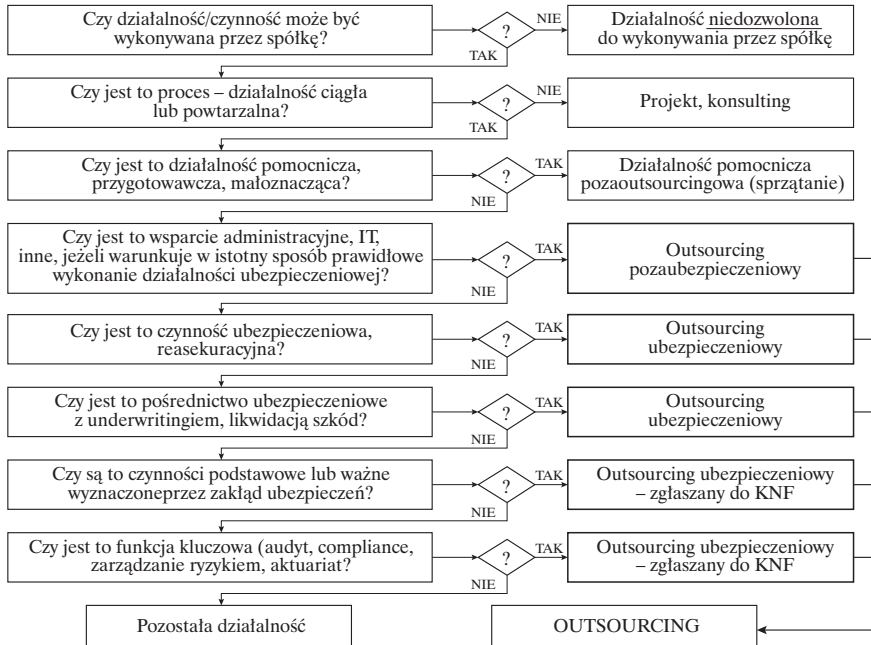
Umowy dotyczące działalności pomocniczej, przygotowawczej, administracyjnej, a w szczególności jednorazowe nie są traktowane jako outsourcing.

Podmiotami świadczącymi usługi zakładom ubezpieczeń i reasekuracji mogą być przedsiębiorstwa usługowe polskie, zagraniczne, pośrednicy ubezpieczeniowi (w przypadku przeprowadzania underwritingu) oraz inne zakłady ubezpieczeń (np. uczestniczące w systemie bezpośredniej likwidacji szkód). Do oceny czy dany kontrakt nosi znamiona outsourcingu można wykorzystać drzewo decyzyjne przedstawione na rysunku 3.

⁴ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz.U. 2005 Nr 183, poz. 1538).

⁵ Ustawa z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz.U. 2004 Nr 146, poz. 1546).

⁶ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844).

Rysunek 3. Klasyfikacja umowy outsourcingowej w ubezpieczeniach

Źródło: opracowanie własne.

Outsourcing jako jeden z 15 elementów systemu zarządzania zakładem ubezpieczeń podlega szczegółowej regulacji. Ubezpieczyciele muszą spełniać 4 podstawowe warunki:

- 1) posiadać wyznaczone ogólne ramy outsourcingu,
- 2) określić zasady identyfikowania i wyboru usługodawcy,
- 3) zdefiniować i stosować zapisy kontraktu,
- 4) zarządzać outsourcingiem, w tym jego ryzykiem.

Jedną z większych trudności zarówno dla nadzoru, jak i uczestników rynku ubezpieczeniowego jest określenie podstawowych i ważnych funkcji lub czynności operacyjnych działalności ubezpieczeniowej. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w art. 46 ust. 4 nakłada na ubezpieczycieli obowiązek wyznaczenia i sporządzenia wykazu czynności uznawanych przez zakład ubezpieczeń za podstawowe lub ważne i które zamierza outsoursować. Ustawodawca pozostawił tu całkowitą dowolność w kształtowaniu outsourcingu regulowanego, co z jednej strony jest wygodne dla przedsiębiorstwa, nic bowiem nie jest narzucone ustawowo, z drugiej zaś – sprawia menedżerom kłopoty interpretacyjne, co powinno być uznane za taką kategorię funkcji i czynności.

Jest istotne o tyle, ponieważ zarówno dyrektywa Wypłacalność II, jak i ustawa, nakładają obowiązek informowania organu nadzoru z odpowiednim wyprzedzeniem o outsourcingu tych funkcji oraz o wszelkich istotnych zmianach. Brakuje jak na razie wytycznych nadzoru dedykowanych temu obszarowi, wskazówki można znaleźć w wytycznych powiązanych (KNF, 2014). Nadzory innych państw proponują ubezpieczycielom przykłady funkcji podstawowych i ważnych podlegające reżimowi regulacyjnemu (BaFin, 2017). Na przykład niemiecki urząd nadzoru BaFin wymienia następujące ważne funkcje:

- sprzedaż,
- zarządzanie portfelem ubezpieczeń,
- administrowanie szkodami,
- rachunkowość,
- inwestycje i zarządzanie aktywami.

Obszar outsourcingu ubezpieczeniowego nie doczekał się do tej pory szerszych badań wskazujących najczęstsze przyczyny jego wykorzystywania oraz rodzajów działalności najchętniej zleczanych do realizacji. Ostatnim kompleksowym badaniem tego zjawiska był przegląd wykonany w 2002 r. pod egidą istniejącego wówczas Urzędu Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (Świsłowski, 2002).

Aktualnie, zakłady ubezpieczeń działające w Polsce raportują corocznie do Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego jakie są zasady funkcjonowania i jaką praktykę outsourcingu stosują. Jest to część Badania i Oceny Nadzorczej – BION zakładów ubezpieczeń i reasekuracji dotycząca systemu zarządzania. Aktualnie pytania w ankiecie dotyczące outsourcingu są oparte na Wytycznych EIOPA⁷ dotyczących systemu zarządzania zakładem ubezpieczeń.

6. Zarządzanie ryzykiem outsourcingu w działalności ubezpieczeniowej

Zarządzanie ryzykiem to proces identyfikacji, pomiaru, monitorowania i kontrolowania ryzykiem. Efektywny proces zarządzania ryzykiem outsourcingu zależy od kilku kluczowych czynników:⁸

- uświadomienia zarządu i menedżerów o występujących rodzajach ryzyka związanego z umowami outsourcingowymi,
- dokumentowania procedur, ról/obowiązków oraz stworzenia mechanizmów raportowania,

⁷ EIOPA, *Wytyczne dotyczące systemu zarządzania*, https://eiopa.europa.eu/Publications/Guidelines/EIOPA_2013_00200000_PL_TRA.pdf.

⁸ Board of Governors of the Federal Reserve System: *Guidance on Managing Outsourcing Risk*, December 5, 2013 <https://www.federalreserve.gov/bankinforeg/srletters/sr1319a1.pdf>.

- zapewnienia, że ryzyko występujące w kontrakcie jest zgodne z apetytem na ryzyko i celami biznesowymi,
- wdrożenia skutecznych kontroli w celu ograniczenia lub wyeliminowania stwierdzonych rodzajów ryzyka,
- ciągłego monitorowania zmian i ich oceny w profilu ryzyka (Federal Financial Institutions Examination Councils, 2004).

Zarządzanie ryzykiem outsourcingu składa się z dwóch głównych elementów: zarządzania ryzykiem wewnętrznym – zleceniodawcy (outsourcera) oraz zarządzania ryzykiem zleceniobiorcy (insourcera).

Dyrektywa Solvency II oraz jej transpozycja w postaci ustawy o zawiera podstawowe wytyczne zarządzania ryzykiem outsourcingu. Zasadniczymi elementami są: pisemna procedura zawierania umów outsourcingowych, warunki progowe zawierania umów, przydzielenie odpowiedzialności za nadzór nad zlecaną działalnością, wymogi kompetencji i reputacji w przypadku outsourcingu funkcji kluczowych oraz szeroko pojęte uprawnienia nadzorcze KNF.

Skuteczne zarządzanie ryzykiem umożliwia ochronę interesu ubezpieczyciela oraz jego interesariuszy a przede wszystkim klientów. Zalecane jest wykorzystanie modelu 4 linii obrony przed ryzykiem (Financial Stability Institute, 2015) będącego rozwinięciem modelu 3 linii efektywnego zarządzania ryzykiem i kontroli (IIA, 2013). Najważniejszym elementem obydwu modeli jest pierwsza linia obrony polegająca na kontroli menedżerskiej i systemie kontroli wewnętrznej. Ze względu na bezwzględność odpowiedzialność ubezpieczyciela za prawidłowe wykonanie usługi przez zleceniobiorcę, bardzo istotny jest prawidłowy nadzór nad realizacją umowy sprawowany przez wskazane osoby outsourcera. W zależności od etapu stosowane są różne instrumenty nadzoru i raportowania, począwszy od wizji lokalnych u dostawców na etapie zawierania, kontroli bilansów i planów ciągłości działania w trakcie trwania kontraktu, aż po kontrolę usługodawcy wykonywaną przez nadzór. Cykliczny proces zarządzania ryzykiem outsourcingu stanowi podstawowy mechanizm ograniczający ekspozycję ubezpieczyciela na ryzyko związane z zewnętrzną realizacją usług.

Bibliografia

- BaFin. (2017). *Governance – Outsourcing*. Pozyskano z: https://www.bafin.de/EN/Aufsicht/VersichererPensionsfonds/Governance/Ausgliederung/ausgliederung_node_en.html (17.01.2017).
- Czublun, P. (2010). Outsourcing według dyrektywy. *Miesięcznik Ubezpieczeniowy*, kwiecień.
- Deloitte. (2013). *The Outsourcing Handbook, A guide to outsourcing*. London. Pozyskano z: <http://www.deloitte.co.uk/makeconnections/assets/pdf/the-outsourcing-handbook-a-guide-to-outsourcing>
- Dominguez, L.R. (2009). *Outsourcing krok po kroku dla menedżerów*. Warszawa: Wydawnictwo Oficyna Wolters Kluwer Business.

- Federal Deposit Insurance Corporation. (2004). *Offshore Outsourcing of Data Services by Insured Institutions and Associated Consumer Privacy Risks*, June. Pozyskano z: https://www.fdic.gov/regulations/examinations/offshore/offshore_outsourcing_06-04-04.pdf
- Federal Financial Institutions Examination Councils (2004). *Outsourcing Technology Services*, June. Pozyskano z: http://ithandbook.ffiec.gov/ITBooklets/FFIEC_ITBooklet_OutsourcingTechnologyServices.pdf
- Financial Stability Institute. (2015). The “four lines of defence model” for financial institutions. *Occasional Paper*, 11, December.
- Górka, J.H. (2005). Specyfika ryzyka bankowości elektronicznej. *NBP, Materiały i studia, Zeszyt* 205.
- Gruszecki, T. (2002). *Współczesne teorie przedsiębiorstwa*. Warszawa: PWN.
- Hood, J., Stein, W. (2003). Outsourcing of Insurance Claims: A U.K. Case Study. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 28(3).
- IIA. (2013). *The three lines of defense in effective risk management and control*. Institute of Internal Auditors, Position Paper, January.
- KNF. (2014). *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*. Warszawa. Pozyskano z: https://www.knf.gov.pl/Images/ZU_Wytyczne_IT_16_12_2014_tcm75-40004.pdf
- Kowalewska, E. (2013). Outsourcing bankowy a ryzyko działalności bankowej – zagadnienia ogólne. *Zarządzanie i Finanse*, 11(1), cz. 3.
- Matejun, M. (2015). Outsourcing. W: K. Szymańska (red.), *Kompendium metod i technik zarządzania. Teoria i ćwiczenia*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business.
- Malarewicz-Jakubów, A., Tanajewska R. (2014). Prawne i ekonomiczne aspekty outsourcingu. *Optimum, Studia Ekonomiczne*, 4(70).
- Maciejewicz, J. (1999). *Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne zastosowania outsourcingu*. Materiały na konferencję: Outsourcing. Usprawnienie funkcjonowania firmy poprzez obsługę zewnętrzną, Institute for International Research, Warszawa.
- Pietkiewicz, M. (2013). *Regulowany outsourcing w instytucjach finansowych*. W: *Outsourcing w Polsce*. Warszawa: Wardyński i Wspólnicy. Pozyskano z: http://www.codozasady.pl/wp-content/uploads/2013/09/wardynski_i_wspolnicy_outsourcing_w_polsce_wrzesien_2013.pdf
- St. Amant, K. (2010). *IT outsourcing: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*. IGI Global.
- Świsłowski, A. (2002). Outsourcing w zakładach ubezpieczeń. *Biuletyn KNUiFE*, 5(37).
- Trocki, M. (2010). *Outsourcing*. Warszawa: PWE.
- Trocki, M. (1999). Outsourcing jako metoda restrukturyzacji przedsiębiorstw. *Gospodarka materiałowa i Logistyka*, 9.
- The Joint Forum. (2005). *Outsourcing in Financial Services*.
- Wieczorek-Bartczak, I. (2016). *Praktyczne problemy i rozwiązania w zakresie systemu zarządzania w zakładzie ubezpieczeń*. Warszawa: E&Y, prezentacja, październik.
- Williamson, O.E. (1998). *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*. Warszawa: PWN.

CZĘŚĆ III

RYNEK POŚREDNICTWA UBEZPIECZENIOWEGO

KATARZYNA MALINOWSKA*

Dyrektywa w sprawie dystrybucji ubezpieczeń – krytyczne spojrzenie na metodę implementacji w kontekście systematyki polskiego prawa ubezpieczeń

Streszczenie

Publikacja dotyczy dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń przyjętej przez Radę i Parlament Europejski w dniu 20 stycznia 2016 roku z obowiązkiem jej implementacji do porządku krajowego w terminie dwóch lat od dnia publikacji, a więc do 23 lutego 2018 roku. Polski ustawodawca prowadzi obecnie prace nad transpozycją przepisów dyrektywy, których efektem będzie ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Prowadzone w rozdziale rozważania dotyczą zasad wynikających z zapisów dyrektywy i optymalnego modelu ich implementacji do prawa polskiego, z uwzględnieniem obecnie istniejącej struktury regulacji rynku ubezpieczeniowego. Autorka stawia tezę o potrzebie powrotu do dyskusji o szerszym wymiarze, obejmującej nie tylko implementowane doraźnie przepisy, lecz także koncepcję systemu prawa ubezpieczeń w postaci kodeksu ubezpieczeń.

Słowa kluczowe: dystrybucja ubezpieczeń, dyrektywa IDD, kodeks ubezpieczeń, implementacja IDD.

Abstract

The publication concerns the Directive on insurance distribution adopted by the Council and the European Parliament on January 20, 2016 with the obligation to implement it by October 1, 2018. The Polish legislator completed the implementation process by adopting the law on insurance distribution on December 15, 2017. The considerations carried out in the article concern the principles resulting from the provisions of the Directive and the optimal model of their implementation into Polish law, taking into account the currently existing structure of regulation of the insurance market. The author puts forward the thesis on the need to return to the wider discussion, covering not only the implemented regulations, but also the general concept of the insurance law system, namely in the form of the insurance code.

Keywords: insurance distribution, IDD directive, insurance code, IDD implementation.

* Dr Katarzyna Malinowska – Akademia Leona Koźmińskiego, ul. Jagiellońska 57/59, 03-301 Warszawa; e-mail: katarzynamalinowska@kozminski.edu.pl.

Wprowadzenie

Dyrektywa w sprawie dystrybucji ubezpieczeń została przyjęta przez Radę i Parlament Europejski w dniu 20 stycznia 2016 roku z obowiązkiem jej implementacji do 2018 roku (dalej: dyrektywa IDD)¹. Implementacja przez polskiego ustawodawcę przepisów dyrektywy IDD do polskiego porządku prawnego, jak się wydaje, może mieć wpływ nie tylko na poszczególne aspekty prawa ubezpieczeń w niej wyraźnie uregulowane, lecz także może prowadzić do konieczności rewizji podejścia dla prawa ubezpieczeń w szerszym aspekcie. Można między innymi postawić pytanie, czy implementacja dyrektywy prowadzi do takiej przebudowy przepisów o zawieraniu umów ubezpieczenia, zwanym zbiorczo „dystrybucją ubezpieczeń”, że konieczne jest rozważenie zmiany struktury przepisów regulujących ubezpieczeniowy sektor gospodarki. Czy też jest możliwe takie wyodrębnienie systemu zawierania umów ubezpieczenia, że będzie on funkcjonował niezależnie od przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia, przepisów regulujących działalność ubezpieczeniową lub pośrednictwa ubezpieczeniowego? Pytania te zdają się być retoryczne, z uwagi na oczywistość założenia, że każda wyodrębniona gałąź prawa powinna zawierać normy wewnętrznie spójne i komplementarne wobec siebie. Prawo ubezpieczeń zaś zdaje się od jakiegoś czasu pretendować do statusu wyodrębnionej gałęzi prawa, zwanej nawet przez doktrynę „systemem prawa ubezpieczeń”². Na tym tle wątpliwości budzi model implementacji dyrektywy IDD, jaki przyjął polski ustawodawca, abstrahującej od dotychczasowej, dość przemyślanej architektury prawa ubezpieczeń, a sprowadzającej się do prostego przepisania przepisów dyrektywy.

Celem opracowania jest przedstawienie koncepcji implementacji przyjętej przez polskiego ustawodawcę i dokonanie oceny jej skutków dla struktury polskiego prawa ubezpieczeń, a także rozważenie alternatywnych sposobów implementacji w kontekście wniosków *de lege ferenda*. Dla osiągnięcia tego celu posłużono się metodą dogmatyczną w procesie analizy aktów prawnych, w tym przede wszystkim ustawy o dystrybucji ubezpieczeń oraz obowiązujących ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową i umowę ubezpieczenia. Ponadto zastosowana została metoda historyczna w celu przedstawienia ewolucji, jaką przeszło polskie ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczeń, a także metoda prawno-porównawcza w kontekście poszukiwania optymalnej struktury aktów prawnych regulujących materię ubezpieczeniową.

¹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/97 z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U.UE.L.2016.26.19).

² Popularne zaś rozumienie systemu prawa obejmuje zbiór norm posiadający pewne właściwości, wzajemnie ze sobą powiązanych, pozostających ze sobą we wspólnych relacjach, sprzężeniach, uporządkowany i wewnętrznie niesprzeczny. Wyróżniającymi cechami systemu prawa jest jedność norm go tworzących, hierarchiczność i niesprzeczność. Szerzej na temat odrębności danej gałęzi prawa kontekście rynku finansowego, którego częścią jest prawo ubezpieczeń E. Fojcik-Mastalska (2016, s. 24).

1. Cele i założenia dyrektywy IDD

1.1. Analiza wpływu, jaki może mieć implementacja dyrektywy IDD na gałąź prawa ubezpieczeń i w jakim kierunku może i powinno się ono rozwijać, niewątpliwie wymaga w pierwszym rzędzie poznania celów, założeń oraz metody regulacji zawartej w dyrektywie. Mając na uwadze zakres materii regulowanej dyrektywą IDD, jej nadrzędnym celem jest taka przebudowa regulacji zawierania umów ubezpieczenia, aby służyły one rozwojowi całego rynku jako takiego, wyważając interesy wszystkich zainteresowanych podmiotów i zapewniając efektywną materialną, a nie tylko formalną ochronę interesów ubezpieczonych. Choć nie wynika to *expressis verbis* z treści dyrektywy IDD, próba holistycznego uregulowania dystrybucji ubezpieczeń jest *de facto* próbą poprawienia nie tylko prawnych regulacji dotyczących *sensu stricto* zawierania umowy ubezpieczenia, lecz także zapewnienia sprawnego funkcjonowania rynku jako takiego. Wydaje się jednak także, że trudno będzie wyodrębnić tę część regulacji rynku ubezpieczeniowego od innych jego aspektów, jeżeli idea ta ma być wdrożona w życie, szczególnie biorąc pod uwagę szeroki zakres przedmiotowej regulacji.

W celu rozważenia prawidłowej koncepcji implementacji lub nawet tylko transpozycji dyrektywy IDD w postaci konkretnego aktu prawnego, konieczne jest choćby krótkie przedstawienie treści dyrektywy IDD. Jak sama nazwa wskazuje, dyrektywa o dystrybucji ubezpieczeń ma na celu objęcie swoim zakresem całego procesu zawierania umowy ubezpieczenia. Kluczowe zagadnienia objęte jej materiałem dotyczą zakresu zastosowania reżimu dystrybucji ubezpieczeń, nowej polityki informacyjnej wobec klienta ubezpieczeniowego, konfliktu interesów oraz warunków wykonywania działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Pierwszą i najważniejszą, jak się wydaje, kwestią jest adresowanie przepisów nie tylko do pośredników ubezpieczeniowych, jak miało to miejsce w przypadku poprzedniczki IDD – dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym (dalej: IMD – *Insurance Mediation Directive*)³, lecz także do całego rynku. Obejmuje ona wszystkie tzw. kanały dystrybucji, a więc zarówno ujęte w IMD pośrednictwo ubezpieczeniowe, jak i dystrybucję bezpośrednią, a więc zawieranie umów bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń. W zakres ten wchodzi także, pozostające dotychczas poza reżimem regulacyjnym, porównywarki internetowe potraktowane w dyrektywie IDD jako pośrednicy ubezpieczeniowi⁴.

³ Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz.Urz. UE 9, 15.1.2003).

⁴ Porównywarki internetowe definiowane są w dyrektywie jako „udzielanie informacji dotyczących jednej lub większej liczby umów ubezpieczenia na podstawie kryteriów wybranych przez klienta za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów oraz opracowanie rankingu produktów ubezpieczeniowych obejmującego porównanie cen i produktów lub udzielanie zniżki od ceny umowy ubezpieczenia, gdy klient jest w stanie pośrednio lub bezpośrednio zawrzeć umowę ubezpieczenia za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów (art. 2 ust. 1 pkt 1) dyrektywy IDD.

Wszystkie te podmioty zyskują wspólną nazwę 'dystrybutorów ubezpieczeń' z dalszym podziałem na ubezpieczycieli, pośredników i osób dystrybuujących ubezpieczenia w sposób uboczny. Poza zakresem dyrektywy IDD pozostają likwidatorzy szkód pełniący funkcje pomocnicze przy wykonywaniu czynności ubezpieczeniowych na zlecenie ubezpieczycieli.

1.2. Takie podejście budzi z pozoru liczne wątpliwości. Po pierwsze, ubezpieczyciele zostali poddani reżimowi prawnemu wykraczającemu poza zakres regulacji im dedykowanej (tj. ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Poza wyszukanyymi regulacjami Solvency II⁵, muszą oni poddać się reżimowi właściwemu do tej pory wyłącznie pośrednikom ubezpieczeniowym i dla nich charakterystycznych przepisów. Objęci zostali wraz z agentami i brokerami, takimi samymi obowiązkami we wszystkich aspektach zawierania umowy ubezpieczenia, w tym kierowania się w procesie dystrybucji ubezpieczeń najlepiej pojętym interesem klienta poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, analizy jego potrzeb i zapewnienia umowy zaspokajającej potrzeby ubezpieczającego. Wszystkie podmioty zajmujące się zawieraniem umów ubezpieczenia, nawet w sposób uboczny zostały w ten sposób zakwalifikowane do szczególnej kategorii podmiotów zaufania publicznego, których działalność ma szczególny wpływ na prawa podmiotowe (dobra), a interesy klienta mają być wyznacznikiem wszystkich działań w zakresie dystrybucji⁶. Budzi to wątpliwości praktyków ubezpieczeniowych, co do reguły prawa umów respektującej przeciwstawność interesów stron umowy?

1.3. Kolejną kwestią stanowiącą o wyjątkowości regulacji zawartej w dyrektywie IDD jest zmiana koncepcji polityki informacyjnej obowiązującej dystrybutorów. Tu zwraca uwagę kompleksowość regulacji zarówno pod względem podmiotowym, jak i przedmiotowym. W zakresie podmiotowym, charakterystyczne jest adresowanie norm ochronnych głównie do klienta tzw. ryzyka masowego i pewne rozluźnienie wymogów w ubezpieczeniach ryzyka dużego. Jest to wyrazem postępującej tendencji w kierunku innej definicji konsumenta w ubezpieczeniach i skorelowanie jej z rodzajem ryzyka. Dotyczy to także nowej kategorii podmiotu wymagającego ochrony, któremu nadano nazwę „prosumenta”, a który łączy cechy profesjonalisty z konsumentem, która zdaje się nawiązywać do ubezpieczeniowej koncepcji podziału ryzyka na duże i masowe i zapewnienia wzmoczonej ochrony jedynie tym drugim⁷.

⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.Urz. UE L 335/1, 17.12.2009).

⁶ Wynika to z wielu przepisów IDD, np. z art. 17 dyrektywy, zgodnie z którym „Państwa członkowskie zapewniają, aby dystrybutorzy ubezpieczeń, świadcząc dystrybucję ubezpieczeń, zawsze postępowali uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie, zgodnie z najlepiej pojętym interesem swoich klientów”.

⁷ Więcej na ten temat: K. Malinowska, I. Mosakowska (2016). W dyrektywie IDD, przepisy regulujące tę kwestię, dotyczą np. zwolnienia z wymogów informacyjnych i klauzula elastyczności (art. 22), zwolnienie z obowiązku nadzoru nad produktem ubezpieczeniowym (art. 25).

Pod względem przedmiotowym treść dyrektywy IDD wskazuje, że europejska polityka ochrony konsumenta usług ubezpieczeniowych w dalszym ciągu opiera się na polityce informacyjnej, w myśl stwierdzenia, że konsument chroniony to konsument dobrze poinformowany. Tak więc, w obrębie polityki informacyjnej, dyrektywa IDD przyjmuje standardy znane już dobrze zakładom ubezpieczeń z dyrektywy ubezpieczeniowych III generacji⁸, gdzie, w szczególności w zakresie ubezpieczeń na życie z elementem inwestycyjnym, ilość obowiązków informacyjnych przy zawieraniu i w trakcie wykonania umowy ubezpieczenia zdaje się graniczyć z absurdem i powoduje ciągłe pytania o zasadność i celowość mnożenia informacji i obciążania nimi konsumenta. Niemniej jednak istotną nowością w stosunku do poprzednich przepisów jest wprowadzenie dodatkowych obowiązków, wykraczających koncepcyjnie poza politykę informacyjną. Dotyczą one analizy potrzeb podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej i rozszerzenie potencjalnego obowiązku doradztwa na wszystkich dystrybutorów. Ewidentnym staje się, że spełnienie obowiązków informacyjnych nie polega wyłącznie na dostarczeniu klientowi informacji, lecz zapewnienie jej zrozumienia. Stąd też podkreślany element doradztwa w działalności wszystkich dystrybutorów, nie tylko pośredników. Takie ujęcie ma zapobiegać znanym z przeszłości zjawiskom *missellingu*. Tak też do analizy potrzeb i zaferowania umowy ubezpieczenia do nich dostosowanej zobowiązani zostali wszyscy dystrybutorzy, w tym agenci i zakłady ubezpieczeń.

Obowiązki informacyjne zostały zróżnicowane tylko częściowo w zależności od sposobu zawierania umowy ubezpieczenia. W odniesieniu do podmiotów innych niż zakłady ubezpieczeń, przepis ten obliuguje do przekazania klientowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia informacji o nazwie, adresie oraz fakcie bycia pośrednikiem ubezpieczeniowym, o tym czy pośrednik świadczy usługi doradztwa związane z oferowanymi produktami ubezpieczeniowymi, o możliwości złożenia skargi na działanie pośrednika oraz o procedurach pozasądowego rozwiązywania sporów; o rejestrze, do którego jest wpisany oraz o sposobach sprawdzenia czy rejestracja została dokonana oraz czy reprezentuje klienta, czy też działa na rzecz i w imieniu zakładu ubezpieczeń. Znacząca część obowiązków dotyczy jednak wszystkich typów dystrybutorów, a więc także zakładów ubezpieczeń, a dodatkowo rozbudowane obowiązki zostały nałożone w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawierających element inwestycyjny (zwanymi PRIIPs)⁹. W tym ostatnim zakresie, różnią się one niewiele od obowiązków nałożonych już nową ustawą o działalności ubezpieczeniowej na zakłady ubezpieczeń, jednakże dla pośredników ubezpieczeniowych, szczególnie brokerów, będą one stanowić istotny nowy element prowadzonej przez nich działalności. Dyrektywa o dystrybucji ubezpieczeń nakłada obowiązki informacyjne nie tylko na podmioty, które dystrybucją ubezpieczeń zajmują się profesjonalnie, lecz

⁸ Chodzi tu o dwie dyrektywy regulujące odpowiednio ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia nie na życie (non-life): dyrektywa 92/96/EWG w sprawie ubezpieczeniach na życie oraz dyrektywa 92/49/EWG w sprawie pozostałych ubezpieczeń gospodarczych.

⁹ PRIIPs oznacza *Package Retail Investment Product* – strukturyzowane produkty inwestycyjne.

także na wszystkie, które w związku ze swoją działalnością oferują ubezpieczenia (biura podróży, wypożyczalnie samochodów). Wymogi informacyjne przewidziane w dyrektywie dotyczą wszystkich pośredników ubezpieczeniowych, którymi w rozumieniu dyrektywy mogą być zarówno osoby prawne, jak fizyczne. Obok agentów i brokerów oraz osób wykonujących czynności agencyjne (OWCA) lub brokerskie (OWCB), do których odnoszą się przepisy dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, zastosowaniem objęto również same zakłady ubezpieczeń i banki, podmioty oferujące ubezpieczenia ubocznie w stosunku do swojej działalności (biura podróży, wypożyczalnie samochodów), a także podmioty, których działalność polega na udzielaniu informacji na temat umów ubezpieczenia, przedstawianiu rankingów produktów lub zapewnianiu zniżki od ceny umowy ubezpieczenia.

1.4. Istotną częścią regulacji zawartej w dyrektywie IDD są przepisy dotyczące kompetencji dystrybutorów ubezpieczeń, których zbędność polski ustawodawca usiłował wykazać w ustawie deregulacyjnej w 2014 roku¹⁰, znosząc obowiązek ustawicznego podnoszenia kompetencji pośredników ubezpieczeniowych. Dyrektywa IDD w swej treści wielokrotnie podkreśla wagę kompetencji i wysokiego poziomu zawodowego pośredników, a teraz również pracowników ubezpieczycieli wykonujących czynności dystrybucyjne, niezbędnych dla zapewnienia realnej ochrony interesów klientów. Dotyczy to w szczególności skomplikowanych typów ubezpieczeń (w tym ubezpieczeniowe produkty inwestycyjne kwalifikowane jako PRIPS, które doczekały się regulacji na poziomie wyznaczonym przez regulacje dotyczące produktów inwestycyjnych, tj. głównie MiFiD II¹¹). Idea ta znalazła odzwierciedlenie w obowiązku ustawicznego kształcenia w wymiarze 15 godzin rocznie przez wszystkie osoby zajmujące się dystrybucją ubezpieczeń (art. 10 dyrektywy IDD).

1.5. Ostatnim poddanym tutaj pod rozwagę zagadnieniem w kontekście wpływu na rynek ubezpieczeń, nie mniej jednak ważnym, są regulacje dotyczące konfliktu interesów, które wpisują się w kontekst kierowania się najlepiej pojętym interesem klientów przy wykonywaniu czynności dystrybucyjnych. W odniesieniu do każdego z typów „dystrybutorów” pojęcie „konfliktu interesów” ma nieco inne znaczenie. Dla pośredników ubezpieczeniowych sprowadza się to do transparentności ich wynagradzania za czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, natomiast w przy-

¹⁰ Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwieniu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulowanych (Dz.U. 2014, poz. 768).

¹¹ PRIPs regulowane są w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniająca dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE Dz.Urz. 173/349 zwana dyrektywą MIFID (*Markets in Financial Instruments Directive*) II i Rozporządzenie z dnia 26 listopada 2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych Nr 1286/2014 zwane dalej PRIPS. W myśl art. 2 ust. 1 pkt a) dyrektywy MiFiD II nie ma ona zastosowania do zakładów ubezpieczeń. W celu adaptowania regulacji dyrektywy MiFiD II (za pośrednictwem dyrektywy IDD i rozporządzenia PRIPS) jest stworzenie przepisów nakładających na zakład ubezpieczeń tożsamych obowiązków jak w ww. rozporządzeniach.

padku agentów i zakładów ubezpieczeń wymaga całkowitej zmiany podejścia do ich pozycji kontraktowej i konieczności odejścia od naturalnej zdawałoby się swojej „kontrydaktoryjności” kontraktowej pomiędzy stronami umowy, gdzie każda ze stron dba o zabezpieczenie wyłącznie swoich interesów¹².

1.6. Poza ramami niniejszego opracowania pozostało jeszcze szereg innych zagadnień, takich jak: procedury reklamacyjne, działalność transgraniczna, pojęcie „producenta produktu ubezpieczeniowego” i wiele innych. Jednak i te, które zostały tak krótko przedstawione powyżej wskazują na kilka istotnych założeń stojących u źródeł regulacji zawartych w dyrektywie IDD. Pomimo dużej liczby przepisów, nawet pogrupowanych w odrębne zagadnienia, próba ich interpretacji przez pryzmat zasad, a nie tylko reguł¹³, prowadzi do wniosku, że mamy do czynienia z dwoma, najwyżej trzema zagadnieniami, którym można przypisać rangę zasady, a które służą jednemu celowi. Wśród nich najbardziej znaczącą rolę, zdaniem autorki, zdaje się odgrywać transparentność, zyskująca wymiar nowej zasady umowy ubezpieczenia, wywodząca się z zasady dobrej wiary. Przybrała ona ostatnio znacznie szerszy kontekst niż tylko deklaracja ryzyka przez ubezpieczonego przed zawarciem umowy i wykracza poza etap przedkontraktowy, znajdując zastosowanie w całym okresie trwania umowy. Ponadto, bez wątpienia obejmuje obydwie strony umowy i pozostałe podmioty biorące udział w zawieraniu umowy ubezpieczenia, tj. pośredników, a nie tylko ubezpieczającego deklarującego ryzyko¹⁴. Obowiązek zachowania transparentności przez dystrybutorów zyskuje nowy wymiar, nie tylko formalny, lecz także materialno-prawny, objawiający się głównie w obowiązku zapewnienia zgodności oferowanych usług ubezpieczeniowych z rzeczywistymi potrzebami klienta.

Natomiast celem, któremu mają służyć nowe przepisy zawarte w dyrektywie IDD jest zapewnienie funkcjonowania autonomii woli stron umowy ubezpieczenia, stojącej u podstawy swobody umów, przyznającej jednostce możliwość kreowania prywatnoprawnych stosunków, a przez nie – wpływanie na swoją sytuację prawną¹⁵. Zasada swobody umów jest natomiast ściśle powiązana z równością stron umowy. Spełnienie tego prostego założenia wymaga jednak w obecnym kształcie stosunków społeczno-gospodarczych skomplikowanych zabiegów, a to głównie z uwagi na pogłębiający się stopień ich złożoności. Umowa ubezpieczenia jest tego najlepszym przykładem. W ostatnich latach poziom skomplikowania zakresu ochrony ubezpieczeniowej, ujętej w tzw. produkt ubezpieczeniowy doprowadził do faktycznego zaburzenia równości jej stron, głównie z uwagi na deficyt informacji, wiedzy i świa-

¹² W *common law* znajduje to odzwierciedlenie w kwestionowaniu obowiązywania dobrej wiary na etapie przedkontraktowym w ogólnym prawie umów.

¹³ Koncepcja zasad i reguł przyjęta za Ronaldem Dworkinem (1978).

¹⁴ Więcej na temat roli transparentności K. Malinowska (2015, s. 34) oraz M. Wandt (2014).

¹⁵ Z. Radwański (1977, s. 95), gdzie przytacza on znamienne słowa G. Riperta, o tym, żeby „nie mieszać teorii autonomii woli, która jest koncepcją filozoficzną, z zasadą wolności kontraktowej, która jest techniczną regułą organizacyjną”. Więcej na temat swobody umów w ubezpieczeniach K. Malinowska (2008, s. 81 i n.).

domości koniecznej do faktycznego korzystania z formalnej swobody kontraktowania przez ubezpieczającego. Równość pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia doznaje poważnych przeszkód ze względu na cechy przedsiębiorców oferujących „produkty ubezpieczeniowe” i ich sieci dystrybucyjnych, objawiających się w ogromnej przewadze ekonomicznej i skutkach z tym związanych (np. siła marketingowego oddziaływania), hazard moralny po stronie dystrybucyjnej (objawiający się w *mis-sellingu*). Równość ta doznaje przeszkód też z uwagi na cechy samego produktu, który podążając za narastającą złożonością życia społecznego i zjawisk naturalnych, sam staje się złożony i trudny do zrozumienia dla osoby, do której jest adresowany. Mamy w ten sposób do czynienia z fikcją swobody umów w ubezpieczeniach, którą ustawodawca próbuje przywrócić poprzez – paradoksalnie – nakładanie ograniczeń w swobodzie kontraktowania na silniejszą stronę umowy ubezpieczenia. Należy uznać, że właśnie przywróceniu równowagi między stronami umowy ubezpieczenia służą poszczególne przepisy dotyczące na przykład transparentności, oddziałującej na różne płaszczyzny stosunków ubezpieczeniowych. Zyskują one wszystkie w ten sposób wspólną cechę. Transparentność na płaszczyźnie kontraktowej sensu stricto dotyczy obowiązków informacyjnych ujętych w dość szczegółowy sposób w dyrektywie IDD, natomiast w szerszym ujęciu obejmuje ona także transparentność wynagrodzenia dystrybutorów, zakaz powiązań pomiędzy ubezpieczycielami a niezależnym pośrednikiem ubezpieczeniowym, pozostającą poza treścią stosunku ubezpieczenia, ale immanentnie związaną z zawieraniem umowy ubezpieczenia, wspomagającą autonomię woli ubezpieczającego w kontekście dokonywanych wyborów kontraktowych.

W sposób pośredni, lecz wydaje się służący temu samemu celowi, jest wprowadzenie przez dyrektywę IDD norm narzucających równość pomiędzy poszczególnymi typami podmiotów zawierających umowy ubezpieczenia z osobami poszukującymi ochrony ubezpieczeniowej (tzw. *level playing field*)¹⁶. Rozwiązania nakładające tożsame obowiązki informacyjne, doradcze, kompetencyjne i wreszcie co do ujawniania kosztów dystrybucyjnych (a w szczególności co najmniej typu wynagrodzenia) mają także za zadanie umożliwić ubezpieczającemu dokonanie świadomego wyboru co do zawieranej umowy, której treść powinna być możliwa do porównania bez względu na wybór tzw. kanału dystrybucji. Cel umożliwienia zastosowania autonomii woli, a więc przywrócenie materialnego znaczenia równości stron umowy ubezpieczenia wydaje się być ewidentny.

1.7. Jak wynika z powyższego, dyrektywa IDD, mimo że wydaje się dotyczyć kwestii organizacyjno-prawnych, w istocie w znaczący sposób ingeruje w prywatno-prawny stosunek ubezpieczenia. Warto w tym miejscu przypomnieć, że projekt integracji prawnej umowy ubezpieczenia w Unii Europejskiej został już podjęty w latach 70. ubiegłego wieku, przybierając formę projektu dyrektywy o umowie

¹⁶ Patrz motyw 16 preambuły, zgodnie z którym *niniejsza dyrektywa powinna wspierać równe warunki działania i równe warunki konkurencji między pośrednikami, niezależnie od tego, czy są oni powiązani z zakładem ubezpieczeń.*

ubezpieczenia¹⁷. Było to wyrazem realizacji programu na rzecz eliminacji ograniczeń w zakresie swobody świadczenia usług w granicach, w jakich ograniczenia te pogarszają sytuację ubezpieczonych. Dyrektywa ta miała regulować podstawowe zasady umowy ubezpieczenia, ułatwiając też realizację idei wspólnego rynku przy jednoczesnym zapewnieniu wysokiego poziomu ochrony konsumentów. Osiągnięcie kompromisu pomiędzy różnymi kulturami prawnymi, przewidującymi bardzo zróżnicowany poziom ochrony ubezpieczonych było na tamtym etapie jednak niemożliwe, co doprowadziło do porzucenia koncepcji harmonizacji prawa materialnego o umowie ubezpieczenia i zastąpienia jej pełną integracją prawa prywatnego międzynarodowego, zapewniającego korzystne dla ubezpieczonych (w ryzykach masowych) zasady wyboru prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia. Wkrótce potem stało się jednak jasne, że reguły kolizyjne nie są w stanie zapewnić skutecznej ochrony, czego skutkiem był słaby rozwój ubezpieczeń transgranicznych. W takiej oto sytuacji obserwować możemy, że normy pozornie dotyczące aspektów organizacyjnych działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego objęte dyrektywą IDD zawierają stosunkowo duży ładunek przepisów regulujących treść stosunku ubezpieczenia, np. prawo do odstąpienia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i inne. W ten sposób normy o charakterze z założenia publiczno-prawnym mają obecnie podwójny wymiar, zastępując częściowo zarzuconą formalnie ideę regulacji umowy ubezpieczenia¹⁸. Można uznać, że publicyzacja norm regulujących umowę ubezpieczenia jest między innymi konsekwencją porażki w integracji prywatnego prawa ubezpieczeń.

2. Oddziaływanie sposobu implementacji dyrektywy IDD na specyfikę polskiego prawa ubezpieczeń

2.1. Mając na względzie powyższe zagadnienia, polski ustawodawca w procesie implementacji dyrektywy musiał zmierzyć się z wieloma zasadniczymi kwestiami, których kształt może znacząco wpłynąć na strukturę całego rynku ubezpieczeń, nie tylko zaś pośredników ubezpieczeniowych. Jednocześnie, pod względem prawnym, nowe regulacje będą miały niewątpliwy wpływ na całościowy kształt regulacji w obrębie ubezpieczeń. Oczywiścieścią była konieczność ustawowego rozszerzenia zakresu

¹⁷ COM (79) final z 10 lipca 1979 Dz.Urz. UE 190, nr 2. Patrz więcej: K. Malinowska (2008, s. 63–65).

¹⁸ Należy przy tym nadmienić, że instrument opcyjny w postaci *Principles of European Insurance Contract Law* (PEICL) został opracowany przez grupę roboczą złożoną z wybitnych naukowców Europejskich i ma szansę przybrać formę rozporządzenia regulującego dodatkowy reżim prawa umowy ubezpieczenia przy zawieraniu transgranicznej umowy ubezpieczenia. Więcej na ten temat: www.peicl.info.org. Podkreślić także należy, że PEICL zawiera regulacje odpowiadające w dużej mierze, tym normom dyrektywy IDD, które oddziałują na umowę ubezpieczenia (zob. Heiss, 2016, s. 2–13).

zastosowania ustawowego reżimu dystrybucji i objęcie nim szerszego kręgu podmiotów, a także nałożenie na zakłady ubezpieczeń dodatkowych obowiązków w zakresie zarządzania procesami dystrybucji ubezpieczeń, tak, aby w interesie klienta usług ubezpieczeniowych zrównać poziom ochrony we wszystkich kanałach dystrybucji. O ile treść regulacji, która została uchwalona zdaje się nie budzić wątpliwości, o tyle sposób, w jaki to ustawodawca uczynił, zdaje się rodzić istotne pytania. Przede wszystkim należy odpowiedzieć na pytanie, jak wpłynie implementacja na strukturę przepisów regulujących ubezpieczenia, w tym czy będziemy mieli nadal do czynienia z pakietem ustaw ubezpieczeniowych przyjętym w roku 2003 dzielącym regulacje ubezpieczeniowe na działalność ubezpieczeniową, pośrednictwo ubezpieczeniowe, ubezpieczenia obowiązkowe i nadzór ubezpieczeniowy. Choć ustawodawca przesądził, że ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym zostaje uchylona z dniem 1 października 2018 r., nie można w żadnym razie stwierdzić, że nowa regulacja zastąpi wprost starą. Zakres materii regulowanej nimi różni się bowiem znacząco. Czy tego wymagał ustawodawca europejski?

2.2. W tym miejscu warto przypomnieć, oczywiście zdałoby się cechy formalne dyrektywy IDD. Po pierwsze, jest ona regulacją kierunkową o charakterze minimalnym (Kurcz, 2004, s. 99 i n.). Oznacza to, że wskazuje cele i podstawowe środki, nie narzucając jednak sposobu ich wprowadzenia do systemu prawa krajowego. Sposób implementacji¹⁹ takiej minimalnej dyrektywy zależy od kultury prawnej danego państwa członkowskiego i systemu stworzonego w danej dziedzinie. Mówi o tym wyraźnie art. 288 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, zgodnie z którym „Dyrektywa wiąże każde Państwo Członkowskie, do którego jest kierowana, w odniesieniu do rezultatu, który ma być osiągnięty, pozostawia jednak ustawodawcy krajowemu swobodę wyboru formy i środków” (Mik, 2000, par. 1231)²⁰. Za najczęściej stosowaną uznaje się harmonizację minimalną, która najbardziej odpowiada naturze prawnej dyrektywy. W odróżnieniu od niej, harmonizacja pełna nie pozostawia państwom członkowskim swobodnego uznania w zakresie realizowania polityki krajowej, pozbawiając je możliwości wprowadzania bardziej restrykcyjnych uregulowań w danej dziedzinie tzw. *gold plating* (Szpunar, 2012). Charakter prawny

¹⁹ Ang. *implementation*, wdrożenie, fr. *implementation*) – definiowane jest jako skuteczne wprowadzanie dyrektywy UE i obejmuje całe otoczenie służące jej wykonaniu. Implementacja obejmuje więc oprócz uchwalenia aktu prawnego, także inne działania, takie jak powołanie odpowiednich instytucji i organów itp. W odróżnieniu od implementacji, transpozycja dotyczy tylko wprowadzenia przepisów dyrektywy do porządku prawnego w formie konkretnego aktu normatywnego, a więc jest tylko jednym z elementów implementacji, patrz także B. Kurcz (2004, s. 44 i n.).

²⁰ Poszczególne normy dyrektyw zawierają również co do zasady szczegółowe cele, które mają być osiągnięte. Wykładnia norm i zakresu obowiązku odbywa się za pomocą wielu metod, pozwalających ustalić „czy dana dyrektywa wymaga od państw członkowskich osiągnięcia maksymalnej, częściowej lub minimalnej harmonizacji” (Kunkiel-Kryńska, 2008, s. 51).

konkretnej dyrektywy ustala się w drodze jej wykładni (docelowo przez ETS)²¹, jednak w przypadku dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń, sama jej treść wskazuje na minimalny charakter przepisów. Zgodnie z motywem 3 Preambuły dyrektywy IDD, „niniejsza dyrektywa ma na celu harmonizację minimalną i dlatego nie powinna uniemożliwiać państwom członkowskim utrzymania lub wprowadzenia bardziej rygorystycznych przepisów w celu ochrony klientów, pod warunkiem, że przepisy takie będą spójne z prawem Unii, w tym z niniejszą dyrektywą”.

Biorąc zatem pod uwagę minimalny charakter dyrektywy IDD, nie ulega wątpliwości, że polski ustawodawca dysponuje znaczną swobodą legislacyjną, zarówno co do zakresu implementacji (z zastrzeżeniem konieczności uregulowania minimalnych wymagań), jak i przede wszystkim co do sposobu wprowadzenia przedmiotowych norm do porządku prawnego. Podobnie jak jej poprzedniczka – IMD, dyrektywa IDD ma charakter minimalny i daje państwom członkowskim pewne możliwości nie tylko kreatywnej interpretacji postanowień dyrektywy, lecz także uregulowania kwestii w niej zawartej w sposób bardziej restrykcyjny. Nie jest konieczna prosta transpozycja dyrektywy, poprzez wydanie aktu tożsamego w treści do brzmienia dyrektywy, jeżeli miałoby to szkodzić spójności i transparentności wypracowanych dotychczas rozwiązań prawa krajowego w dziedzinach objętych implementacją.

2.3. W Polsce, w dziedzinie prawa ubezpieczeń mamy dotychczas do czynienia z tzw. pakietem ustaw regulujących po pierwsze działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną²², pośrednictwo ubezpieczeniowe²³, nadzór ubezpieczeniowy, ubezpieczenia obowiązkowe²⁴ i wreszcie przepisach regulujących samą umowę ubezpieczenia w zawartych w kodeksie cywilnym. Dopełniają tego systemu ustawy dotyczące nadzoru nad rynkiem finansowym, w tym ubezpieczeniowym jako jego częścią. Niewątpliwie, tak złożony zespół norm o różnym charakterze, z którym mamy do czynienia w ubezpieczeniach, nie ułatwia transpozycji dyrektywy IDD i dokonanie jej implementacji w spójny sposób. Jednak można nawet bez głębszej analizy stwierdzić, że rozczłonkowanie regulacji na wiele różnych aktów prawnych, uzupełnianych przez instrumenty *soft law* w postaci rekomendacji i wytycznych KNF, przepisów o różnej metodzie regulacji, jest zdecydowanie niekorzystne. Nietrudno wówczas o wewnętrzną sprzeczność

²¹ Pod wagę brana jest wykładnia systemowa i teleologiczna raczej niż tylko gramatyczna, a więc biorąc pod uwagę cały kontekst, w którym dyrektywa została wydana. Preambuła odgrywa bardzo ważną rolę w ocenie, jakiego typu harmonizacja jest zakładana przez dyrektywę i czy wyczerpująco zajmuje ściśle zdefiniowane pole (np. dyr. 2006/123). Trybunał Sprawiedliwości odwołuje się również w takim przypadku do wykładni historycznej, analizując proces uchwalenia dyrektywy (C-320-328-329-337-338-339/94 *RTI*, pkt 33).

²² Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844 ze zm.).

²³ Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.).

²⁴ Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).

systemową i kłopot z zastosowaniem odpowiednich norm kolizyjnych. O potrzebie gruntownej przebudowy prawa świadczą też podejmowane co jakiś czas prace kodyfikacyjne w zakresie umowy ubezpieczenia. Zadanie implementacji dyrektywy IDD potrzebę tę zdecydowanie pogłębia. Wydaje się, że rozwiązanie polegające na zwykłym przepisaniu treści dyrektywy bez dostosowania ich do kultury prawa polskiego oraz poziomu rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń i świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa jest ryzykowne. W szczególności, że dyrektywa IDD posługuje się mieszaną koncepcji i sformułowań pochodzących z różnych kultur prawnych, będąc wyrazem kompromisu pomiędzy kulturą alpejską (reprezentowaną głównie przez kraje kontynentalne) i morską (zasadniczo obecną w systemie *common law*) w ubezpieczeniach, jak i języka technicznego, którego polski ustawodawca wcale nie musi transponować do polskiego aktu prawnego (Cousy, 2002).

2.4. Mając na względzie obecną strukturę prawa ubezpieczeń można rozważyć jednak co najmniej dwie lub trzy możliwości. Według pierwszej z nich, możliwe byłoby gruntowne przebudowanie systemu prawa ubezpieczeń w taki sposób, że oddzielone zostałyby normy o charakterze zdecydowanie publiczno-prawnym regulujące organizacyjne aspekty działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego, od procesu dystrybucji ubezpieczeń (o charakterze raczej prywatno-prawnym, z elementami prawa publicznego – szczególnie w kontekście stosowanych sankcji za naruszenie obowiązków informacyjnych). Koncepcja taka wymagałaby pozostawienia pośrednictwa ubezpieczeniowego w ustawie o dotychczasowej nazwie i dostosowania go do nowych wymogów oraz dokonanie podobnego zabiegu w stosunku do działalności ubezpieczeniowej. Mogłoby to polegać na stworzeniu nowej ustawy o dystrybucji ubezpieczeń dotyczącej wyłącznie zawierania umowy ubezpieczenia lub wprowadzenia przepisów implementujących dyrektywę IDD, związanych z zawieraniem umowy ubezpieczenia, do kodeksu cywilnego. Innym sposobem na stworzenie spójnego systemu mogłoby być dokonanie podziału regulacji dotyczącej dystrybucji ubezpieczeń, w zależności od kanału dystrybucji (bezpośredniej lub pośredniej) i transpozycję dyrektywy IDD poprzez odpowiednią zmianę ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i o działalności ubezpieczeniowej. Koncepcja podziału materii regulacyjnej została przyjęta np. w Niemczech. W procesie implementacyjnym wprowadzono tam zmiany do szeregu ustaw regulujących poszczególne aspekty prawa ubezpieczeń, tj. do ustawy o umowie ubezpieczenia, a także ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym, oraz regulacji dotyczących odpowiednio działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa. We Włoszech odpowiednie zmiany zostaną wprowadzone do kodeksu ubezpieczeń.

W tym względzie należy zauważyć, że podział na dwie ustawy regulujące oddzielnie działalność ubezpieczeniową i pośrednictwa ubezpieczeniowego dokonany przez ustawodawcę w roku 2003 miał swoje niewątpliwe zalety, ponieważ po raz pierwszy w czasach powojennych²⁵ próbował usystematyzować materię dotyczącą

²⁵ Przed wojną pośrednictwo ubezpieczeniowe było uregulowane odrębnym rozporządzeniem z dnia 24 października 1934 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

różnych dziedzin, regulując ją w odrębnych aktach prawnych²⁶. I tak pośrednictwo ubezpieczeniowe zostało legislacyjnie oddzielone od działalności ubezpieczeniowej. Przyjęto koncepcję regulowania działalności ubezpieczeniowej i pośrednictwa ubezpieczeniowego poprzez zdefiniowanie czynności ubezpieczeniowych i czynności pośrednictwa i stworzenie ich listy o charakterze *numerus clausus*. Niewątpliwie te dwa akty należały do sfery prawa publicznego, pozostawiając materię prywatno-prawną zasadniczo w kodeksie cywilnym, co owocowało kilkukrotnymi zmianami kodeksu cywilnego²⁷. Wysiłki poczynione przez ustawodawcę w roku 2003 w celu usystematyzowania złożonej dziedziny ubezpieczeń zostały zdewaluowane jednakże poprzez stopniowe zamieszczanie nowych przepisów regulujących umowę ubezpieczenia w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Wprowadza to jednocześnie wątpliwości co do ich charakteru (publiczno- czy prywatnoprawne)²⁸. Nadmienić przy tym należy, że wiele z przepisów z regulujących *de facto* umowę ubezpieczenia wprowadzanych było na początku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, aby znaleźć następnie swe miejsce w kodeksie cywilnym przy okazji zmiany przepisów o umowie ubezpieczenia w roku 2007 (np. zasada zakazu wzbogacania się kosztem ubezpieczenia początkowo uregulowana w ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 1990 roku znalazła swe miejsce w art. 824¹ kc). Jednocześnie miały miejsce zmiany w odwrotnym kierunku, np. regulacja zawarta w art. 812 kc dotycząca treści ogólnych warunków ostatecznie znalazła się w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Tego rodzaju wątpliwości pogłębione zostały niewątpliwie w ramach implementacji dyrektywy Solvency II, podczas której kwestie regulujące ewidentnie umowę ubezpieczenia zostały umieszczone w zupełnie nowej ustawie z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Należy jednak przyznać, że trend do „publicyzacji” prawa prywatnego jest dość powszechny i często spotykany na gruncie ustaw stanowiących implementację dyrektyw Unii Europejskiej, nie tylko w ubezpieczeniach (Helios, 2013, s. 11–36; Dąbrowski, 2016).

Wynik prac ustawodawczych nad implementacją dyrektywy IDD przybrał ostateczny kształt w postaci ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń będący przedmiotem prac sejm²⁹ zakłada: (a) uchylenie w całości ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym; (b) pozostawienie dotychczasowych przepisów dotyczących zawierania umowy ubezpieczenia w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zarówno tych dotyczących

²⁶ Poprzednia ustawa z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej zawierała przepisy zarówno dotyczące działalności ubezpieczeniowej, jak i pośrednictwa ubezpieczeniowego.

²⁷ Tutaj w rozumieniu: prawo prywatne jako prawo dotyczące relacji zawieranych poza organami państwowymi natomiast prawo publiczne – prawo regulujące stosunki między organami władzy państwowej i samorządowej oraz stosunki powstające między obywatelami a tymi organami – podział zapoczątkowany już przez Ulpiana.

²⁸ Patrz na przykład szerokie omówienie przepisów o umowie ubezpieczenia w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (Ziemiak, 2015, s. 15 i n.).

²⁹ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz 2486 ze zm.).

zakładów ubezpieczeń, jak i pośredników ubezpieczeniowych (np. art. 18 dotyczący wynagradzania); a wreszcie (c) wprowadzenie dodatkowego reżimu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, dotyczącej, podobnie jak dyrektywa IDD wszystkich rodzajów podmiotów uczestniczących w zawieraniu umowy ubezpieczenia i wszystkich kanałów dystrybucji (pośrednich czynności agencyjnych i brokerskich oraz bezpośrednich – czynności ubezpieczeniowych). W konsekwencji uchwalenia ustawy według tej koncepcji, mamy do czynienia z dwoma aktami prawnymi (ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawa o dystrybucji ubezpieczeń), regulującymi tę samą *de facto* materię i skierowanymi do tych samych adresatów, gdzie rozstrzyganie sprzeczności może opierać się raczej na regule *lex posteriori derogat legi priori*, trudno byłoby bowiem twierdzić, że którakolwiek z ustaw ma znaczenie *lex specialis* wobec drugiej, choć w tym względzie konieczna byłaby bardziej szczegółowa analiza.

Jedynie tytułem przykładu można przywołać wątpliwości dotyczące reżimu prawnego czynności ubezpieczeniowych i dystrybucyjnych wynikających z przedstawionej koncepcji. Mianowicie zakład ubezpieczeń w zakresie tych samych czynności będzie podlegał równocześnie reżimowi przepisów o dystrybucji, jak i przepisów o działalności ubezpieczeniowej. Przepisy te mają tę samą rangę i bardzo zbliżoną, lecz nie identyczną treść. Nie wydaje się przy tym, aby ustawa o dystrybucji mogła regulować jakiegokolwiek z czynności dystrybucyjnych szerzej niż ustawa o działalności ubezpieczeniowej, choćby z uwagi na zakaz zajmowania się przez zakład ubezpieczeń czynnościami innymi niż czynności ubezpieczeniowe lub z nimi związane, wynikający wprost z art. 4 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (chyba, żeby uznać, że w tym względzie ustawa o dystrybucji miałyby charakter *lex specialis*, rozszerzając kompetencje zakładów ubezpieczeń). W rezultacie wydaje się, że wszystkie czynności mieszczące się w zakresie definicji dystrybucji ubezpieczeń będą jednocześnie czynnościami ubezpieczeniowymi (lub co najmniej z nimi związanymi). Niektóre zatem z czynności ubezpieczeniowych uregulowane już obecnie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zostały poddane dodatkowym przepisom wynikającym z ustawy o dystrybucji, jak chociażby te, zgodnie z którymi, „zakład ubezpieczeń może wykonywać bezpośrednio czynności związane z dystrybucją ubezpieczeń poprzez uprawnionego pracownika, zwane dalej «czynnościami dystrybucyjnymi zakładu ubezpieczeń»”. Wydaje się nie ulegać wątpliwości, że te „czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń” będą po prostu czynnościami ubezpieczeniowymi, o których mowa w art. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ze wszystkimi tego konsekwencjami, dotyczącymi sposobu ich wykonywania, w tym np. zarządzania procesami wewnętrznymi, takimi jak tworzenie tzw. karty produktu (*Key Information Document*), zarządzania produktem itp. Istotne jest bowiem, że zakres regulacji nowej ustawy nie będzie dotyczył jedynie sposobu wykonywania działalności, lecz dotyka istoty tego, czym jest dystrybucja ubezpieczeń, rozszerzając tym samym definicję czynności ubezpieczeniowych, które może wykonywać zakład ubezpieczeń. Dystrybucja ubezpieczeń w kształcie przewidzianym nową ustawą staje

się tym sposobem jedną z czynności ubezpieczeniowych uregulowanych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej³⁰.

Pod względem przedmiotowym mamy także do czynienia z istnieniem równoległej regulacji takich kwestii, jak analiza potrzeb poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (w zakresie ubezpieczeń działy I grupy 3 obowiązek analizy potrzeb został uregulowany w art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, natomiast w zakresie ubezpieczeń majątkowych zawarto stosowną regulację nakładającą obowiązek analizy potrzeb w art. 8 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń³¹, obowiązek opracowania ustandaryzowanego dokumentu zawierającego informacje o umowie ubezpieczenia oraz treść i sposób spełniania obowiązków informacyjnych, wszystkie z nich stanowiące element obowiązków informacyjnych na etapie przedkontraktowym. Rozdzielenie przepisów dotyczących zakładów ubezpieczeń do dwóch równoległych ustaw nie przebiega jednak jednolicie, biorąc pod uwagę także dział ubezpieczeń (I lub II według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), co wynika z odrębnego regulowania tych ubezpieczeń na poziomie europejskim.

Innym jeszcze przykładem może być regulacja obowiązku posiadania kompetencji przez pracowników zakładu ubezpieczeń. Tylko częściowo znajduje się ona w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń, gdyż obowiązki członków zarządu w tym zakresie są już materia regulowaną ustawą o działalności ubezpieczeniowej. Tym samym nastąpiło rozczłonkowanie postanowień dyrektywy na dwa odrębne akty prawne według niejasnego klucza. Nie jest tym kluczem kryterium podmiotowe, z uwagi na to, że zarówno ustawa o dystrybucji, jak i ustawa o działalności ubezpieczenio-

³⁰ Definicja dystrybucji przewidziana w dyrektywie IDD i przepisana do projektu ustawy o dystrybucji jest następująca: „dystrybucja ubezpieczeń” oznacza działalność polegającą na doradzaniu, proponowaniu lub przeprowadzaniu innych prac przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia, na zawieraniu takich umów lub udzielaniu pomocy w administrowaniu takimi umowami i wykonywaniu ich, w szczególności w przypadku roszczenia, w tym udzielanie informacji dotyczących jednej lub większej liczby umów ubezpieczenia na podstawie kryteriów wybranych przez klienta za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów oraz opracowanie rankingu produktów ubezpieczeniowych obejmującego porównanie cen i produktów, lub udzielanie zniżki od ceny umowy ubezpieczenia, gdy klient jest w stanie pośrednio lub bezpośrednio zawrzeć umowę ubezpieczenia za pośrednictwem stron internetowych lub innych mediów”.

³¹ Różnice w brzmieniu obydwu przepisów rodzą duże wątpliwości co do nawet tylko celu i zastosowanych środków. W zakresie ubezpieczeń działy I, grupa 3 (ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) możliwe jest zawarcie umowy nawet jeżeli jest ona sprzeczna z wynikami analizy potrzeb, o ile tylko poszukujący ochrony złoży oświadczenie na piśmie, o tyle w przypadku ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, brzmienie przepisu sugeruje, że niemożliwe jest w ogóle zawarcie umowy, która jest niezgodna z wymaganiami i potrzebami poszukującego ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób można by uznać, że ochrona przyznana w ubezpieczeniach z funduszem kapitałowym jest mniejsza niż we wszystkich innych rodzajach ubezpieczeń, jeżeli uznać, że przepis art. 21 ust. 4 stanowi *lex specialis* wobec art. 9 ust. 3 projektu ustawy o dystrybucji. W przypadku zastosowania reguły kolizyjnej *lex posterior derogat legi priori*, efekt wykładni może być już jednak inny.

wej będą regulować zarówno działalność pośredników, jak i zakładów ubezpieczeń. Nie jest tym kluczem także rozróżnienie prawa prywatnego i publicznego, obydwie bowiem ustawy zawierają normy o mieszanym i *de facto* podwójnym charakterze, dodając do katalogu źródeł prawa w zakresie umowy ubezpieczenia kolejny akt prawny, o zupełnie innej od kodeksu cywilnego siatce pojęciowej, trudnej do pogodzenia z myślą prawniczą w nim zawartą, gdzie umowa ubezpieczenia staje się produktem. Nie ulega wątpliwości, że przepisy o dystrybucji ubezpieczeń stają się częścią stosunku ubezpieczenia, zgodnie z art. 56 kc, według którego czynność prawna, w tym wypadku umowa ubezpieczenia, wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz także te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów³².

3. Kodeks ubezpieczeń jako instrument rozwoju prawa ubezpieczeń

W sytuacji opisanej w poprzednich punktach, wydaje się, że nie powinniśmy wykluczać ponownego pochylenia się nad koncepcją stworzenia kodeksu ubezpieczeń obejmującego swym zakresem całokształt prawa ubezpieczeń, zarówno regulacje prywatno-prawne dotyczące stosunku ubezpieczenia, jak i publiczno-prawne, a zawartych obecnie w kodeksie cywilnym i wspomnianym wyżej pakiecie ustaw ubezpieczeniowych. Być może powstrzymałoby to polskiego ustawodawcę przed bezrefleksyjnym zamieszczaniem norm o różnym charakterze w poszczególnych aktach prawa ubezpieczeń, tylko dlatego, że znalazły się one w jednym akcie prawa wydanego przez Unię Europejską, w szczególności gdy ma on tylko kierunkowy charakter i wiąże pośrednio. Obecny stan legislacji ubezpieczeniowej zdaje się predestynować do powrotu koncepcji kodeksu tak dobrze sprawdzającej się we Francji, a wprowadzonej w ostatnich latach także we Włoszech i w Bułgarii (Malinowska, 2009). Swojego czasu tego rodzaju inicjatywa badawcza w sprawie opracowania (i uchwalenia) polskiego kodeksu ubezpieczeń została podjęta przez Profesora E. Kowalewskiego z UMK w Toruniu. Inicjatywa ta zaowocowała stworzeniem przez

³² Jak wskazuje orzecznictwo SN, „sens normatywny tego przepisu polega na rozszerzeniu zakresu skutków czynności prawnej przez powiązanie z nią skutków wynikających z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Na gruncie art. 56 k.c. trzeba więc odróżnić skutki czynności prawnej wyrażone w samej czynności prawnej, czyli w tworzących ją oświadczeniach woli, od innych następstw tej czynności wyznaczonych ustawami, zasadami współżycia społecznego lub ustalonymi zwyczajami, które łącznie określają treść stosunku prawnego. Wspomniane inne następstwa czynności prawnej powstają z mocy art. 56 k.c., choćby nie były przez strony zamierzone. Zakres oddziaływania ustawy na skutki czynności prawnej zależy od charakteru konkretnej normy prawnej. Normy bezwzględnie obowiązujące kształtują skutki czynności prawnej nawet wbrew odmiennej woli stron wyrażonej w oświadczeniach woli, a normy względnie obowiązujące wchodzą w grę tylko w braku odmiennej woli stron i uzupełniają treść złożonych przez nie oświadczeń woli”. Wyrok SN z dnia 7 października 2015 r., I CSK 722/14, LEX nr 1925687.

Profesora i zaproszonych przedstawicieli nauki *Dekalogu Argumentów za Kodeksem Ubezpieczeń Gospodarczych* oraz założeń/zarysu ogólnej „architektury i części składowych” przyszłego kodeksu (Kowalewski, 2009). Wśród podstawowych argumentów przemawiających za opracowaniem kodeksu Profesor Kowalewski wskazał: (1) potrzebę ujednoczenia, uporządkowania i scalenia rozproszonych i niespójnych norm regulujących prawo ubezpieczeń oraz przesądzenie o odrębności i gałęziowej samodzielności prawa ubezpieczeń; (2) wprowadzenie nowej systematyki gałęziowej wyodrębniającej prawo umowy ubezpieczenia, prawo działalności ubezpieczeniowej, prawo pośrednictwa ubezpieczeniowego itp.; (3) europeizacja prawa ubezpieczeń, w tym potrzebę uwzględnienia dorobku *Restatement of Principles of Insurance Contract Law* – i wiele innych (Kowalewski, 2009, s. 15–18).

Choć perspektywa opracowania kodeksu ubezpieczeń, skupiającego w jednym akcie prawnym wszystkie regulacje dotyczące prawa ubezpieczeń jako odrębnej gałęzi wydaje się niezwykle nęcąca, niejako automatycznie rodzi się pytanie o zaspokojenie celów stawianych takiej regulacji. Mianowicie, czy w świetle ostatnich przemian legislacyjnych w dziedzinie ubezpieczeń, chociażby takich jak *Solvency II*, *MiFiD II*, wreszcie zaś sama dyrektywa *IDD*, kodeks ubezpieczeń jest w stanie odpowiedzieć na pytania postawione we wstępie niniejszego rozdziału, czy też jego główną rolą byłoby tylko (lub aż) zapewnienie spójności norm prawa ubezpieczeniowego (Orlicki, 2009, s. 156). Niewątpliwie kodeks ubezpieczeń mógłby stać się polem doświadczalnym do rozwiązania takich dylematów, jak zakres ochrony konsumenciej w ubezpieczeniach, gdzie od lat rysuje się tendencja odmienna niż w ogólnym prawie kontraktowym, mianowicie wzdłuż linii podziału pomiędzy ryzykami dużymi a ryzykami masowymi. Ochrona o charakterze konsumenckim przysługuje w ubezpieczeniach ryzyk masowych, w przypadku dużych zaś zachowuje znacznie większy zakres swobody kontraktowania. Odzwierciedlenie takiej tendencji widoczne jest także w nowej koncepcji „prosumenta”. Jednocześnie wpływ na wszystkie stosunki ubezpieczenia bez wątpienia ma nałożenie na ubezpieczyciela obowiązku dbałości o najlepszy interes poszukującego ochrony, co zmienia równowagę kontraktową między stronami. Byłaby to też okazja do systemowego podejścia do transparentności w ubezpieczeniach i wyznaczenia sposobu jej funkcjonowania jako zasady, a nie tylko jako nieuporządkowanego zbioru norm.

Podsumowanie

Pomimo faktu uchwalenia przez Unię Europejską już ponad 100 tysięcy dyrektyw, z których duża część musiała być implementowana do polskiego porządku prawnego, każda następna dyrektywa powinna być traktowana z jednakową uwagą, co do sposobu jej transpozycji do polskiego porządku prawnego. Powinna być w miarę możliwości dostosowana do polskiej kultury prawnej i przełożona na regulacje koherentnie wpisujące się w zastany system norm z danej dziedziny prawa. Tak

złożona materia, jaką są ubezpieczenia wymaga szczególnego podejścia i rozważań. Teraz, gdy stoimy w obliczu zderzenia się z nowymi regulacjami w zakresie dystrybucji ubezpieczeń, refleksja nad ich usytuowaniem w istniejącym prawie ubezpieczeń, wpisanie w zasady rządzące instytucją ubezpieczenia, a nie tylko dopisywanie szczegółowych reguł bez kontekstu jest w sposób oczywisty niezbędna. Jak starała się wykazać autorka, sposób implementacji przyjęty przez polskiego ustawodawcę może rodzić wątpliwości co do wzajemnej relacji między nowymi i dotychczas obowiązującymi regulacjami. Dotyczy to zarówno charakteru prywatno-prawnego lub publicznego wprowadzanych przepisów, lecz także całej systematyki polskiego prawa ubezpieczeń. Z tego względu należy postulować, aby uchwalenie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń nie było końcem dyskusji nad kształtem polskiego prawa ubezpieczeń.

Bibliografia

- Cousy, H. (2002). *La fin de l'assurance? Considerations sur le Domanie proper de l'assurance privee et ses frontieres*. W: Y. Lambert-Faivre, D.-C. Lambert (red.), *Droit et économie de l'assurance et de la sante, mellanges*. Paris: Dalloz.
- Dąbrowski, M. (2016). Normy prawne względnie wiążące w polskim prawie publicznym. *Państwo i Prawo*, 7.
- Dworkin, R. (1978). *Taking Rights Seriously*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz. Urz. UE 9, 15.1.2003).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/97 z dnia 2 lutego 2016 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U.U.E.L.2016.26.19).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłączalność II) (Dz. Urz. UE L 335/1, 17.12.2009).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/65/UE z dnia 15 maja 2014 w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniająca dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE (Dz. Urz. UE L 173/349 PL12.6.2014).
- Fojcik-Mastalska, E. (2016). Prawo rynku finansowego w systemie prawa. W: A. Jurkowska-Zejdler, M. Olszak (red.), *Prawo rynku finansowego. Doktryna, instytucje, praktyka*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Heiss, H. (2016). W: J. Basedow, J. Birds, M. Clarke, H. Cousy, H. Heiss, L. Loacker, *Principles of European Insurance Contracts Law* (2nd ed.). Köln: Otoschmidt.
- Helios, J. (2013). Publicyzacja prawa prywatnego – prywatyzacja prawa publicznego w kontekście rozważań nad prawem europejskim. *Acta Universitatis Wratislaviensis*, 3502.
- Kowalewski E. (red.). (2009). Dekalog Argumentów za Kodeksem Ubezpieczeń Gospodarczych. W: E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora.
- Kunkiel-Kryńska, A. (2008). Granice swobody implementacyjnej. *EPS*, 10.
- Kurcz, B. (2004). *Dyrektywy Wspólnoty Europejskiej i ich implementacja do prawa krajowego*. Kraków: Zakamycze.

- Malinowska, K. (2008). *Umowa ubezpieczenia w Europie bez granic*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Branta.
- Malinowska, K. (2009). W: E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora.
- Malinowska, K. (2015). Transparentność w umowie ubezpieczenia – przemiana zasady najwyższego zaufania w prawo do informacji. W: B. Gnela, M. Szaraniec (red.), *Informacja w prawie ubezpieczeń gospodarczych*. Warszawa: Lex a Wolters Kluwer business.
- Malinowska, K., Mosakowska, I. (2016). Status zawodowy brokera ubezpieczeniowego a przemiany ustawodawcze w dziedzinie dystrybucji ubezpieczeń. PA, 2.
- Mik, C. (2000). *Europejskie prawo wspólnotowe. Zagadnienia teorii i praktyki* (t. I). Warszawa: C.H. Beck..
- Orlicki, M. (2009). Cywilne prawo ubezpieczeniowe a koncepcja kodeksu ubezpieczeń. W: E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*. Toruń: TNOiK Dom Organizatora.
- Radwański, Z. (1977). *Teoria umów*. Warszawa: PWN.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) (Dz. Urz. UE L 352/1 PL9.12.2014).
- Szpunar, M. (2012). Komentarz do art. 288 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Warszawa: Wolters Kluwer, Lex.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844 ze zm.).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwieniu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulowanych (Dz.U. 2014 poz. 768).
- Wandt, M. (2014). *Transparency as a general principle of insurance law*. World Congress of AIDA, Rome.
- Ziemiak, M.P. (2015). Zawieranie i wykonywanie umów ubezpieczenia w świetle projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wybrane Zagadnienia. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 1.

JAROSŁAW W. PRZYBYTNIOWSKI*

Ekonomiczne uwarunkowania implementacji dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD)

Streszczenie

Celem opracowania była analiza wybranych aspektów odnoszących się do implementacji uchwalonej Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (IDD) oraz ekonomicznych uwarunkowań dla rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce z uwzględnieniem prowizji uzyskiwanych przez pośrednika ubezpieczeniowego, co przekłada się na wysokość składki ubezpieczeniowej oraz nowych obowiązków informacyjnych wpływających na konkurencyjność rynku ubezpieczeniowego. Niniejsza analiza oparta jest na elementach teoretycznych (opisowych) oraz empirycznych przy wykorzystaniu danych pochodzących z Insurance Europe. Mając na uwadze zapisy dyrektywy IDD, polski ustawodawca w procesie implementacji analizowanej dyrektywy musi zwrócić uwagę na zasadnicze kwestie, których treść może zasadniczo wpłynąć na funkcjonowanie rynku ubezpieczeń w Polsce.

Słowa kluczowe: dyrektywa IDD, pośrednik ubezpieczeniowy, broker, agent, ubezpieczenie.

Abstract

The objective of the study was to analyse specific aspects relating to the implementation of the Directive of the European Parliament and the Council (EU) 2016/97 dated on 20th of January 2016 based on the distribution of insurance (IDD) and economic conditions for market insurance mediation in Poland. It has considered the commission obtained by the insurance intermediary, which relates to the height of the insurance premium and new information obligations affecting the competitiveness of the insurance market. This analysis is based on theoretical element (descriptive) and empirical using data from the insurance fee. Whereas the provisions of the directive IDD, Poland the legislator in the process of the legislator in the process of implementation of the directive concerned must pay attention to the essential questions content of which may substantially affect the functioning of the insurance market in Poland.

Keywords: IDD directive, insurance intermediary, broker, agent, insurance.

* Dr Jarosław W. Przybytniowski – Instytut Zarządzania, Wydział Prawa, Administracji i Zarządzania, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, ul. Świętokrzyska 21, 25-406 Kielce; e-mail: j.w.przybytniowski@wp.pl.

Wprowadzenie

Celem opracowania jest analiza wybranych aspektów odnoszących się do implementacji uchwalonej Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie dystrybucji ubezpieczeń¹ (*Insurance Distribution Directive* – IDD) oraz zaprezentowanie niektórych rozwiązań, jakie winny być wprowadzone, zdaniem autora, w procesie implementacji analizowanej dyrektywy do harmonizacji polskiego prawa w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz ekonomicznych uwarunkowań dla rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce z uwzględnieniem przede wszystkim odpowiedzi na pytania, na ile:

- a) prowizja uzyskiwana przez pośrednika ubezpieczeniowego przekłada się na wysokość składki ubezpieczeniowej?
- b) nowe obowiązki informacyjne wpłyną na konkurencyjność rynku ubezpieczeniowego?

Mając na uwadze zapisy dyrektywy IDD, polski ustawodawca w procesie legislacyjnej implementacji analizowanej dyrektywy musi zwrócić uwagę na zasadnicze kwestie, których treść może zasadniczo wpłynąć na funkcjonowanie rynku ubezpieczeń w Polsce. Związane jest to z faktem, że dyrektywa rozszerza zakres stosowania ustawowego reżimu dystrybucji, obejmując nim szerszy krąg podmiotów, jak też nakładając na zakłady ubezpieczeń dodatkowe obowiązki w zakresie zarządzania procesami dystrybucji. Zmiany te mają za zadanie wyrównać interes klienta chcącego nabyć ochronę ubezpieczeniową z poziomem ochrony we wszystkich kanałach dystrybucji. W niniejszym rozdziale autor pragnie zwrócić uwagę na niektóre zagadnienia, które w sposób istotny mogą wpłynąć na skutki ekonomiczne funkcjonowania pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce.

1. Główne założenia dyrektywy IDD

Ostatnie zawirowania na rynku finansowym podkreśliły konieczność dyskusji nad zapewnieniem skutecznej ochrony klienta w całym sektorze finansowym. W listopadzie 2010 roku, Grupa G20 zwróciła się do OECD, FSB i innych międzynarodowych instytucji o opracowanie wspólnych zasad w sektorze usług finansowych mających na celu wzmocnienie ochrony klienta. Projekt, zaprezentowany przez G20 w sprawie nadrzędnych zasad w zakresie ochrony klienta usług finansowych, wskazał na konieczność zmian regulacji i/lub nadzoru wszystkich instytucji i agentów bezpośrednio świadczących usługi finansowe dla klientów. W myśl tych zasad klienci powinni zawsze korzystać z porównywalnych standardów ochrony klienta na rynku usług

¹ Dyrektywa weszła w życie po 20 dniach od dnia ogłoszenia, tj. 23 lutego 2016 r. Kraje członkowskie mają czas na jej implementowanie do 23 lutego 2018 r.

finansowych. Na uwagę zasługuje fakt, że część członków Parlamentu, jak również organizacje konsumenckie doszły do wniosku, że istnieje konieczność zwiększenia bezpieczeństwa ubezpieczonych w kontekście kryzysu finansowego. Ze względu na obszerność proponowanych zmian, na potrzeby niniejszego rozdziału, poruszone zostaną te problemy, które zostały uznane za istotne dla środowiska pośredników ubezpieczeniowych. Tym samym dyrektywa IDD zakłada:

- 1) rozszerzenie zakresu zastosowania IMD na wszystkie kanały dystrybucji (np.: bezpośrednie ubezpieczenia, wynajem samochodów);
- 2) określenie, zarządzanie i łagodzenie konfliktów interesów;
- 3) podniesienie poziomu harmonizacji sankcji i środków administracyjnych w przypadku naruszenia kluczowych przepisów niniejszej dyrektywy;
- 4) zwiększenie przydatności i obiektywności doradztwa;
- 5) zapewnienie odpowiednich kwalifikacji zawodowych do dystrybucji złożonych produktów;
- 6) dokładniejsze uregulowanie działalności brokerskiej;
- 7) uproszczenie i zbliżenie procedur umożliwiających podejmowanie działań transgranicznych na rynkach ubezpieczeniowych w UE;
- 8) rozszerzenie obowiązków informacyjnych.

Wszelkie zmiany odnoszące się do dyrektywy², oparte są na artykule 53 (1) i 62 TFUE, sama zaś dyrektywa zastąpiła dotychczasową dyrektywę (IMD). Dyrektywa IDD jest związana z harmonizacją krajowych przepisów o pośrednikach ubezpieczeniowych i innych podmiotach oferujących produkty ubezpieczeniowe. Ponadto, projekt ten omawia:

- 1) stosowanie zasady swobody przedsiębiorczości,
- 2) swobody świadczenia usług,
- 3) uprawnienia organów nadzoru państwa członkowskiego pochodzenia i przyjmującego państwa członkowskiego w tym zakresie.

Jak można zauważyć, idea zmian w omawianej dyrektywie IDD, odnosi się głównie do ochrony interesów klienta, przede wszystkim poprzez:

- 1) zwiększenie ochrony konsumenta poprzez transparentność oferowanych usług pośrednictwa ubezpieczeniowego,
- 2) dopasowanie oferowanego produktu ubezpieczeniowego do potrzeb klienta oraz jego możliwości finansowych,
- 3) zwiększenie ochrony praw klientów poprzez transparentność wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych.

² Ma ona mieć nadal charakter „postulowany”, czyli cechy instrumentu prawnego przewidującego „minimalną harmonizację”. Znaczy to, że dyrektywa ta wzorem poprzedniej, będzie zawierała minimalne standardy (wzorem IMD) konieczne do osiągnięcia, natomiast sposób implementacji jest kwestią wewnętrznej polityki legislacyjnej państw Unii.

Zdaniem autora, proponowane zmiany, zawarte w IDD, w kontekście ostatnich zawirowań na rynku finansowym są istotne. Należy jednak pamiętać, że wprowadzając jakąkolwiek zmianę, należy wziąć pod uwagę czy nie spowoduje ona nadmiernych, nieuzasadnionych obciążeń ekonomicznych dla rynku ubezpieczeniowego, w tym pośredników. Ponadto ważne jest, by zmiany te przyniosły konkretne, pozytywne skutki dla klientów towarzystw ubezpieczeniowych – chroniąc rzeczywiście ich interesy.

Uwzględniając powyższe kwestie, dyrektywa IDD, w szczególności sprowadza się do:

1. Rozszerzenia zakresu podmiotowego działania dyrektywy. Rozszerzono oferowanie umów ubezpieczenia przez towarzystwa ubezpieczeń i reasekuracji bez udziału pośrednika ubezpieczeniowego. Dotyczy to również działań związanych z zarządzaniem roszczeniami przez towarzystwa ubezpieczeniowe i dla nich, wyceny szkód i rozpatrywania roszczeń przez biegłego. Ponadto, dystrybucji umów ubezpieczenia, np. przez: biura podróży, umów ubezpieczenia ogólnego sprzedawanych przez wypożyczalnie samochodów, firmy leasingowe.
2. Obowiązków informacyjnych – poza podmiotowym i przedmiotowym zastrzeżeniem wymogów w zakresie polityki informacyjnej, dyrektywa wprowadza dla wszystkich podmiotów świadczących usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego, częściowo zróżnicowane obowiązki związane z analizą potrzeb klientów poszukujących ochrony ubezpieczeniowej (Malinowska i Mosakowska, 2016, s. 252–254; Zoń, 2016, s. 267–270).
3. Działalność brokerskiej, w szczególności nowych rozwiązań prawnych związanych z odejściem od aktualnie obowiązującego systemu udzielania zezwolenia na wykonywanie zawodu brokera przez Komisję Nadzoru Finansowego (KNF), przy jednoczesnym pozostawieniu systemu rejestracji brokerów w rejestrze brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych (Traple i Byrski, 2013, s. 58–73). Ponadto, wprowadzenia nowych rozwiązań w zakresie form prawnych wykonywania tej działalności, uregulowanie działalności brokerskiej jako zawodu w ujęciu korporacyjnym, a w konsekwencji częściowe kompetencji nadzorczych KNF na organy samorządowe (zob. Kowalewski, 2012, s. 40), jak też wprowadzenie regulacji w zakresie umów zawieranych przez brokerów ubezpieczeniowych (umowy brokerskiej i porozumienia kurtażowego).
4. Zmiany wymogów zawodowych i organizacyjnych. Doprecyzowane są wymogi zawodowe i organizacyjne, a mianowicie:
 - a) wymóg posiadania właściwej wiedzy i umiejętności;
 - b) wymóg nieposzlakowanej opinii;
 - c) obowiązek posiadania ubezpieczenia z tytułu prowadzenia działalności zawodowej i środków w celu ochrony przed niezdolnością pośrednika do przekazania składki towarzystwu ubezpieczeniowemu albo pieniędzy z roszczeń lub zwrotu składki ubezpieczonemu.

Pozostaje zapis odnoszący się do konieczności ciągłego rozwoju zawodowego.

Aby spełnić wymóg proporcjonalności, zasady mające zastosowanie do osób prowadzących pośrednictwo, jako działalność pomocniczą, lub których działalność jest ograniczona do profesjonalnego zarządzania roszczeniami będą stosowane proporcjonalnie do złożoności sprzedawanego produktu.

Komisja posiada uprawnienia do przyjmowania aktów delegowanych, aby określić pojęcie właściwej wiedzy i umiejętności.

5. Procedury pozasądowego rozstrzygnięcia. Zapis tego artykułu wzmacnia pozasądowe rozstrzygnięcie sporów z udziałem klientów, poprzez wprowadzenie wymogu (a nie zachęty) do ustanowienia przez państwa członkowskie trybu takich postępowań i zapewnienia uczestnictwa w nich.
6. Wymogów informacyjnych i zasady prowadzenia działalności. Przepisy te regulują wymogi w zakresie ujawniania informacji, związane wyłącznie z dużym ryzykiem, a ponadto:
 - a) ogólną zasadę obowiązującą pośredników stanowiącą, że powinni oni działać w najlepszym interesie swoich klientów;
 - b) podobne wymogi informacyjne dotyczą zakładów ubezpieczeń;
 - c) wymogiem ujawniania przez pośredników ubezpieczeniowych podstawy i kwoty wynagrodzenia (Fras, 2007, s. 80–82);
 - d) wymogiem ujawniania wysokości każdego zmiennego składnika wynagrodzenia otrzymanego przez pracowników działu sprzedaży w zakładach ubezpieczeń oraz u pośredników;
 - e) obowiązkowy system „ujawniania wszystkich informacji” w przypadku sprzedaży ubezpieczeń na życie oraz system „informacji na żądanie” (tzn. na żądanie klienta) w przypadku sprzedaży ubezpieczeń innych niż na życie, z okresem przejściowym wynoszącym 5 lat; po upływie tego 5-letniego okresu przejściowego system ujawniania wszystkich informacji zacznie automatycznie obowiązywać również w stosunku do sprzedaży ubezpieczeń *non-life*;
 - f) nałożonym na zakłady ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych obowiązkiem przekazania klientowi – przed zawarciem umowy – odpowiednich informacji na temat produktu ubezpieczeniowego, aby umożliwić mu podjęcie świadomej decyzji;
 - g) dodatkowymi wyjątkami od ogólnego wymogu przekazywania informacji na trwałym nośniku informacji.

Mając na uwadze powyższe rozważania, można powiedzieć, że w stosunku do pierwotnej wersji dyrektywy IMD ochrona klienta znacząco się rozwinęła. Jednocześnie, należy pamiętać, że w ostatnich latach, zwłaszcza w okresie kryzysu finansowego, klienci towarzystw ubezpieczeniowych poszukują coraz więcej informacji na temat oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Są oni coraz bardziej świadomi zakresu oferowanej ochrony ubezpieczeniowej, a co za tym idzie – ponoszonych kosztów (zob. Przybytniowski, 2010, s. 32–40).

2. Proponowane rozwiązania w procesie implementacji dyrektywy IDD do polskiego prawa w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego

Ze względu na zakres zastosowania ustawy, która ma stanowić implementację dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń winna ona, moim zdaniem, przyjąć nazwę „Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym”. Dyrektywa IDD ma bardzo szeroki zakres, tym samym proponowana ustawa powinna być ujęta w sposób następujący:

- 1) zawierać regulację zasad i wykonywania umów ubezpieczenia przez zakłady ubezpieczeń, poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian zapisów do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 2) regulować aspekty prawne związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, poprzez zdefiniowanych pośredników ubezpieczeniowych.

Zdaniem autora, proponowana ustawa związana z pośrednictwem ubezpieczeniowym, a implementująca dyrektywę IDD, nie powinna mieć na celu zmiany struktury ustawodawstwa polskiego, które istnieje w obecnym kształcie. Idące w tym kierunku zmiany wymagałyby istotnej ingerencji w treść uchwalonej ustawy z 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zwłaszcza w zakresie (zachowanie spójności) przeniesienia z ww. ustawy, do proponowanych zapisów ustawy o „dystrybucji ubezpieczeń”, przepisów odnoszących się do:

- a) obowiązków informacyjnych,
- b) niektórych przepisów związanych z procesami zarządzania.

Brak tego typu zmian, powodowałby „dualizm” przepisów o działalności *de facto* ubezpieczeniowej, co stwarzałoby wiele wątpliwości interpretacyjnych, a co za tym idzie niekorzystne zasady techniki legislacyjnej. Mając na uwadze proces legislacji, zabieg ten prowadziłby do konieczności zmian zapisów w wielu różnych ustawach związanych z przenoszeniem poszczególnych artykułów do proponowanej „ustawy o dystrybucji”, bez żadnych gwarancji wyczerpujących regulacje poruszanej problematyki, natomiast, na pewno prowadziłby to do nadmiernej kazuistyki przepisów w proponowanej ustawie. Tego typu zabiegi, mogłyby być sprzeczne z celami dyrektywy, gdzie czytamy, że: „obowiązek transpozycji niniejszej dyrektywy do prawa krajowego należy ograniczyć do tych przepisów, które stanowią merytoryczną zmianę dyrektywy 2002/92/WE”.

Innym zagadnieniem, na które chciałbym zwrócić uwagę, to regulacje związane z wykonywaniem pośrednictwa ubezpieczeniowego. Powinny one zostać oparte na założeniu zapisanym w pkt 72) dyrektywy IDD, gdzie czytamy, iż „niniejsza dyrektywa nie powinna stanowić nadmiernego obciążenia dla małych i średnich dystrybutorów ubezpieczeń i reasekuracji. I tu winna być zastosowana zasada proporcjonalności, która winna

mieć zastosowanie zarówno do wymogów nakładanych na uprawnienia nadzorcze, jak i na pośredników („dystrybutorów”) ubezpieczeń i reasekuracji”. Uważam, że ustawodawca winien wprowadzać minimalne obciążenia dla pośredników ubezpieczeniowych.

Trzecim istotnym zagadnieniem, które chciałbym poruszyć jest fakt, że osoby piszące projekt ustawy winny posługiwać się pojęciami, a co za tym idzie – definicjami znanymi, popularnymi i utrwalonymi w polskim prawie, przy jednoczesnym pomijaniu pojęć obcych lub nowych, które są wręcz mało lub w ogóle niezrozumiałe, a mogą z bardzo dużym prawdopodobieństwem powodować wiele wątpliwości interpretacyjnych, jak też problemów z ich wykładnią. Wśród tego rodzaju pojęć można wyróżnić, takie jak: „dystrybucja ubezpieczeń”, „klient” czy „produkt ubezpieczeniowy”, które winny być uregulowane zgodnie z już istniejącymi zapisami w kodeksie cywilnym: „umowa ubezpieczenia”, „poszukujący ochrony ubezpieczeniowej” czy „zawieranie lub wykonywanie umowy ubezpieczenia”.

Zdaniem autora niniejszego rozdziału, w proponowanej ustawie nie powinny pojawiać się pojęcia, jak: „dystrybutor” lub „dystrybucja”, ponieważ tradycja prawa polskiego oraz praktyki ubezpieczeniowej – rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego charakteryzuje się działaniami związanymi z pojęciem „pośrednictwo”. Coraz częściej pojawiają się natomiast tendencje do zastąpienia pojęcia „pośrednictwo” słowem „dystrybucja”, co zauważa się w nazwie dyrektywy IDD, jak też zapowiedzi pisanego projektu ustawy o „dystrybucji ubezpieczeń”. W prawodawstwie polskim brakuje jednak jednoznacznej (legalnej) definicji dystrybucji. Można zaś zauważyć, że zagadnienie to poruszane jest głównie w literaturze przedmiotu (ekonomicznej czy prawnej). Kanału świadczenia usług ubezpieczeniowych nie należy utożsamiać wyłącznie z kanałem dystrybucji. Z kolei kanału dystrybucji nie należy utożsamiać z kanałem sprzedaży tychże usług (Przybytniowski, 2010, s. 42). Za definicję kanału dystrybucji usług ubezpieczeniowych nie można uznać spotykanego w literaturze ubezpieczeniowej – utożsamiania kanałów z ich pośrednimi uczestnikami (np.: broker ubezpieczeniowy jako kanał dystrybucji) (Traub, 1995). Kanał sprzedaży usług ubezpieczeniowych jest podsystemem kanału dystrybucji usług ubezpieczeniowych w ujęciach zarówno podmiotowym, funkcjonalnym, jak i systemowym (Kufel-Siemińska, 2005, s. 15). Według A. Czubały kanały dystrybucji stanowią kluczowy element rozważań zbytu jako jednego z instrumentów marketingu (Czubała, 2001, s. 21). Zdaniem Ph. Kotlera (1994) dystrybucja oznacza zorientowaną na osiąganie zysku działalność, która obejmuje: planowanie, organizowanie i kontrolowanie sposobu przemieszczania gotowych produktów z miejsc ich wytworzenia do miejsc sprzedaży nabywcom finalnym. Cytując za J.W. Przybytniowskim (2010, s. 42), proces dystrybucji obejmuje zarówno wszelkie czynności, jak i wszystkich uczestników rynku ubezpieczeń, uczestniczących w produkcji, pośredniczeniu i nabywaniu umów ubezpieczenia, które są związane z powstaniem produktu ubezpieczeniowego³ i doprowadzeniu do transakcji kupna-sprzedaży. Proces ten odbywa się przed, w trakcie,

³ Produkt ubezpieczeniowy (*insurance product*) – pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń za określoną opłatą (składkę ubezpieczeniową). Usługi te są

jak i po powstaniu produktu ubezpieczeniowego oraz w czasie transakcji wykonywanej za pośrednictwem pośrednika ubezpieczeniowego (agenta i brokera). Ponadto, w klasyfikacji podziału na kanały dystrybucji, którą zawarł w swoim opracowaniu J.W. Przybytniowski (1999, s. 56), dokonano podziału na: bezpośrednie i pośrednie, gdzie w ramach dystrybucji pośredniej wyróżnia się tzw. kanały klasyczne (agentów i brokerów) oraz kanały nieklasyczne, tj. banki, przedsiębiorstwa turystyczne, dealerów samochodowych, doradców majątkowych oraz agentów biur sprzedaży nieruchomości. Proponowana ustawa winna utrzymać istniejący w polskim prawie ubezpieczeniowym podmiotowy podział pośredników ubezpieczeniowych na: agentów i brokerów, z jednoczesnym zakazem łączenia tych funkcji. Myślę, że ten pogląd podzielają przedstawiciele różnych środowisk ubezpieczeniowych, tym bardziej że doświadczenia polskiego rynku ubezpieczeniowego, gdzie istnieje od dawna głęboka tradycja funkcjonowania obecnych form wykonywania pośrednictwa ubezpieczeniowego (agenta i brokera), jako podmiotów zaspokajających potrzeby ubezpieczających, jak i ubezpieczycieli są mocno zakorzenione. Jednocześnie, podmiotowy podział na agentów ubezpieczeniowych, wykazuje większe bezpieczeństwo na zagrożenia pochodzące z konfliktu interesów, które są poruszane za pośrednictwem przepisów dyrektywy IDD. Możliwość takiego ujęcia wskazuje motyw 17 preambuły⁴, niezależnie od odmiennej treści dyrektywy IDD (podział przedmiotowy).

Przedstawiciele nauk prawnych nie zdefiniowali pojęcia „dystrybucji”. Natomiast zajmują się problemami, jakie powstają wokół tego zjawiska, np. nienazwana umowa dystrybucyjna. Wskazuje się, że w ramach tej umowy usługodawca zobowiązuje się dostarczać konkretny towar na określonych zasadach dystrybutorowi, a dystrybutor zobowiązuje się ten towar kupić, a w dalszej kolejności – odsprzedać osobom trzecim. Umowa ta jest często powiązana z umową sprzedaży. Z prawnego punktu widzenia element usługi pośrednictwa w analizowanej umowie jest obecny w niewielkim stopniu, ponieważ zawiera się ją dla utrzymania i poszerzenia rynku zbytu określonego towaru. Dystrybutor w swej działalności gospodarczej wykonuje tylko niektóre usługi odnoszące się do realizacji umowy sprzedaży, jak też świadczenia autoryzowanych usług serwisowych w ramach obsługi gwarancyjnej. Zajmuje się on głównie realizacją własnej strategii gospodarczej, związanej z odsprzedażą na swój rachunek i z zyskiem, towary zakupione u dostawcy. Mając powyższe na uwadze, kwalifikacja umowy dystrybucyjnej, definiowanej jako umowy o świadczenie usług pośrednictwa handlowego może stwarzać wiele wątpliwości interpretacyjnych.

świadczone od chwili zawarcia umowy pomiędzy stronami, aż do jej rozwiązania na warunkach, które są w umowie określone.

⁴ „Niniejsza dyrektywa powinna uwzględniać różnice w rodzajach kanałów dystrybucji. Powinna na przykład uwzględniać charakterystykę pośredników ubezpieczeniowych mających umowny obowiązek prowadzenia działalności z zakresu dystrybucji ubezpieczeń wyłącznie na rzecz jednego lub większej liczby zakładów ubezpieczeń (zależni pośrednicy ubezpieczeniowi), istniejących na rynkach niektórych państw członkowskich, a także powinna określać odpowiednie i proporcjonalne warunki mające zastosowanie do różnych rodzajów dystrybucji”.

Dystrybutor to podmiot samodzielny, który reprezentuje li tylko samego siebie, w związku z tym trudno go utożsamiać z typowym modelem pośrednika handlowego (Kocot, 2010, s. 180). Należy pamiętać, że umowa dystrybucji, która posiada wiele podobnych cech do umowy agencyjnej – w swej idei w sposób istotny od niej się różni. Przykładem może być tu choćby fakt, że w ramach umowy agencyjnej pośrednik, który przyjmuje zlecenie otrzymuje wynagrodzenie w formie prowizyjnej za wykonywanie zlecenia, to w umowie dystrybucji – charakter relacji handlowej nie ma żadnego znaczenia. Śledząc zapisy krajów będących w Unii Europejskiej (UE) istnieje dość wyraźny podział na umowę agencyjną (ochronę praw agenta ubezpieczeniowego) oraz dystrybucji (Kocot, 2010, s. 178). To dlatego w polskim prawodawstwie, gdzie jak wcześniej opisywałem, nie można zachować dotychczasowego podziału, zwłaszcza, że mamy ku temu tradycje, a nie – „ślepo” implementować, to co jest zapisane w dyrektywie.

W związku z tym wnioskuję *de lege ferenda* zarówno do osób zajmujących się pisaniem nowej ustawy o pośrednictwie (dystrybucji), jak i do parlamentarzystów, by nowa ustawa nie miała w swym tytule określenia „dystrybucja”. Należy pamiętać, że istota dystrybucji w ubezpieczeniach jest czymś innym, niż istniejące prawo związane z umową dystrybucyjną w obrocie handlowym. W sytuacji, gdy zostanie przyjęta odmienna koncepcja, dojdzie do paradoksu, gdzie dystrybucja w odniesieniu do usług ubezpieczeniowych będzie oznaczać zgoła coś innego niż dystrybucja towarów.

Innym problemem, którym chciałbym się w niniejszym rozdziale zająć, to pojęcie „doradztwa ubezpieczeniowego” (finansowego). Jest to pojęcie, które można obecnie nazwać słowem „wytrych”, stosowane do bardzo różnych usług. Do dnia dzisiejszego KNF nie uregulowała tego pojęcia, a co za tym idzie – zawodu (wszystko wskazuje na to, że długo tego nie zrobi) i obecnie „doradcą finansowym” może się tytułować każda osoba, która się sama tak nazwie. Wystarczy założenie działalności gospodarczej i podpisanie umowy o współpracy w sprawie dystrybucji produktów finansowych, np.: z zakładem ubezpieczeń czy z bankiem, by zostać „doradcą finansowym”. Oczywiście, może wystąpić sytuacja, gdzie dana osoba była wcześniej przez szereg lat pracownikiem zakładu ubezpieczeń lub innej firmy dystrybuującej produkty finansowe, tym samym zasługuje na tytułowanie się doradcą finansowym (doświadczenie zawodowe), ale może pojawić się również sytuacja, gdzie taka osoba nigdy wcześniej nie miała do czynienia z tego typu działalnością i z założenia nie ma ona doświadczenia zawodowego w dystrybucji produktów finansowych, może jednak również tytułować się „doradcą finansowym”. Brak jakichkolwiek regulacji w tym zakresie spowoduje jednocześnie brak kontroli, a co za tym idzie obniżanie jakości produktów finansowych oraz poziomu oceny pracowników (pośredników ubezpieczeniowych) przez klientów.

Sporo jest instytucji finansowych (w tym ubezpieczeniowych), w których pracują „doradcy finansowi” jedynie po krótkim przeszkoleniu. Należy pamiętać, że z doradcami finansowymi jest podobnie, jak m.in. z prawnikami, mechanikami samochodowymi czy lekarzami. Można trafić na bardzo kompetentną osobę,

a można się po prostu pomylić – i co wtedy? (za czynności agenta odpowiada zakład ubezpieczeń). Problem w tym, że jeżeli prawnik źle nam poprowadzi sprawę, to narzekając przejdziemy do innego (często tracąc nie tylko same pieniądze, ale także zdrowie i nerwy), z doradcą finansowym sytuacja wygląda natomiast inaczej – skutki niektórych jego decyzji mogą być poważne i ciągnąć się przez lata (istotne straty finansowe). Należy pamiętać, że nie ma idealnych instytucji finansowych, w tym ubezpieczeniowych, są zaś najwłaściwsze rozwiązania na dany moment.

Jest to jedna z głównych przesłanek, by ustawa, która ma być ustawą o „dystrybucji ubezpieczeń” – nazywała się, jak do tej pory „ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym”.

Ważnym aspektem, przy implementacji zapisów dyrektywy IDD do pisanej ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym („dystrybucji”) jest fakt, iż usługi doradztwa nie są zwolnione, a tym samym, nie mają prawa korzystać ze zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT).

Inaczej jest w przypadku usług konsultacyjnych. Należy sobie zadać pytania: *czy usługa związana z doradztwem i konsultacją jest tym samym rodzajem świadczenia; czy doradztwo finansowe jest czym innym niż świadczenie usługi konsultacji w tego typu działalności?* Tak postawione pytania okazują się zasadne i istotne w przypadku podatników, którzy mają prawo stosować zwolnienie z podatku VAT, a którzy po zrealizowaniu usługi doradczej tracą, z mocy prawa, możliwość do korzystania ze zwolnienia.

Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług⁵ (art. 113, ust. 9, Dz.U. z 2016 r. poz. 710 ze zm.), zwolnieniem z opodatkowania są objęte podmioty świadczące usługi doradcze do wartości sprzedaży nieprzekraczającej 150 000 złotych (jeżeli faktyczna wartość sprzedaży, w proporcji do okresu prowadzonej działalności gospodarczej, przekroczy w trakcie roku podatkowego powyższy limit, zwolnienie traci moc z momentem jego przekroczenia). I tu pojawiają się wcześniej zadane pytania: *czy doradztwo jest identyczną usługą co usługa konsultacji, czy są to usługi od siebie niezależne?* Świadczenie usługi konsultacji w różnych dziedzinach, ale bez

⁵ Na mocy tego artykułu – prawo do korzystania ze zwolnienia z podatku VAT wyłączeni są podatnicy, którzy dokonują sprzedaży: wyrobów z metali szlachetnych lub z udziałem tych metali, towarów opodatkowanych podatkiem akcyzowym, z wyjątkiem energii elektrycznej i wyrobów tytoniowych, nowych środków transportu, terenów budowlanych oraz przeznaczonych pod zabudowę, usług prawniczych, usług w zakresie doradztwa (art. 113 ust. 13 pkt 2 ustawy), usług jubilerskich. Pomimo iż ustawa w art. 113 ust. 13 nie odwołuje się do Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), to jednak – definiując „usługi w zakresie doradztwa”, to należy przede wszystkim uwzględnić, które usługi doradztwa wymienione są w tej klasyfikacji.

Świadczenie wszelkich usług określonych z nazwy w PKWiU jako usługi doradztwa, wyłącza podatnika z prawa do korzystania ze zwolnienia podmiotowego określonego w art. 113 ustawy. Wyjątkiem będą jedynie ww. usługi doradztwa rolniczego, a także związanego ze sporządzaniem planu zagospodarowania i modernizacji gospodarstwa rolnego, których świadczenie nie pozbawia podatnika prawa do korzystania ze zwolnienia.

usługi doradztwa, powoduje, że są one zwolnione z podatku VAT. Zgodnie z wyjaśnieniem, jakie możemy spotkać w Słowniku Języka Polskiego (<http://sjp.pwn.pl>) „konsultować się” to:

- 1) naradzać się z innym podmiotem w jakiejś sprawie;
- 2) zasięgać porady w jakiejś sprawie u konkretnego specjalisty.

Natomiast wg tego samego słownika, „doradzać” to:

- 1) udzielić porady;
- 2) wskazać sposób postępowania w jakiejś sprawie.

W polskim ustawodawstwie i praktyce ubezpieczeniowej przyjęło się, kto może prowadzić działalność w zakresie wykonywania pośrednictwa ubezpieczeniowego, zwłaszcza jeżeli mamy na myśli agenta i brokera ubezpieczeniowego. W obecnych zapisach nie pojawia się „doradca ubezpieczeniowy”, a tym bardziej „finansowy” (fakt – rynek finansowy się zmienia) – trzeba zadać sobie pytanie, czy na „siłę”, bo tak Wspólnota Europejska tego chce – należy wprowadzać tego typu zapisy, zwłaszcza że termin ten posiada wielorakość definiowania w zależności od zadań i kompetencji. Jeżeli rola doradcy ubezpieczeniowego (finansowego) – agenta miałyby polegać na pomocy ubezpieczającemu w wyborze ubezpieczyciela i odpowiedniego wariantu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas z powodzeniem zamiast „doradcy” ubezpieczający mógłby skorzystać z usług brokera ubezpieczeniowego. Natomiast, gdy „doradca ubezpieczeniowy (finansowy)” byłby pracownikiem konkretnego zakładu ubezpieczeń, a jego informacje ograniczałyby się do zakresu oferty tego zakładu – to jego działalność nie wykraczałaby poza zadania należące do agenta ubezpieczeniowego (przedstawienie oferty, zawarcie umowy, inkaso składki). W tym wypadku termin „doradca ubezpieczeniowy” (finansowy) jest pewnego rodzaju pojęciem sztucznym, niewnoszącym żadnych nowych rozwiązań. Informowanie klienta jest integralną częścią pośrednictwa ubezpieczeniowego. A może stworzyć nowy obraz „doradcy ubezpieczeniowego” (finansowego) – osoby specjalizującej się w prawie ubezpieczeniowym, ale wówczas nasuwa się pytanie, *kto korzystałby z usług „doradcy” – ubezpieczający czy ubezpieczyciel i kto by go finansował?* (Przybytniowski, 1997, s. 34). Reasumując, można powiedzieć, że czym innym jest działanie w zakresie usługi związanej z doradzaniem, a czym innym usługa związana z konsultacją. Ponadto w ocenie autora niniejszego rozdziału istotne jest dokładniejsze przeanalizowanie i zastanowienie się, przez osoby piszące projekt ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym („dystrybucji”), nad następującymi kwestiami, tj.:

- 1) wprowadzeniem nowej definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego, adekwatnej do obecnych potrzeb rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego);
- 2) wprowadzeniem definicji związanej z zakresem czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, także w odniesieniu do czynności agencyjnych i brokerskich;
- 3) przeanalizowaniem treści obowiązku odnoszącego się do rekomendacji brokerskiej (dostosowania jej do istoty doradztwa);

- 4) rozważeniem celowości posługiwania się pojęciem „czynności agencyjnych” w odniesieniu do pracowników zakładów ubezpieczeń, mając na uwadze dokładnie określony w prawodawstwie polskim (patrz: prawo cywilne) charakter „agencji”; z uwagi na istniejące trudności odnoszące się do transparentnego uregulowania tych kwestii w jednej ustawie, istnieje potrzeba uregulowania kwestii związanych z „dystrybucją bezpośrednią” w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, która jest właściwa dla regulowania kwestii związanych z wykonywaniem czynności ubezpieczeniowych przez zakład ubezpieczeń.

Oczywiście, nie sposób ze względu na objętość niniejszego rozdziału dokładnie opisać wszystkie zastrzeżenia do proponowanych zapisów ustawy o pośrednictwie („dystrybucji”), które, jak myślę, zgłasza nie tylko środowisko ubezpieczeniowe, jak np.: materiały marketingowe, obowiązki informacyjne, łączenie usług (*cross selling*), jak też zapisów dotyczących agenta czy brokera ubezpieczeniowego.

3. Skutki ekonomiczne dla pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce po implementacji dyrektywy IDD

Biorąc pod uwagę analizowaną wcześniej teorię pośrednictwa, w tym pośrednictwa ubezpieczeniowego, można powiedzieć, że „obraca” się ona wokół trzech podstawowych obszarów, które odgrywają pozytywną rolę (rys. 1):

- 1) zmniejszenie kosztów pozyskiwania i dopasowywania indywidualnej ochrony ubezpieczeniowej dla poszczególnych klientów towarzystw ubezpieczeniowych (np. prezentowanie odpowiedniego produktu ubezpieczeniowego);
- 2) wpływanie na ograniczanie skutków „asymetrii informacji”, a co za tym idzie wpływanie na pozytywny wizerunek sektora ubezpieczeń (np. profesjonalne doradzanie);
- 3) wpływanie na łagodzenie skutków związanych z *moral hazard* (np. pobór składek ubezpieczeniowych, zarządzanie posprzedażowe).

Analizując skutki ekonomiczne wdrażania dyrektywy IDD dla rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego, przy uwzględnieniu ich podstawowych ról, należy postawić sobie pytania: na ile prowizja uzyskiwana przez pośrednika ubezpieczeniowego, przekłada się na wysokość składki ubezpieczeniowej oraz na ile nowe obowiązki informacyjne wpłyną na konkurencyjność rynku ubezpieczeniowego?

W przypadku pierwszego pytania, wszystko uzależnione jest od jakości profesjonalnej obsługi (doradztwa) klienta. Im bardziej profesjonalna jest obsługa klienta przez pośrednika ubezpieczeniowego, poprzez dopasowanie oferty ubezpieczeniowej, ograniczenie do minimum skutków „asymetrii informacji” i „moral hazard” (rys. 2), tym składka ubezpieczeniowa, jaką klient będzie musiał opłacić, będzie niższa. Związane jest to z tym, że wysokość opłacanej składki przez klienta, będzie

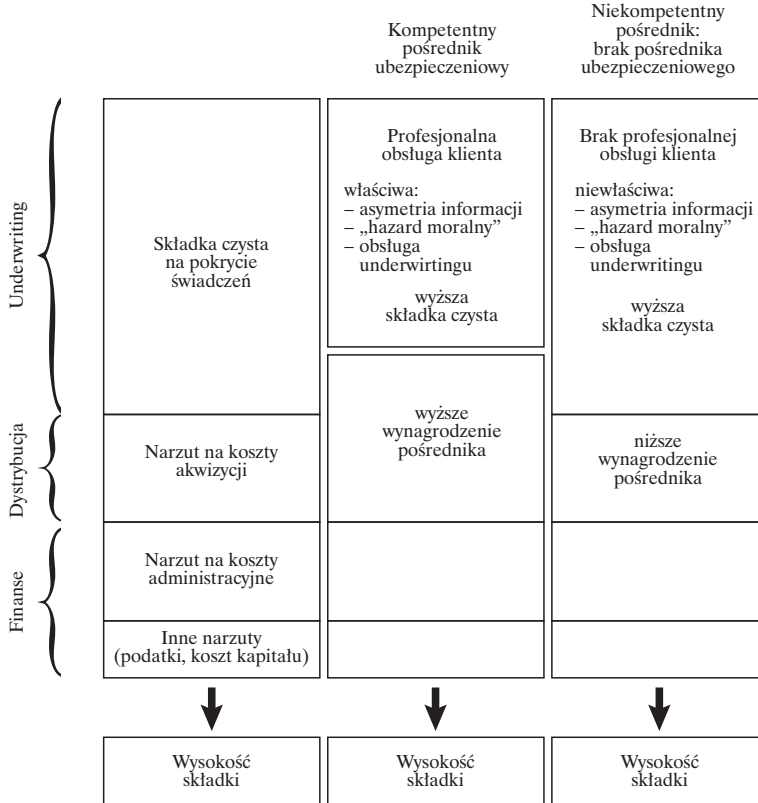
skalkulowana na poziomie ubezpieczonego ryzyka. Wiąże się to z niższą składką płaconą przez ubezpieczającego, co w efekcie skutkuje pojawieniem się prowizji dla pośrednika. Jest to tzw. wartość dodana – korzyści ekonomiczne, jakie wynikają z profesjonalnej obsługi przez pośrednika. Należy przy tym pamiętać, że profesjonalne doradztwo zmniejsza ryzyko po stronie zarówno ubezpieczyciela, jak i ubezpieczonego. Odwrotna sytuacja będzie miała miejsce, gdy ta obsługa będzie na bardzo niskim poziomie. Rodzi to będzie wzrost kosztów ochrony ubezpieczeniowej, czyli zmniejszenie „wartości dodanej”, co w sposób ewidentny przełoży się na wysokość „wynagrodzenia pośrednika”. Teoria ta znalazła potwierdzenie w badaniach J.D. Cummins i N.A. Doherty opublikowanych w 2005 roku.



Źródło: opracowanie na podstawie: DG Internal Market, 2007.

Problem, jaki pojawia się w analizowanym projekcie, związany jest z wprowadzeniem szeregu nowych obowiązków informacyjnych na indywidualne podmioty, a nie nakłada tych obowiązków na państwo i ubezpieczycieli. Ma to duże znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę (doświadczenia z rynku polskiego) istniejące problemy związane z uzyskiwaniem danych na temat poszczególnych rynków ubezpieczeniowych. A jak wiemy i o czym „mówi” praktyka ubezpieczeniowa, kluczowym elementem struktury składki ubezpieczeniowej jest koszt ponoszonego ryzyka. Tym samym można postawić pytanie, czy będzie możliwość uzyskiwania informacji statystycznych od podmiotów rynku ubezpieczeniowego, takich jak: zakłady ubezpieczeń czy nadzór ubezpieczeniowy? Podmioty te nie mają obowiązku publikowania danych odnoszących się np. do tzw. składki czystej. Pojawia się tu niezgodność z zapisami dyrektywy IDD, gdzie KE w uzasadnieniu napisała, że dyrektywa „...zapewnienia wyższy poziom ochrony konsumentów, a przepisy te gwarantują większą przejrzystość w porównaniu z pierwotną dyrektywą (2002/92/WE) w odniesieniu do charakteru,

Rysunek 2. Jakość usługi oferowanej przez pośrednika ubezpieczeniowego a struktura składki ubezpieczeniowej



Źródło: opracowanie na podstawie: Cummins i Doherty, 2005, s. 5–48; Nowak, Winkler-Drews i Shachmurove, 2015, s. 91–110.

struktury i wysokości wynagrodzenia pośrednika oraz zapewniają jasny obraz stosunku agencyjnego, w tym tego, w jaki sposób stosunek ten może wpływać na udzielane porady [...] Wymóg ujawniania informacji na temat poszczególnych elementów całkowitej ceny – w tym wynagrodzenia pośrednika – umożliwi klientom dokonywanie wyboru w oparciu o zakres ubezpieczenia, powiązane usługi (np. obsługę szkód przez pośrednika) i cenę. Takie rozwiązanie w jeszcze większym stopniu zapewni konsumentów dostępność odpowiednich, opłacalnych produktów i usług pośrednictwa...”. Mając na uwadze postawione w początkowej części niniejszego podrozdziału pytanie, wprowadzenie tego typu wymogów informacyjnych tylko dla pośredników ubezpieczeniowych, przy nieuwzględnieniu tych samych wymogów informacyjnych dla zakładów ubezpieczeń nic w efekcie nie da. Ponadto UE, nim wprowadzi w życie nowe zapisy analizowanej dyrektywy, powinna w pierwszej kolejności ujednoclić w skali

Unii podział ubezpieczeń według produktów, a nie ryzyka. Przy braku tych regulacji pośrednicy ubezpieczeniowi (pracujący w różnych zakładach ubezpieczeń) będą różnie informować klientów o wynagrodzeniu za produkt o tej samej nazwie, ale posiadający odmienne cechy czy zakres ochrony ubezpieczeniowej. Wymóg obowiązkowego ujawniania wynagrodzenia z własnej inicjatywy pośrednika może być mylący dla klientów, którzy w konsekwencji mogą podejmować błędne decyzje, oparte na informacji o wysokości prowizji pośrednika. Tym samym, mogą pominąć informację o łącznej wysokości składki. Może to spowodować, iż część klientów pozostanie w błędnym przekonaniu, że niekorzystanie z usług pośrednika ubezpieczeniowego będzie dla niego korzystne finansowo. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że brak pośrednika zmniejszy jego składkę ubezpieczeniową. Może UE nim „urzeczywistni” ten zapis, przyjrzy się doświadczeniom rynku brytyjskiego (zob. Riefa, Tiffe i in., 2013).

Można zatem stwierdzić, że przepis dyrektywy IDD dotyczący ujawnienia wynagrodzenia przez pośrednika jest zbyt daleko idący. Narusza on zasadę proporcjonalności. Zarzut ten można oprzeć na argumentie, że wprowadzanie tego typu rozwiązań, które teoretycznie mogą poprawić sytuację konsumentów, przy lekceważeniu ich realnych i już ujawnionych negatywnych skutków – jest złudny. Ponadto proponowane regulacje mogą powodować, że klienci będą gromadzić bezużyteczne informacje, przy każdej, jak wymaga dyrektywa, „płatności dokonywanej po zawarciu umowy ubezpieczenia”. Stawia to duży znak zapytania, na ile klienci będą umieli wykorzystać te informacje do podjęcia decyzji o ubezpieczeniu? Chyba że każdy pośrednik ubezpieczeniowy będzie miał jeszcze za zadanie najpierw przeszkolić klientów towarzystw ubezpieczeniowych, a później dopiero udzielać informacji o swoim wynagrodzeniu. Uważamy, że wielu spośród pośredników ubezpieczeniowych (agentów i brokerów) nie potrafiłoby wyjaśnić klientowi w sposób dla niego zrozumiały sposobu obliczania tego wynagrodzenia.

Dlatego też wprowadzenie proponowanych zmian w omawianej dyrektywie może doprowadzić do (tab. 1):

- 1) zmniejszenia przychodów prowizyjnych spowodowanego większą rotacją klientów oraz wskaźnikiem ich odejść;
- 2) spadku liczby pośredników i koncentracji ich działalności;
- 3) zmniejszenia rentowności pośredników;
- 4) zmniejszenia inwestycji pośredników w polepszenie infrastruktury i jakości obsługi (np. w obsłudze klienta, IT, szkolenia);
- 5) zmniejszenia zatrudnienia w pośrednictwie ubezpieczeniowym;
- 6) pogorszenia jakości doradztwa ubezpieczeniowego w dłuższym okresie;
- 7) zmniejszenia innowacyjności usług brokerskich;
- 8) ograniczenia zaufania do pośredników ubezpieczeniowych (agentów i brokerów), a w konsekwencji do rezygnacji z tego typu usług.

Tabela 1. Skutki ekonomiczne dla pośredników ubezpieczeniowych po wprowadzenia projektu dyrektywy IDD

Opis przykładowych proponowanych zmian	Pośrednicy	Prawdopodobne skutki ekonomiczne dla rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego
Rozszerzenie zakresu podmiotowego	zakłady ubezpieczeń	zwiększenie kosztów jednorazowych (IT, szkolenia, procedury) oraz cyklicznych (IT, nadzór, archiwizacja) przez objęcie obowiązkami informacyjnymi i szkoleniowymi pracowników zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego (np. ubezpieczyciele bezpośredni, pracownicy sprzedaży bezpośredniej)
Zmiana definicji pośrednictwa i pośrednika ubezpieczeniowego (reasekuracyjnego)	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	zwiększenie kosztów jednorazowych (zgłoszenia, IT, szkolenia, procedury) oraz cyklicznych (IT, nadzór, archiwizacja) przez objęcie obowiązkami podmiotów prowadzących obsługę roszczeń oraz wycenę szkód przez biegłych
Doprecyzowania i zmiany wymogów zawodowych i organizacyjnych	pośrednicy – brokerzy, agenci	zwiększenie kosztów jednorazowych (zgłoszenia, IT, szkolenia, procedury) oraz cyklicznych (IT, nadzór, archiwizacja)
Doprecyzowania i zmiany wymogów zawodowych i organizacyjnych	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	jw.
Doprecyzowania i zmiany wymogów zawodowych i organizacyjnych	pośrednicy – brokerzy, agenci	zwiększenie kosztów w zakresie podniesienia sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC oraz koszty w zależności od definicji i wymogów w zakresie wiedzy i umiejętności pośrednika, które zostaną sprecyzowane w aktach wykonawczych
Ustanowienie wymogu pozasądowego rozstrzygania sporów z udziałem klientów	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	wpływie na zwiększenie kosztów jednorazowych (szkolenia, procedury) oraz cyklicznych (ustawiczne doskonalenie zawodowe)
Ustanowienie wymogu pozasądowego rozstrzygania sporów z udziałem klientów	pośrednicy – brokerzy, agenci	zwiększenie kosztów jednorazowych (szkolenia, procedury, obsługa prawna) oraz cyklicznych (obsługa prawna) przez ustanowienie wymogu zapewnienia uczestnictwa wszystkich pośredników ubezpieczeniowych w procedurach reklamacyjnych i odszkodowawczych w celu pozasądowego rozstrzygania sporów: pośrednik ubezpieczeniowy – klient
	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	jw.

Tabela 1. cd.

Opis przykładowych proponowanych zmian	Pośrednicy	Prawdopodobne skutki ekonomiczne dla rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego
Wymóg ujawniania charakteru i źródła wynagrodzenia otrzymanego przed i po zawarciu umowy ubezpieczenia	pośrednicy – brokerzy, agenci	zwiększenie kosztów jednorazowych (IT, szkolenia, procedury) oraz cyklicznych (IT, nadzór, archiwizacja) przez objęcie obowiązkami informacyjnymi pośredników (brokerzy, agenci wyłączni, „multiagenci”, „OWCA”, „OWCB”)
	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	uprzywilejowana pozycja ze względu na zwolnienie z obowiązków wynikających
Różnice w obowiązkach informacyjnych dotyczących pośredników i zakładów ubezpieczeń	pośrednicy – brokerzy, agenci	„negatywna asymetria informacji” przed zawarciem umowy ubezpieczenia, kiedy klient podejmuje decyzje co do wyboru „operatora”
	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	uprzywilejowana pozycja ze względu na zwolnienie z obowiązków wynikających
Różnice w obowiązkach informacyjnych dotyczących pośredników rejestrowanych i działających na zasadzie zgłoszenia	pośrednicy – brokerzy, agenci	„negatywna asymetria informacji” przed zawarciem umowy ubezpieczenia, kiedy klient podejmuje decyzje co do wyboru „operatora”
	pośrednicy (z wyjątkiem agentów i brokerów)	uprzywilejowana pozycja ze względu na zwolnienie z obowiązków wynikających

Źródło: opracowanie własne na podstawie dyrektywy IDD.

3. Polska na tle wybranych krajów Unii Europejskiej

3.1. Warunki prowadzenia działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego w Unii Europejskiej

W krajach UE podmioty wykonujące czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego są różnie nazywane. Najczęściej jednak na rynkach lokalnych (narodowych) spotykamy agentów i brokerów ubezpieczeniowych (tab. 2). Oferują oni klientom możliwość wyboru oferty ubezpieczeniowej odpowiadającej potrzebom zarówno klienta, ubezpieczyciela, jak i pośrednika, za pomocą którego zostanie zawarta umowa ubezpieczenia. Jednocześnie agenci i brokerzy ubezpieczeniowi są podmiotami intensywnie rozwijającymi swój warsztat pracy, profesjonalizm i globalną wiedzę specjalistyczną (Pacholarz, 2016, s. 3–19), przez co są coraz bardziej konkurencyjni. Agenci ubezpieczeniowi i brokerzy coraz częściej przyjmują rolę *infomediaries* – doradcy (szerzej: Przybytniowski, 2007, s. 111–113; 2016, s. 93–124), który może pomóc klientom w nawigowaniu przez cyberprzestrzeń, by uzyskać jak najlepszą ochronę ubezpieczeniową.

Według J.D. Cummins i N.A. Doherty (2005, s. 5–48), analizując ekonomiczne funkcje pośredników ubezpieczeniowych, należy skupić się na ich transakcyjnych właściwościach. Szczególną uwagę należy zwrócić na niezależnych pośredników: brokerów i agentów. Analizie należy poddać czynniki wpływające na konkurencję i rywalizację na rynku, przygotowanie wynagrodzenia dla brokerów i agentów oraz zasad współpracy z ubezpieczycielami.

Ze względu na zasady prowadzenia działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego, należy wziąć pod uwagę najważniejsze postanowienia, którymi kierują się państwa należące do UE:

- a) swobodę świadczenia usług na terenie całej Unii przez pośredników zarejestrowanych w którymkolwiek z krajów członkowskich, przy spełnieniu określonych minimalnych wymogów;
- b) ochronę klientów przed niewypłacalnością pośredników;
- c) wymóg pisemnego informowania klientów o zaletach formułowanej oferty;
- d) wymóg stworzenia publicznie dostępnego rejestru pośredników;
- e) zachętę do tworzenia pozasądowego trybu rozstrzygania sporów pomiędzy pośrednikami a klientami.

Jedną z podstawowych wolności UE jest swoboda świadczenia usług. Każdy pośrednik ubezpieczeniowy (agent, broker), o ile jest zarejestrowany w którymkolwiek z krajów członkowskich UE, może bez ograniczeń prowadzić działalność na terenie całej Unii. W celu ochrony ubezpieczonych dyrektywa wprowadza minimalne wymagania, jakie muszą być stawiane pośrednikom w każdym kraju Unii. Wymogi te stanowią minimalny standard, od którego nie może być odstępstw, w tym:

- a) posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności, w zakresie określonym przez kraj, w którym jest zarejestrowany, przy czym kraje Unii mają pewną swobodę w określaniu zakresu tych umiejętności;
- b) posiadać dobrą reputację, co oznacza przynajmniej niekaralność za przestępstwa przeciwko mieniu lub związane z działalnością finansową; dobrą reputację wyklucza także fakt ogłoszenia w przeszłości upadłości danego podmiotu.

Tabela 2. Podmioty wykonujące czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w wybranych krajach UE

Kraje	Brokerzy	Agenci	Subagenci
Belgia	Courtier d'assurance Courtier de reassurance	Agent d'assurance	Sub agent
Dania	Juridiske og fysiske personer, somdriver selvstændig virksomhed som formidler ved afsning af forsikringskontrakter	Forsikringsagent	Underagent
Francja	1. Courtier d'assurance 2. Courtier maritime 3. Courtier de reassurance	Agent general d'assurance	Mandataire Intermediaire Sous-agent
Irlandia	Insurance broker / Reinsurance broker	Agent	Sub-agent
Włochy	Mediatore di assicurazioni Mediatore di riassicurazioni	Agente di assicurazioni	Subagente
Luksemburg		1. Agent principal d'assurance 2. Agent d'assurance	Sous-agent
Holandia	1. Makelaar 2. Assurantiebezorger 3. Erkend assurantieagent 4. Verzeleringsagent	1. Gevolmachtigd 2. Erzeleringsagent	Sub-agent
W. Brytania	Insurance broker	Agent	Sub-agent
Słowacja	Insurance broker	Agent	Employees of the insurance companies
Węgry	Insurance broker	Agent	
Czechy	Insurance broker	Agent	Employees of the insurance companies
Polska	Insurance broker	Agent	Sub-agent

Źródło: opracowanie własne na podstawie obowiązującego prawodawstwa krajów UE.

Przepisy funkcjonujące w UE zobowiązują pośrednika ubezpieczeniowego (agenta i brokera) do pisemnego uzasadniania swojej rekomendacji, czyli musi on pisemnie stwierdzić dlaczego uważa, że dany produkt ubezpieczeniowy zaspokaja potrzeby klienta. Obowiązek ten ma zapobiec wprowadzaniu klienta w błąd poprzez sugerowanie mu takich umów, które są korzystne dla agenta (wyższa prowizja), ale nie są zgodne z potrzebami klienta. Informacja musi zostać sporządzona w języku miejsca zawarcia umowy (bądź w innym, na który zgodziły się strony), w sposób zrozumiały dla klienta. Ponadto, pośrednik musi poinformować o swojej nazwie, siedzibie, rejestrze i sposobach weryfikacji tego faktu oraz czy posiada (bezpośrednio lub pośrednio) więcej niż 10% udziałów (lub głosów) w zakładzie ubezpieczeń, którego produkt oferuje. W drodze wyjątku informacje powyższe mogą zostać przedstawione ustnie, muszą one jednak zostać spisane i przedstawione klientowi po zawarciu umowy. Polska ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie zawiera analogicznych klauzul.

3.1. Popularność poszczególnych kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych w wybranych krajach Unii Europejskiej

Dystrybucją produktów ubezpieczeniowych w krajach UE zajmują się różne kanały świadczenia usług ubezpieczeniowych. Struktura tych kanałów (tab. 3–4) ulega stałym przemianom, dostosowując się do warunków otoczenia (Bláhová i Majtánová, 2008, s. 51).

Jak wynika z powyższych danych, porównanie stopnia wykorzystania poszczególnych kanałów sprzedaży działu I i II w Polsce i w wybranych krajach europejskich wskazuje na wciąż relatywnie duże znaczenie w Polsce tradycyjnych form dystrybucji. W stosunku do średnich wartości UE udział w rynku poszczególnych kanałów dystrybucji w Polsce wskazują na silną pozycję pośredniego kanału świadczenia usług ubezpieczeniowych (agenta i brokera), kształtujący się na poziomie ponad 70% zebranej składki przypisanej brutto ogółem w obu działach ubezpieczeń. Według M. Swach-Lech (2008, s. 7–23), na rynkach europejskich występuje systematyczny wzrost udziału kanału, jakim jest *bancassurance*. Potwierdzeniem tej tezy są dane zamieszczone w powyższych tabelach, jak i fakt, iż w literaturze przedmiotu coraz częściej spotyka się pojęcie „model *bancassurance*”. Kanał ten, charakterystyczny dla Włoch, Portugalii, Hiszpanii, Austrii oraz Francji, wyróżnia się wysokim (67,6%) udziałem tego kanału w generowaniu średniej składki przypisanej brutto w 2013 r. w dziale ubezpieczeń na życie i wzrósł w stosunku do roku 2010 o 2%. Tym samym można wnioskować, że w najbliższej przyszłości kanał ten będzie dominujący w pozyskiwaniu składki, a związane jest to przede wszystkim z niskim kosztem zawierania tego typu umów ubezpieczenia.

Tabela 3. Struktura kanałów dystrybucji ubezpieczeń działu I w wybranych krajach Europy w latach 2010–2013 (w %)

Kraje	Agenci ubezpieczeniowi			Brokerzy ubezpieczeniowi			Bancassurance			Pracownicy ZU			Pozostałe*							
	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13				
Słowacja	36,4	64,0	59,6	58,9	1,7	0,0	4,3	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	61,9	36,0	36,1	36,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Słowenia	52,9	60,3	58,0	57,5	17,6	9,6	9,6	9,5	6,4	5,4	6,9	7,1	2,2	2,3	2,8	3,1	30,9	21,9	22,7	22,8
Holandia	57,0	57,8	57,4	57,2	0,0	0,0	0,0	0,0	14,0	11,6	11,3	11,1	27,0	28,6	29,3	25,9	2,0	2,0	2,0	2,2
Niemcy	54,5	53,5	48,3	48,1	19,6	20,9	23,2	22,6	19,9	20,6	23,6	24,6	3,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,5	2,3	2,1
Polska	27,9	28,8	28,8	28,9	1,6	4,7	4,7	4,9	44,4	32,6	32,6	32,8	22,9	32,5	32,5	32,4	3,2	1,4	1,4	1,4
Portugalia	10,7	9,2	18,8	15,8	1,3	1,0	3,7	3,6	81,6	86,7	68,3	71,3	6,4	2,6	8,7	8,8	0,0	0,5	0,5	0,5
Włochy	23,6	15,9	15,3	15,0	1,5	1,0	1,0	1,0	62,4	74,4	76,3	77,5	12,5	8,7	7,4	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Wielka Brytania	27,0	23,2	13,9	13,8	69,0	71,5	78,2	78,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	5,3	7,9	8,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hiszpania	13,7	12,7	12,7	12,6	6,7	8,1	8,1	8,0	72,3	66,2	66,2	66,4	5,5	10,4	10,4	10,5	1,8	2,6	2,6	2,5
Irlandia	7,3	10,5	10,4	10,3	45,2	50,8	48,0	47,8	0,0	0,0	0,0	0,0	47,5	38,7	41,6	41,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Francja	7,0	7,0	7,0	7,0	14,0	14,0	13,0	13,5	60,0	60,0	61,0	60,0	16,0	16,0	16,0	16,0	3,0	3,0	3,0	3,5
Belgia	4,7	5,2	5,2	5,3	33,3	33,0	32,8	32,5	42,4	42,4	43,2	43,5	19,2	19,0	18,2	18,1	0,4	0,4	0,6	0,6
Austria	7,8	2,7	2,9	3,1	17,5	13,4	14,5	14,2	51,7	64,8	62,6	62,9	20,3	14,3	16,5	16,9	2,7	4,8	3,5	2,9
Średnia	25,7	21,7	26,0	25,7	17,6	17,5	18,5	18,5	35,0	35,7	32,5	35,2	19,1	16,7	17,7	17,5	3,6	3,0	3,0	3,0

* – direct (telefon, Internet)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Insurance Europe, 2015.

Tabela 4. Struktura kanałów dystrybucji ubezpieczeń działu II w wybranych krajach Europy w latach 2010–2013 roku (w %)

Kraj	Agenci ubezpieczeniowi			Brokerzy ubezpieczeniowi			Bancassurance			Pracownicy ZU			Pozostałe*							
	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13	'10	'11	'12	'13				
Włochy	83,8	83,0	82,4	81,2	7,6	7,9	7,7	7,6	2,3	3,1	3,3	3,5	6,3	6,0	6,6	7,1	0,0	0,0	0,0	0,6
Słowacja	31,5	62,3	70,1	67,7	2,4	16,7	7,6	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	66,0	21,0	22,3	24,5	0,1	0,0	0,0	0,0
Słowenia	67,5	65,4	64,7	65,2	11,2	4,6	5,1	5,5	0,4	0,5	0,5	0,6	18,9	27,9	27,1	27,3	2,0	1,6	2,6	1,4
Niemcy	62,3	63,1	60,9	61,2	24,4	24,5	25,0	26,0	6,0	6,0	6,2	6,3	3,8	3,9	4,2	4,5	3,5	2,5	3,7	2,0
Polska	58,8	58,5	58,5	58,9	14,3	16,5	16,5	16,4	2,1	2,1	3,5	3,5	24,0	19,9	19,9	20,1	0,8	3,0	1,6	1,1
Portugalia	60,7	54,9	56,3	57,2	16,9	19,6	17,1	17,4	9,9	9,9	14,3	14,5	10,0	10,1	9,7	9,8	2,5	5,9	2,6	1,1
Holandia	41,0	41,0	31,0	52,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	9,0	0,0	0,0	49,0	49,0	34,0	34,0	1,0	1,0	35,0	14,0
Hiszpania	33,5	36,3	36,3	36,4	26,7	26,7	26,7	26,8	11,5	11,5	8,8	8,7	22,1	22,2	22,2	22,3	6,2	3,3	6,0	5,8
Francja	35,0	35,0	34,0	33,0	18,0	18,0	18,0	18,0	10,0	10,0	11,0	10,4	35,0	35,0	35,0	35,0	2,0	2,0	2,0	3,6
Austria	12,2	12,8	13,9	14,0	37,8	39,4	37,3	36,2	5,4	5,4	5,4	5,5	37,8	35,0	35,4	35,8	6,8	7,4	8,0	8,5
Belgia	10,5	10,5	10,5	11,0	62,0	61,8	61,3	60,0	6,3	6,3	6,9	7,0	20,3	20,0	20,4	20,4	0,9	1,4	0,9	1,6
Wielka Brytania	5,2	5,3	5,8	6,0	56,4	56,9	58,2	58,9	9,8	7,9	7,3	6,9	22,4	23,9	22,6	6,0	6,2	6,0	6,1	5,4
Irlandia	0,0	0,0	0,0	0,0	59,2	58,2	59,1	58,7	0,0	0,0	0,0	0,0	41,8	41,8	40,9	41,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Średnia	38,6	40,6	40,3	41,8	25,9	27,0	26,1	26,1	6,1	6,0	5,6	5,1	27,5	24,3	23,1	22,2	2,7	2,8	5,3	3,5

* – direct (telefon, Internet)

Źródło: jak tab. 3.

Obok „modelu *bancassurance*”, w literaturze możemy jeszcze spotkać: „model agenta ubezpieczeniowego” i „model brokera ubezpieczeniowego” (Cummins i Weiss, 2010, s. 516; Cummins, 2009, s. 28–31). Jest to związane z tym, że poza czynnikami ekonomicznymi – mierzalnymi (składka przypisana brutto, liczba zawartych umów ubezpieczenia, liczba podmiotów wykonujących czynności agencyjne lub brokerskie), które w sposób istotny wpływają na kształtowanie się rynku kanałów świadczenia usług ubezpieczeniowych, a w efekcie rozwoju całego sektora ubezpieczeń – istnieją także uwarunkowania lokalne oraz historyczne czy prawne.

Pozyskiwanie składki przypisanej brutto za pośrednictwem agentów ubezpieczeniowych występuje w takich krajach, jak: Niemcy, Słowenia, Słowacja i Holandia oraz Polska i kształtuje się na poziomie 65,2% średniej pozyskanej składki w 2013 r. W stosunku do roku 2010 można zauważyć nieznaczny spadek o 0,8%, głównie za sprawą Portugalii, mimo iż na Słowacji w badanym okresie nastąpił wzrost o blisko 62%. Kolejny kanał to brokerzy ubezpieczeniowi występujący przede wszystkim w: Wielkiej Brytanii, Belgii i Irlandii. Pozyskana średnia składka przez te państwa wyniosła – 59,2%. Wartość ta utrzymuje się na tym samym poziomie od roku 2010.

Analizując kanały dystrybucji ubezpieczeń w wybranych krajach UE w pozyskiwaniu składki ubezpieczeniowej w dziale I i II, można stwierdzić, iż istnieje zróżnicowane ukształtowanie struktury kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych w badanych krajach UE. Różnice te widoczne są w podziale na ubezpieczenia działu I i II. Tym samym, wypracowanie jednego modelu dla funkcjonowania poszczególnych kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych, z uwzględnieniem zmian zachodzących w otoczeniu rynku finansowego uwarunkowań prawnych oraz zachowań i preferencji klientów będzie trudne do zrealizowania (Kosiński, Nowak, Karkowska i Winkler-Drews, 2017, s. 240).

Podsumowanie

Powyższa analiza prezentuje jedynie najważniejsze, zdaniem autora, węzłowe problemy wymagające rozważania na etapie implementacji dyrektywy w sprawie dystrybucji ubezpieczeń. Mając na uwadze ekonomiczne uwarunkowania wprowadzania nowych zapisów IDD, optymalnym rozwiązaniem jest zachowanie minimalnego charakteru implementacji, przede wszystkim z uwagi na fakt, że wiele rozbudowanych procedur i obowiązków jest nieadekwatnych do obecnie funkcjonującego polskiego rynku ubezpieczeniowego, jak i pośrednictwa ubezpieczeniowego. Ponadto, wykroczenie poza obowiązkowy charakter implementacji mogłoby w dużej mierze ograniczyć, a w niektórych wypadkach zahamować prężny, a jeszcze młody rynek pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce, który składa się głównie z małych i średnich przedsiębiorstw. Jest to bardzo istotne, gdyż zachwianie jego rozwojem może doprowadzić w dużej mierze do osłabienia ochrony klientów rynku ubezpieczeniowego, czyli efektów sprzecznych z zakładanymi przez dyrektywę IDD.

Ponadto, istotne jest, by w procesie implementacji dyrektywy zwrócono uwagę na obecny stan prawny pośrednika ubezpieczeniowego, gdyż do dnia dzisiejszego istnieje problem jego statusu, który jest niejednorodny i sprzeczny z Konstytucją RP.

Bibliografia

- Bláhová, M. i Majtánová, A. (2008) Aspekty pośrednictwa ubezpieczeniowego na rynku ubezpieczeniowym Unii Europejskiej. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, 4(1).
- Cummins, J.D. (2009). *Do Insurance Companies Pose Systemic Risk?*. San Francisco, CA: National Association of Insurance Commissioners Winter Meeting, December 3.
- Cummins, J.D. i Weiss, M.A. (2010). *Systemic Risk and the U.S. Insurance Sector*. Philadelphia, PA: Temple University, September 14.
- Cummins, J.D. i Doherty, N.A. (2005). *The Economics of Insurance Intermediaries*. Pozyskano z: www.insurancejournal.com/downloads/WhartonStudy_2005.05.20.pdf
- Czubała, A. (2001). *Dystrybucja produktów*. Warszawa: PWE.
- Kocot, W. (2010). Umowa dystrybucyjna. W: W.J. Katner (red.), *System Prawa Prywatnego* (t. 9), *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*. Warszawa: C.H. Beck.
- Kotler, Ph. (1994). *Marketing, Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Warszawa: Gebethner&Ska.
- DG Internal Market. (2007). *Industry, Entrepreneurship and SMEs Newsletter*. Pozyskano z: https://ec.europa.eu/growth/newsletter_pl
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/97 z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U.UE.L.2016.26.19).
- Insurance Europe. (2015). *European Insurance in Figures 2010–2014*. May. Pozyskano z: www.insuranceeurope.eu/statistics-n°50-european-insurance-figures.
- Riefa, Ch., Tiffe, A., Reifner, U., Klinger, H., Muller, P., Sinn, M., Mantovani, I., Devnani, S., Korus, K. i Godschalk, H. (2013). *Study on the impact of directive 2007/64/ec on payment services in the internal market and on the application of regulation (ec) no 924/2009 on cross-border payments in the community. Contract MARKT/2011/120/H3/ST/OP. Final Report*. London Economics, iff, PaySys, February. Pozyskano z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=A511EED1D21BC27FFA91A32501AD2834?doi=10.1.1.365.5504&rep=rep1&type=pdf>
- Fras, M. (2007). Uwagi o transparentności wynagrodzenie brokerskiego na tle ustawodawstwa austriackiego – wzór dla polskiego ustawodawcy. PA, 4. <http://sjp.pwn.pl>
- Kosiński, B., Nowak, Z.A., Karkowska, R. i Winkler-Drews, T. (2017). *Podstawy współczesnej bankowości*. Warszawa: PWE.
- Kowalewski, E. (2012). Kim jest broker na rynku ubezpieczeniowym – kilka refleksji na tle wielofunkcyjności i aleatoryjności profesji brokera ubezpieczeniowego. W: M. Serwach (red.), *Broker w świetle prawa i praktyki ubezpieczeniowej*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Kufel-Siemiąńska, A. (2005). *Właściwości kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych*. Poznań: AE w Poznaniu.
- Malinowska, K. i Mosakowska, I. (2016). Problemy implementacyjne dyrektywy UE o dystrybucji ubezpieczeń. W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

- Nowak, A.Z., Winkler-Drews, T. i Shachmurove, Y. (2015). The Risk of Holding Periods across International Stock Exchanges. *International Journal of Business*, 2.
- Pacholarz, W.M. (2016). Pojęcia wiedzy w teorii ekonomii. *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, 8.
- Przybytniowski, J.W. (1997). Miejsce doradztwa w systemie pośrednictwa ubezpieczeniowego. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 7–8.
- Przybytniowski, J.W. (1999). Pośrednictwo ubezpieczeniowe w Polsce na tle regulacji obowiązujących w UE. *Prace Naukowe AE we Wrocławiu*, 813.
- Przybytniowski, J.W. (2007). Edukacja ubezpieczeniowa i jej wpływ na świadomość ubezpieczeniową (wybrane problemy). *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, 1.
- Przybytniowski, J.W. (2010). *Znaczenie pośrednictwa ubezpieczeniowego w strukturze ubezpieczeń gospodarczych*. Warszawa: Wieś Jutra.
- Przybytniowski, J.W. (2016). *Współczesne funkcje i mechanizmy transmisji między sektorem ubezpieczeniowym a sferą realną gospodarki*. Warszawa: CeDeWu pl.
- Swach-Lech, M. (2008). *Bancassurance. Sprzedaż produktów bankowo-ubezpieczeniowych*. Warszawa: CeDeWu.
- Traple, E. i Byrski, J. (2013). Konstytucyjność ustawowego uregulowania maksymalnego poziomu opłat interchange. *Państwo i Prawo*, 68(6).
- Traub, W. (1995). *Marktfunktion und Dienstleistung des Versicherungsmaklers auf der Grundlage informationsökonomischer Ergebnisse*. Karlsruhe: VVW.
- Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 710 ze zm.).
- www.insuranceurope.eu/statistics-n50-european-insurance-figures.
- Zoń, Ł. (2016). *Działalność pośredników ubezpieczeniowych w świetle dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń – uwagi praktyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

JACEK KLISZCZ*

Problemy praktyczne pośrednictwa ubezpieczeniowego i ich związek z udziałem banków, leasingów oraz sieci dealerskich w sprzedaży ubezpieczeń

Streszczenie

Autor, praktyk z wieloletnim doświadczeniem w pośrednictwie ubezpieczeniowym, opisuje problemy występujące podczas dystrybucji usług ubezpieczeniowych przez podmioty (inne niż zawodowi agenci i brokerzy ubezpieczeniowi), dla których stanowi to działalność poboczną.

Artykuł składa się z czterech głównych części:

- 1) rola ubezpieczeń w życiu społecznym,
- 2) zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym z udziałem pośrednika,
- 3) konflikt interesu w przypadku realizowania funkcji pośrednictwa ubezpieczeniowego przez podmioty rynku finansowego,
- 4) akceptacja przez uczestników rynku i regulatorów występowania pozaprawnych form pośrednictwa i skutki tego stanu dla działania rynków.

Autor podkreśla negatywny wpływ dystrybucji usług ubezpieczeniowych przez banki i leasingodawców na postrzeganie roli ubezpieczeń przez klientów – ubezpieczenia stają się dla nich kolejnym obciążeniem, a nie zabezpieczeniem przed przyszłymi szkodami. Co więcej, klienci nie są zainteresowani ryzykiem, ponieważ nie są oni postrzegani indywidualnie przez ubezpieczycieli i ich historia szkodowa nie ma wpływu na cenę usługi ubezpieczeniowej. Udział pośredników, dla których dostarczanie usług ubezpieczeniowych stanowi zaś jedynie dodatek do działalności podstawowej, prowadzi do obniżenia profesjonalizmu pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Słowa kluczowe: pośrednictwo ubezpieczeniowe, zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym, konflikt interesu, bancassurance, rola nadzoru ubezpieczeniowego.

Abstract

The author, practitioner with many years of experience in insurance broking, describes issues occurring when insurance services are distributed by entities (other than professional insurance agents and brokers) as a non-core part of their business activity.

The article consists of four main parts:

1. Role of insurance in the life of a society.

* Jacek Kliszcz – Prezes Zarządu, PWS Konstanta S.A.; e-mail: jk@pwskonstanta.com.pl.

2. Insurance risk management with the participation of an intermediary.
3. Conflict of interest when financial market entities perform functions of insurance mediation.
4. Acceptance of extralegal forms of insurance mediation by market participants and regulators and its impact on the insurance market.

The author underlines the negative influence of insurance services' distribution by banks and leasing companies on the client's perception of insurance which becomes just one more charge that has to be borne rather than a protection against future losses. Furthermore the clients are not interested in the risk mitigation as they are not considered individually by insurers and their loss history does not affect the price they pay for the coverage. Also participation of intermediaries supplying insurance as an additional service to their core business leads to decline in professionalism of insurance mediation.

Keywords: insurance brokerage, insurance risk management, conflict of interest, bancassurance, the role of insurance supervision.

1. Rola ubezpieczeń w życiu społecznym

Umowa ubezpieczenia niewiele ma wspólnego z klasycznym instrumentem finansowym. Rolą ubezpieczenia nie jest pomnażanie zysku klienta lub instytucji finansowej, lecz kompensata ewentualnych strat związanych z wystąpieniem zdarzenia losowego powodującego szkodę. Mimo że zawsze kompensata jest realizowana w formie pieniężnej, nie jest niczym więcej, jak próbą redukcji strat poniesionych przez ubezpieczonego. Najlepiej oddaje istotę tego stosunku prawnego definicja ubezpieczenia W. Warkałło, według której ubezpieczenie jest to „stosunek cywilnoprawny, którego treść polega na tym, że jedna strona (ubezpieczający) zobowiązana jest do zapłaty oznaczonego co do wysokości świadczenia pieniężnego (składki), a druga strona (zakład ubezpieczeń) do zapłaty umówionego świadczenia pieniężnego, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego” (Warkałło i Mogilski, 1983, s. 253).

Z założenia konieczne są dwie składowe występujące łącznie, aby nastąpiła realizacja świadczenia. Jest to zajście wypadku ubezpieczeniowego oraz możliwość pieniężnego określenia poniesionych strat. Zasadnicza różnica pomiędzy instrumentami finansowymi a umową ubezpieczenia jest związana z charakterem ryzyka, które w obu przypadkach jest różne i związane z innymi okolicznościami. Charakter ubezpieczeń jest również związany z długoterminowym i niepewnym stanem powstawania zobowiązań zakładów ubezpieczeń. System rezerw i polityka finansowa zakładów ubezpieczeń znacząco różni się od innych instytucji finansowych. Składka opłacana przez ubezpieczonych stanowi główne źródło finansowanie przyszłych zobowiązań. Bez względu na formę organizacyjną zakładu ubezpieczeń zasada solidaryzmu, w której straty ubezpieczonych pokrywane są ze składek osób niedotkniętych wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego, jest taka sama. Ubezpieczenie nie powinno być związane z samofinansowaniem strat, ale z redukcją ryzyka poprzez udział w grupie i jego dywersyfikację. Składka zaś nie powinna być

związana z wynikiem finansowym pojedynczej umowy, lecz z oceną ryzyka i wynikiem całej linii biznesu w długim interwale czasowym. Praktyka, stosowana przez niektóre zakłady ubezpieczeń, znaczącego podnoszenia składki klientowi, którego dotknął pojedynczy wypadek ubezpieczeniowy przy niezmiennym się poziomie ryzyka jest zaprzeczeniem idei ubezpieczeń i solidaryzmu, a wydaje się być związana z napływem na rynek ubezpieczeń kadr pochodzących z instytucji finansowych i konsultingu – osób bez doświadczenia i rozumienia rynku ubezpieczeń.

Zarządzanie polityką ubezpieczeniową zarówno w przypadku osoby fizycznej, jak i przedsiębiorcy nie może być oderwane od całokształtu sytuacji finansowej i gospodarczej podmiotu poszukującego ochrony. Nabywanie wybiórcze ubezpieczeń w różnych kanałach dystrybucji i bez całościowego planu jest przeciw skuteczne, a w długiej perspektywie niszczy ideę ubezpieczeń jako elementu redukującego ryzyko. Konieczne jest tworzenie piramidy potrzeb ubezpieczeniowych związanej ze skutkami i prawdopodobieństwem zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Czym innym jest przypadek, kiedy wypadek ubezpieczeniowy zagraża jedynie pogorszeniem sytuacji, a czym innym, kiedy zagraża żywotnym interesom ubezpieczonego, a w przypadku działalności gospodarczej może doprowadzić do upadłości.

Brak jednolitej polityki ubezpieczeniowej może prowadzić do posiadania wielu ubezpieczeń tego samego ryzyka, powodując nadubezpieczenie (vide ubezpieczenia oferowane z kartami kredytowymi). Jednocześnie niewykluczone jest nie posiadanie wielu ubezpieczeń koniecznych dla ograniczenia ryzyka.

2. Zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym z udziałem pośrednika

Ryzyko ubezpieczeniowe i jego transfer za pomocą umowy ubezpieczenia doczekało się wielu opracowań teoretycznych. Jednym z najważniejszych elementów transferu ryzyka ubezpieczeniowego jest jego kontrola polegająca na zapobieganiu stratom oraz ewentualna ich redukcja. „Ubezpieczenie jest zdaniem niektórych – najbardziej praktyczną metodą manipulowania ryzykiem. W istocie rzeczy jest to jednak tylko kombinacja metod omówionych wcześniej. Sprowadza się ona bowiem zarówno do transferu ryzyka, jego dystrybucji, jak i kontroli. Kontrola ryzyka poprzez ubezpieczenie ma miejsce wówczas, gdy oddziałuje ono prewencyjnie na postawę ubezpieczonego” (Kowalewski, 2013, s. 40). O ile bezpośredni kontakt z klientem czy znajomość ryzyka u niego występującego jest powszechna tak w przypadku agentów, jak i brokerów, o tyle w przypadku instytucji finansowych i dealerów sprawa ta zdaje się budzić wątpliwości. Przedmiot ubezpieczenia staje się częścią złożonych procesów produkcyjnych i gospodarczych, których istota może być nieznana pośrednikowi finansowemu. Fakt generowania potencjalnie dużego wolumenu składki nie zmienia sytuacji, w której składa się na nią wiele jednostkowych umów ubezpieczenia od wielu nienazwanych klientów. Skuteczne zarządzanie tego typu ryzykiem oraz wpływające na prewencyjne oddziaływanie na jego obniżenie

zdaje się być fikcją. Co więcej, w praktyce obrotu gospodarczego sytuacja ta buduje „przewagę konkurencyjną”. Niektóre leasingi wprost w swojej ofercie odwołują się do faktu, że skorzystanie z ich oferty, np. w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, skutkuje brakiem sankcji za ewentualnie spowodowane szkody, gwarantując niezmiennosc składki w całym okresie leasingu pod warunkiem skorzystania z ich oferty ubezpieczeń. Najbardziej rażąca wydaje się być sytuacja związana z ubezpieczaniem flot samochodowych, gdzie w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych pojazdy, wykorzystywane w ramach jednej floty, są ubezpieczane na diametralnie różnych stawkach w zależności od tego czy są przedmiotem leasingu, czy też stanowią własność użytkownika. W praktyce dążenie do obniżenia ryzyka realizowane poprzez szkolenie kierowców, dobór kadry ze względu na dotychczasową historię szkodową i doświadczenie oraz wprowadzenie telemetrii jest z punktu widzenia ubezpieczonego niepotrzebnym wydatkiem.

Osobnym problemem jest system monitorowania szkodowości, który w przypadku ubezpieczeń realizowanych przez instytucje pośrednio związane z rynkiem jest co najmniej wątpliwy. W skrajnych przypadkach szkodowość obciąża posiadacza przedmiotu ubezpieczenia, pozostawiając szkodowość leasingu lub banku na niskim poziomie lub obciąża zarówno posiadacza, jak i sprzedawcę.

Wątpliwości natury zasadniczej budzi fakt budowania uprzywilejowanego systemu ubezpieczeń związanego tak ze stawką preferencyjną, jak i wysokością prowizji w oparciu o pośrednika, a nie o obiektywne właściwości osób ubezpieczonych. Problem ten dotyczy również preferencyjnych warunków oferowanych przez sieci dealerskie, gdzie zwartość rzekomej grupy ubezpieczonych jest fikcją, a jedynym elementem łączącym je w całość jest pośrednik dealer. Ubezpieczenie i możliwość wpływania na działania prewencyjne ubezpieczonego jest ściśle związana z całością jego aktywności. Pojedyncze ryzyko nie odzwierciedla rzeczywistej skali zagrożeń. Ten sam przedmiot ubezpieczenia może być w rzeczywistości wykorzystywany w całkowicie innych warunkach.

Profesjonalni pośrednicy ubezpieczeniowi znajdują się w sytuacji, w której ich rzeczywiste działanie na rzecz ograniczenia ryzyka jest postrzegane przez ubezpieczonego jedynie jako utrudnienie w transferze ryzyka na ubezpieczyciela, tym bardziej że w praktyce cena za to samo ryzyko jest znacząco niższa w ofercie instytucji finansowych.

Zarządzanie ryzykiem wymaga wysokiego poziomu wiedzy zarówno ubezpieczeniowej, jak i technicznej. Ze względu na realizację zadań pośrednictwa ubezpieczeniowego poprzez podmioty, dla których działalność ubezpieczeniowa nie jest głównym terenem działalności warunek ten wydaje się być niespełniony.

Zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym jest związane również z faktem występowania na rynku różnej ceny za to samo ryzyko w zależności od kanału sprzedaży. W praktyce pojawia się problem znacząco wyższej prowizji przy rażąco niższej cenie za ochronę za zawarcie umowy z tym samym zakładem ubezpieczeń, jeśli pośrednikiem jest bank, leasing lub dealer.

Wyjątkowo jaskrawym przypadkiem wpływania na obniżenie znaczenia zarządzania ryzykiem i prób jego ograniczania jest instytucja oferowana w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych jako GAP fakturowy. Polega on na uzyskaniu ochrony ubezpieczeniowej równej wartości początku umowy leasingowej przez cały okres umowy ubezpieczenia (w praktyce do pięciu lat). Konstrukcja ta zachwalana jest w materiałach marketingowych jako sposób nie tylko na kompensatę ewentualnej szkody, lecz także wprost jako możliwość nabycia nowego pojazdu za pieniądze zakładu ubezpieczeń, nawet w przypadku, gdy przedmiot leasingu był użytkowany przez wiele lat i jego rzeczywista wartość ma się nijak do wartości fakturowej z dnia nabycia. O ile nie budzi wątpliwości możliwość ubezpieczenia różnicy między wypłatą odszkodowania po zaistnieniu szkody materialnej a zobowiązaniami wobec leasingu, gdzie rzeczywiście posiadacz i leasingobiorca mógłby doznać uszczerbku, o tyle przywołana konstrukcja jest co najmniej na pograniczu bezpodstawnego wzbogacenia.

3. Konflikt interesu w przypadku realizowania funkcji pośrednictwa ubezpieczeniowego przez podmioty rynku finansowego

W przypadku oferowania ubezpieczeń przez sieci dealerskie oferujące samochody konflikt interesu jest najłatwiejszy do opisanego. Sprzedawca ubezpieczeń komunikacyjnych jest jednocześnie potencjalnym odbiorcą korzyści z prawidłowo zawartego ubezpieczenia, ponieważ będzie realizował odpłatne usługi związane z likwidacją szkód w pojazdach. Jego lojalność w stosunku do zakładu ubezpieczeń pozostawia wiele wątpliwości. Jest on zainteresowany zarówno niską składką w celu uzyskania przewagi konkurencyjnej, jak i potencjalnie wysokimi kosztami likwidacji szkody poprzez stosunkowo wysokie koszty roboczogodzin i stosowanie droższych części zamiennych.

Konflikt interesu występuje w przypadku sieci leasingów i jest związany z korzystaniem z uprzywilejowania instytucji finansującej w kształtowaniu warunków umowy. Powszechna praktyka związana z naliczaniem dodatkowych opłat za akceptację umowy zawartej za pośrednictwem innego pośrednika pogarsza sytuację ubezpieczonego poszukującego optymalnej ochrony. Powoduje ona w praktyce, że nawet uzyskanie korzystniejszej oferty dla poszukującego ochrony jest niwelowane przez system opłat naliczanych za akceptację umowy obcej nierealizowanej przez pośrednika związanego z leasingiem.

W przypadku *bancassurance* polem konfliktu interesów jest oferowanie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, jak również ubezpieczenia niskiego wkładu hipotecznego.

W przypadku oferowania ubezpieczeń z funduszem kapitałowym problem polega na pojawieniu się w obrocie produktu ubezpieczeniowego, który w swojej istocie jest ukierunkowany nie na kompensatę strat, lecz na uzyskiwanie korzyści

poprzez udział w rynku kapitałowym. Po raz pierwszy pojawia się ubezpieczenie spekulacyjne, którego istotą nie jest kompensata strat, a pomnażanie dochodu.

Istotna wydaje się dyskusja czy w ogóle mamy do czynienia z ubezpieczaniem w rozumieniu kodeksu cywilnego, czy też z sytuacją obejścia prawa ze względów podatkowych. Najważniejsze wydaje się określenie co jest *essentialia negotii* w przypadku ubezpieczeń z kapitałowym funduszem ubezpieczeniowym – rażąca dysproporcja między ochroną stricte ubezpieczeniową a przeznaczeniem środków na działania spekulacyjne nie budzi wątpliwości, co do rzeczywistego charakteru umowy. Poza tym wprowadzono po raz pierwszy ubezpieczenie, które nie tylko nie kompensuje strat, lecz może je wręcz powodować w przypadku niekorzystnych wyników finansowych funduszu.

Konflikt interesu wyraźnie rysuje się również w przypadku ubezpieczeń niskiego wkładu, w którym to przypadku bank przenosi ryzyko kredytowe na zakład ubezpieczeń, otrzymując dodatkowo prowizję za zawarcie ubezpieczenia, oczywiście to wszystko za pieniądze klienta banku.

Najdosadniej konflikt interesów występujący przy tym kanale dystrybucji opisuje M. Orlicki: „Warto przy tym dodać, że łamanie reguły głoszącej, że tylko pośrednik ubezpieczeniowy (nie zaś ubezpieczający) może pobierać wynagrodzenie za czynności związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia jest sprzeczne nie tylko z literą prawa, ale godzi również w chronione przez prawo wartości. Przede wszystkim postępowanie takie wywołuje konflikt interesów u ubezpieczającego (w bancassurance-banku), który mechanizmami ekonomicznymi skłaniany jest do porzucenia lojalności wobec własnych ubezpieczonych klientów i realizowania interesów ubezpieczyciela. Zagrożenia dla ubezpieczonego polega również na tym, że czynności (de facto) pośrednictwa ubezpieczeniowego dokonywane są w stosunku do niego przez osoby, które nie przeszły stosownych szkoleń. U ubezpieczających brak jest również adekwatnych zabezpieczeń finansowych na rzecz klientów w razie wyrządzenia im szkody. Ubezpieczyciel nie ponosi bowiem odpowiedzialności za działania ubezpieczającego, tak jak za działania własnego agenta wyłącznego, nie został również wprowadzony obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pobierający wynagrodzenie ubezpieczający nieuczciwie konkuruje z pośrednikami ubezpieczeniowymi” (Orlicki, 2014, s. 227).

Wyjątkowo rażąca była praktyka sprzedaży ubezpieczeń, w których prowizja otrzymywana przez banki przekraczała nawet 90% składki płaconej przez ubezpieczonego. To świadczyło o pozorności umowy, ponieważ wycena ryzyka na tym poziomie świadczyła raczej o jego braku.

Wielość kanałów pośrednictwa i występowanie jego form pozaprawnych doprowadziło do pojawienia się ubezpieczeń *marketassurance*, gdzie sprzedawca sklepowy oferuje ubezpieczenie przedłużonej gwarancji z naruszeniem wszystkich zasad, jakie obowiązują z mocy ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Nie określa swojej roli, nie okazuje pełnomocnictw, a produkt oferowany może być tematem na osobną dysertację na temat jakości ochrony i pozorności umowy. Jedynym realnym elementem jest prowizja uzyskiwana przez pośrednika.

4. Akceptacja przez uczestników rynku i regulatorów występowanie pozaprawnych form pośrednictwa i skutki tego stanu dla działania rynków

Organy nadzoru oraz organizacje samorządowe uczestników rynku ubezpieczeniowego nie przywiązują wagi do wyodrębnienia kanałów dystrybucji nieopisanych w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Co więcej w statystykach i sprawozdaniach pojawiają się pozycje związane z *bancassurance*, leasingami czy siecią dealerską. Zdajemy się zapominać, że fakt umieszczenia agenta lub brokera w innej organizacji nie zmienia istoty wykonywanych przez niego czynności.

W treści wstępu do rekomendacji U w rozdziale „Zakres stosowania” organ wydający rekomendację pisze: „Rekomendacja U skierowana jest do wszystkich banków działających na podstawie przepisów prawa polskiego, zaangażowanych we współpracę z zakładami ubezpieczeń poprzez oferowanie ubezpieczeń rozumiane jako pośrednictwo w zawieraniu umów ubezpieczenia, oferowanie przystąpienia do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek lub gdy klient finansuje koszt ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej ryzyka ponoszonego przez bank” (KNF, 2014, s. 4). Prosta analiza logiczna tego zdania wskazuje na trzy przypadki określania przez KNF działalności banku jako działalności *bancassurance*.

Przypadek pierwszy, to klasyczne pośrednictwo ubezpieczeniowe realizowane na podstawie przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Ponieważ pośrednictwo może być realizowane w formie agencji wyłącznej, multiagencji lub działalności brokerskiej, a przypadki te są szczegółowo opisane w ustawie, wydaje się, że rekomendacja nie może wpływać na zmianę tego stanu prawnego. Banki, działając w swojej siedzibie i oferując ubezpieczenia, muszą wypełniać wszystkie obowiązki wynikające z ustawy. Problem właścicielski nie zmienia faktu, że zarówno broker, jak i agent bankowy podlegają regulacjom ogólnym. Tak więc są zobowiązane tak w przypadku brokera, jak i agenta do obowiązków informowania kogo reprezentują oraz okazywania stosownych pełnomocnictw przy pierwszym kontakcie z klientem. Ponadto broker banku zobowiązany jest do pełnego zbadania rynku i udzielenia pisemnych rekomendacji. Na podstawie rekomendacji 13 i 14 wynika, że klient banku powinien zachować swobodę wyboru ubezpieczenia i zabronione są mechanizmy skutkujące uprzywilejowaniem rozwiązań stosowanych przez bank. W pozostałych przypadkach ubezpieczający na cudzy rachunek nie jest uprawniony do pobierania wynagrodzenia, jest za to jako ubezpieczający zobowiązany do szeregu czynności informacyjnych w stosunku do ubezpieczeniowego czy dbania o należyty stopień staranności zmierzającej do pełnej realizacji interesu ubezpieczonego.

Pojawienie się kategorii *bancassurance* jako bytu obrotu ubezpieczeniowego pozostawia szereg wątpliwości natury zasadniczej.

Po pierwsze, powstaje pytanie czy właściwym jest akceptowanie i próba regulowania przez nadzór zjawisk wcześniej uregulowanych w triadzie ustaw ubezpiecze-

niowych. Nie ma powodu sądzić, że pojawienie się kategorii pośrednictwa, innych niż opisane w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym, jest czym innym niż próbą ominięcia prawa. Zjawisko to powoduje, że część pośredników nie wykonuje obowiązków ustawowych, w przypadku ubezpieczeń oferowanych przez banki i leasingi. Poza świadomością ubezpieczonego pozostaje fakt, kto jest pośrednikiem w zawarciu umowy. Nie jest realizowany obowiązek określenia w czym imieniu działa pośrednik, nie mówiąc już o konieczności okazania pełnomocnictw przy pierwszym kontakcie z klientem.

Po drugie, w praktyce dochodzi do zaburzenia zrozumienia kogo w istocie chroni ubezpieczenie. Jest to wyraźne w ubezpieczeniu niskiego wkładu hipotecznego w przypadku udzielania przez banki kredytu na zakup nieruchomości. W praktyce chronionym za pieniądze klienta jest bank, który obniża swoje ryzyko kredytowe, pozostawiając ryzyko windykacji związanej z niespłaconym kredytem relacjom zakład ubezpieczeń – kredytobiorca. Co więcej, z tego tytułu bank, działający jako pośrednik, uzyskuje dodatkowe korzyści finansowe związane z otrzymaniem prowizji.

Po trzecie, zatarciu ulega rozróżnienie pojęcia „ryzyka”, którego znaczenie w ujęciu bankowym i ubezpieczeniowym jest znacząco różne i może być przedmiotem odrębnego opracowania teoretycznego.

Po czwarte, jak wynika z praktyki *bancassurance* jest realizowany w wielu formach, więc jego opisywanie jako jednolitej praktyki rynkowej zaburza rzeczywisty obraz rynku.

Nie jest jasne ile w obrocie *bancassurance* stanowią ubezpieczenia realizowane przez kanał pośrednictwa agencyjnego, ile zaś przez brokera bankowego, a jaki jest udział ubezpieczeń, w których bank jest ubezpieczającym na rzecz osoby trzeciej. Problemem jest również istnienie organizacji pośredników, które występują w bankach w rolach mieszanych, pełniąc jednocześnie funkcje agenta i brokera. Praktyka ta powoduje, szczególnie w przypadku ubezpieczeń korporacyjnych, rozbitcie pożądanej jednolitej praktyki ubezpieczania i zarządzania ryzykiem. Jeśli byliśmy świadkiem występowania sytuacji, w których w przypadku flot komunikacyjnych wykorzystywano mechanizm leasingu zwrotnego, gdzie w zasadzie po przeprowadzeniu operacji, której istotą było obejście prawa uzyskiwano korzyści, to wpływ na postrzeganie ubezpieczeń jest jednoznacznie negatywny. Koszty leasingu i składki były niższe niż oferowane znanemu przewoźnikowi same koszty ubezpieczeń. Czy istnieją lepsze dowody na irracjonalne zachowania zakładów ubezpieczeń. Polityka instytucji finansowych ukierunkowana na zysk uzyskiwany w krótkich okresach dewastuje rynek ubezpieczeniowy, którego istotą jest zarządzanie ochroną ubezpieczonych w wieloletnich okresach ubezpieczeniowych.

Podsumowanie

W praktyce rynkowej występują problemy związane z dyskredytowaniem w długiej perspektywie czasowej profesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeń.

Po pierwsze, nawet definicja *bancassurance* jest definicją pozorną. Zawiera ona w sobie zarówno elementy wykonywania usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego, jak i elementy zawierania ubezpieczeń na rzecz osoby trzeciej, a nawet realizowanie uzyskiwania własnej ochrony ubezpieczeniowej za środki osób trzecich (czyli klientów instytucji finansowych). Pozorne korzyści związane z głębszą penetracją rynku i wolumenem składki są niwelowane przez dewastację świadomości ubezpieczeniowej. Faworyzowanie przez zakłady ubezpieczeń ze względu tak na cenę za ryzyko, jak i na wysokość prowizji grup organizowanych przez instytucje rynku finansowego zaburza równość podmiotów na rynku ubezpieczeniowym.

Po drugie, istotny element rynku ubezpieczeń, jakim jest zarządzanie ryzykiem i jego ograniczanie schodzi na plan dalszy, a nawet stanowi problem kosztowy, jeśli możliwe jest uzyskanie korzystniejszych warunków bez realizacji polityki prewencyjnej.

Po trzecie, w świadomości klientów dochodzi do zaburzeń związanych z postrzeganiem umowy ubezpieczenia jako jeszcze jednego instrumentu finansowego, czasami niepotrzebnego, a na pewno niezwiązanego z zapobieganiem przyszłym stratom.

Po czwarte, znaczący udział pośredników, dla których działalność ubezpieczeniowa jest działalnością dodatkową powoduje zmniejszenie profesjonalizmu świadczonych usług.

Po piąte, znaczący udział podmiotów rynku finansowego w kształtowaniu polityki ubezpieczeniowej zmienia filozofię rynku i postrzeganie wyników w okresach krótszych niż te, które w historii ubezpieczeń uważano za właściwe.

Bibliografia

- KNF. (2014). *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*. Warszawa: Komisja Nadzoru Finansowego, czerwiec. Pozyskano z: https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Rekomendacja_U_38338.pdf
- Kowalewski, E. (2013). *Co psychologia behawioralna dać może teorii ryzyka ubezpieczeniowego? Ryzyko ubezpieczeniowe wybrane zagadnienia teorii i praktyki*. Łódź: STBUiR Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Orlicki, M. (2014). *Bancassurance-interpretować obowiązujące czy tworzyć nowe przepisy. Rynek ubezpieczeniowy – nadregulacja czy niedoregulowanie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Warkało, W. i Mogiński, M. (1983). *Prawo ubezpieczeniowe*. Warszawa: PWN.

ALEKSANDRA LUTEREK*

Ryzyko w działalności pośredników ubezpieczeniowych

Streszczenie

Ryzyko jest nieodłącznym elementem istnienia każdej jednostki i każdego podmiotu funkcjonującego w gospodarce. Wszelkie podejmowane decyzje bądź działania są obciążone pewnym prawdopodobieństwem poniesienia nieoczekiwanej straty lub nieoczekiwanego zysku, co jest w pełni zgodne z neutralną koncepcją ryzyka głoszoną przez ekonomistów. W przypadku procesu pośrednictwa ubezpieczeniowego, koncepcja ta w pełni odzwierciedla funkcjonowanie pośredników na rynku i zgodna jest też z ubezpieczeniową koncepcją ryzyka spekulatywnego. W tym kontekście można rozpatrywać ryzyko zarówno od strony klienta, jak i samego pośrednika, ze względu na ich bezpośrednie powiązanie i łączące ich relacje. Poniższy rozdział skupia się jednak na badaniu ryzyka wyłącznie od strony pośredników. Głównym jego celem jest analiza ryzyka towarzyszącego działalności pośredników ubezpieczeniowych, którzy odgrywają główną rolę w procesie dystrybucji produktów ubezpieczeniowych na rynku finansowym.

Słowa kluczowe: ryzyko, pośrednictwo ubezpieczeniowe, rynek ubezpieczeniowy.

Abstract

Risk is an inherent element in the existence of every individual, every entity functioning in the economy. Any decisions or actions are laden with some probability of unexpected loss or unexpected profit, which is fully consistent with the neutral concept of risk proclaimed by economists. In the case of the insurance mediation process, this concept fully reflects the functioning of intermediaries on the market and also corresponds with the insurance concept of speculative risk. In this context, the risk can be considered both from the point of view of the consumer and the intermediary, because of their direct connection and their relationship. The following study focuses on the risk analysis of just the intermediaries. The main aim of the study is to analyze the risk associated with the activity of insurance intermediaries, who play a major role in the distribution of insurance products on the financial market.

Keywords: risk, insurance intermediation, insurance market.

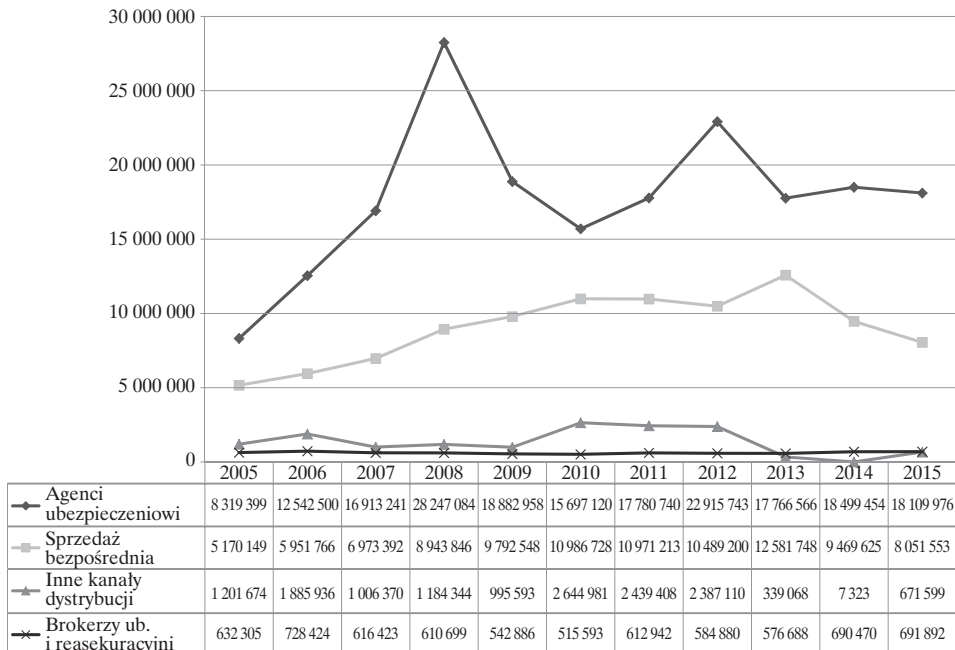
Wprowadzenie

Ryzyko jest nieodłącznym elementem istnienia każdej jednostki, każdego podmiotu funkcjonującego w gospodarce. „Ryzyko” jest pojęciem niezwykle złożonym, dlatego bardzo trudno jest podać jego ogólną, uniwersalną definicję. Ze względu

* Mgr Aleksandra Luterek – Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; e-mail: aluterek@wz.uw.edu.pl.

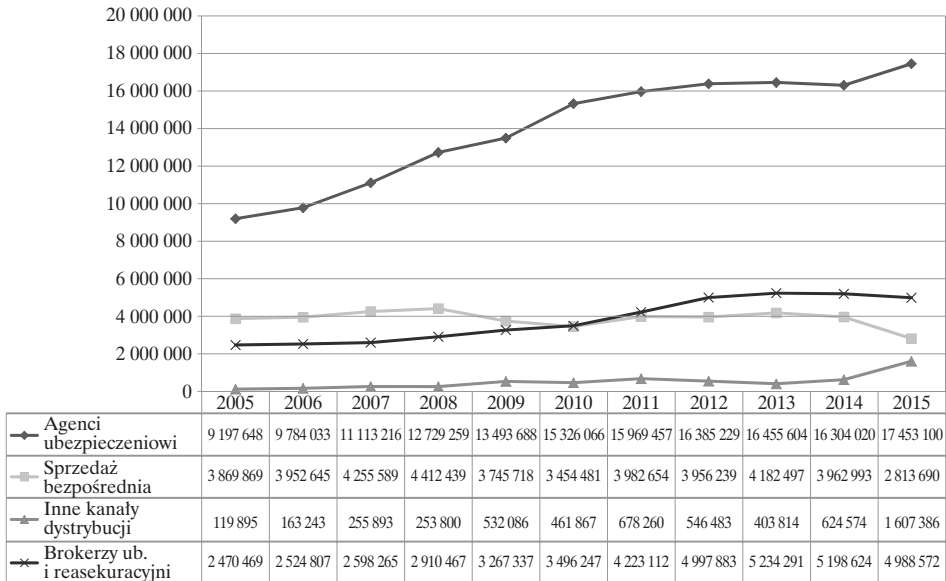
na tę złożoność dopuszczane jest definiowanie go w różny sposób, w zależności od aspektu, który jest przedmiotem zainteresowania czy okoliczności, które odpowiadają podejściu badacza. Ryzyko określane jest często jako zdarzenie, które może, ale nie zawsze musi wystąpić. W momencie, kiedy wystąpi może spowodować zarówno cierpienie, stratę, jak i zadowolenie oraz zysk (Ronka-Chmielowiec, 2016, s. 11). Każda podejmowana decyzja bądź działanie są obarczone pewnym prawdopodobieństwem poniesienia nieoczekiwanej straty lub nieoczekiwanego zysku, co jest w pełni zgodne z gloszoną przez ekonomistów z neutralną koncepcją ryzyka (Jajuga, 2009, s. 13). W przypadku procesu pośrednictwa ubezpieczeniowego przywołana koncepcja w pełni odzwierciedla funkcjonowanie pośredników na rynku i zgodna jest też z ubezpieczeniową koncepcją ryzyka spekulatywnego (Ronka-Chmielowiec, 2016, s. 13). W tym kontekście można rozpatrywać ryzyko od strony zarówno klienta, jak i samego pośrednika, ze względu na ich bezpośrednie powiązanie i łączące ich relacje. Poniższy rozdział skupia się jednak na badaniu ryzyka wyłącznie od strony pośredników. Głównym jego celem jest analiza ryzyka towarzyszącego działalności pośredników ubezpieczeniowych, którzy odgrywają główną rolę w procesie dystrybucji produktów ubezpieczeniowych na rynku finansowym (wyk. 1 i 2).

Wykres 1. Kanaly dystrybucji ubezpieczeń na życie ogółem – składka przypisana brutto



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2016.

Wykres 2. Kanäle dystrybucji ubezpieczeń w pozostałych ubezpieczeniach osobowych i majątkowych – składka przypisana brutto



Źródło: jak wyk. 1.

1. Ryzyko w ubezpieczeniach

W teorii ryzyka prezentowanej przez sektor ubezpieczeniowy jednym z najprostszyc podziałów, uważanym także za najbardziej użyteczny w analizie (Śliwiński, 2002), jest ten wyróżniający:

- ryzyko czyste – odnoszące się tylko do sytuacji, w których poprzez realizowanie ryzyka możliwe jest wyłącznie poniesienie straty; brak realizacji nie przynosi w tym podejściu ani straty, ani zysku;
- ryzyko spekulatywne – przyjmujące trzy możliwe scenariusze przy realizacji ryzyka: stratę, zysk oraz brak straty i zysku (Ronka-Chmielowiec, 2016, s. 13).

Ryzyko, które rozpatruje się w przypadku zakładów ubezpieczeń, bardzo często tożsamy są z ryzykiem uwzględnianym w kontekście każdego innego przedsiębiorstwa. Tak jak w pozostałych branżach, rozszerzone zostaje dodatkowo o te, które są charakterystyczne dla tej formy działalności gospodarczej. Można tu wyróżnić: ryzyko rynkowe (ryzyko kursu walutowego, cen akcji, stopy procentowej, cen towarów, cen nieruchomości), ryzyko kredytowe, ryzyko niewypłacalności, ryzyko płynności, ryzyko prawne, ryzyko biznesu czy ryzyko operacyjne oraz ryzyko związane

z działalnością ubezpieczyciela (związane z długowiecznością, szkodowością, wypłatami świadczeń czy rezygnacjami z ubezpieczeń) (Grabowska, 2011).

Specyfika pośrednika ubezpieczeniowego jest jednak nieco odmienna od funkcjonowania przedsiębiorstwa na rynku. Można oczywiście uwzględnić niektóre z wyżej wymienionych rodzajów ryzyka, ale nie każde z nich ma bezpośredni wpływ na proces pośredniczenia w dystrybuowaniu produktów ubezpieczeniowych oraz możliwość przetrwania na rynku finansowym. W tym przypadku należałoby spojrzeć na pośrednika nie jako na podmiot prawny, ale na sprzedawcę, którego praca opiera się na kontakcie z innymi osobami i podmiotami gospodarczymi, a którego celem długoterminowym jest stała współpraca z ubezpieczycielami oraz klientami. Dodatkowo, w kontekście pośrednictwa ubezpieczeniowego, słusznym podejściem wydaje się uwzględnianie trzech możliwych scenariuszy po podjętej decyzji, czyli rozpatrywanie ryzyka spekulatywnego, ponieważ wybrane przez pośrednika metody funkcjonowania na rynku bezpośrednio wpływają na poszerzanie bazy klientów (zysk), stagnację i opieranie się wyłącznie na posiadanej już bazie klientów (brak zysku oraz brak straty), a także na utratę podmiotów współpracujących z pośrednikiem (strata).

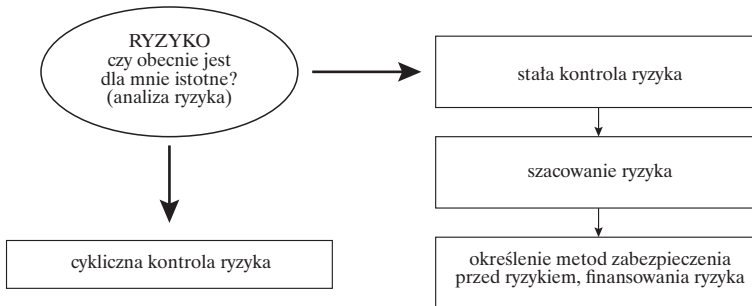
2. Ryzyka pośredników ubezpieczeniowych

W procesie pośrednictwa ubezpieczeniowego niezwykle ważna jest poprawna identyfikacja istniejących rodzajów ryzyka związanych z działalnością ubezpieczeniową oraz kontaktem z klientem, które wynikają przede wszystkim z braku pełnych informacji podczas podejmowania decyzji. Istotne jest jednak, że ich katalog nie jest katalogiem zamkniętym. Kolejne rodzaje ryzyka mogą stawać się coraz bardziej istotne i wymagają wtedy odpowiedniego zabezpieczenia bądź mogą zniknąć wraz ze zmianą przepisów prawnych, okoliczności funkcjonowania, zmianami gospodarczymi czy po prostu zmianą zakresu działalności. Nie należy jednak nigdy zaprzestać obserwacji ryzyka, ponieważ fakt braku narażenia na dane ryzyko nie jest stały w czasie. Może okazać się, że po krótszym lub dłuższym okresie nieistotne wcześniej ryzyko będzie odgrywało pierwszorzędą rolę w prowadzonej działalności. Z tego względu niezwykle istotne są każdorazowe, indywidualne spojrzenie na każde z rodzajów ryzyka, monitorowanie ich i kontrola (Jajuga, 2009, s. 15) oraz określenie czy są, a jeśli tak, to na ile istotnie wpływają na działania w procesie pośredniczenia.

Praca zawodowa jest świadomą, celową działalnością, która ma za zadanie zaspokoić potrzeby, ale jest również wykonywana w celu zachowania źródła finansowania. Osiąganie zysku jest więc istotnym, często pierwszorzędnym celem wykonywania zawodu pośrednika ubezpieczeniowego. Umiejętność dostrzeżenia ryzyka, zagrożeń, na które narażeni są pośrednicy, umożliwi zabezpieczenie się przed nimi i wpłynie na występujące ryzyko efektywności finansowej, a to z kolei na ryzyko wypłacalności

osoby wykonującej zawód pośrednika. Aby zabezpieczyć się przed utratą efektywności, pośrednik ubezpieczeniowy powinien skupić się na eliminowaniu bądź – jeśli nie jest to całkowicie możliwe – ograniczaniu rodzajów ryzyka specyficznych dla swojej działalności. Metodą może być wybór segmentu rynku, na którym pośrednik będzie się specjalizował w wybranych ubezpieczeniach. Świetna znajomość danych produktów ubezpieczeniowych, które przeznaczone są dla dogodnej pośrednikowi grupie klientów podnosi poziom profesjonalizmu sprzedawcy. Dobór docelowego segmentu rynku nie powinien być jednak przypadkowy. Pośrednik musi uwzględnić specyfikę obszaru swojej działalności (np. w rejonach rolniczych słusznym będzie wybór zawodu agenta ubezpieczeniowego, który specjalizuje się w ubezpieczeniach rolnych lub wybór zawodu brokera ubezpieczeniowego w małej, ale prężnie rozwijającej się miejscowości, w której nie ma jeszcze konkurencji w profesji), ale także musi wziąć pod uwagę dostępność produktów ubezpieczeniowych, możliwość szkoleń, otrzymywania pełnomocnictw, w zakresie założonej specyfiki działania (Biernacki, 2005, s. 9). Dokładna analiza rynku oraz zauważenie możliwości funkcjonowania na nim daje możliwość długoletniej pracy, która pomoże zabezpieczyć ryzyko efektywności finansowej.

Rysunek 1. Weryfikacja istotności ryzyka



Źródło: opracowanie własne.

Pośrednik ubezpieczeniowy odgrywa dodatkowo ogromną rolę w procesie zarządzania ryzykiem przez klienta, ponieważ to po jego stronie leży obowiązek jak najlepszego dobrania produktu ubezpieczeniowego. Zakup ubezpieczenia jest działaniem istotnym dla ubezpieczającego, mającym na celu zminimalizowanie, zabezpieczenie przed ryzykiem, na które narażony jest ubezpieczony. Od strony pośrednika z działaniami mającymi na celu sprzedaż produktu ubezpieczeniowego bezpośrednio wiążą się ryzyka kwalifikacji czy reputacji.

W przypadku ubezpieczeń na życie to sam ustawodawca dba o zminimalizowanie występującego ryzyka: po pierwsze, ryzyka klienta (związanego z zakupem najlepiej dobranej ochrony ubezpieczeniowej), ale także samego ubezpieczyciela oraz pośrednika. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej wskazuje, że „przed zawarciem

umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 (...), zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego” (art. 21 ust. 1). Ankieta została skonstruowana przede wszystkim w celu możliwości zaoferowania klientowi produktu, który jest w pewnym stopniu „skrojony na miarę”, odpowiada potrzebom i indywidualnym preferencjom (Szczepańska, 2016, s. 100). Patrząc jednak od strony pośrednika, taka ankieta pomaga redukować ryzyko kwalifikacji, które może grozić utratą klientów czy zatrudnienia. Ułatwia ona przeprowadzenie wywiadu z potencjalnym klientem oraz ogranicza możliwość narażenia się pośrednika na sprzedaż produktu źle dopasowanego, które możemy nazwać ryzykiem właściwego doboru produktu ubezpieczeniowego. Zadowolenie klienta z zakupu ubezpieczenia wpływa na możliwość rozpoczęcia długofalowej współpracy i wzrostu zaufania do sektora ubezpieczeniowego, które to uznaje się za bardzo ważny warunek korzystania z oferty produktowej sektora (Szumlicz, 2015, s. 3).

Ryzyko kwalifikacji silnie wiąże się także z istniejącym w pośrednictwie ubezpieczeniowym ryzykiem reputacji. Zjawisko to dotyczy sytuacji, w których działania pośrednika ubezpieczeniowego są sprzeczne z powszechnie przyjętymi normami zachowania w branży (Słobosz i Ziomko, 2009, s. 21). Przepisy prawa wyraźnie wskazują, że pośrednik ubezpieczeniowy powinien posiadać dobrą reputację, której minimalnym warunkiem jest brak wpisu osoby pracującej jako pośrednik do rejestru karnego bądź jego odpowiednika (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97, art. 10 ust. 3). Charakterystyka pośrednika zawsze polegać będzie na działaniach na rzecz innego podmiotu, dlatego też zawsze powinien on budować pozytywny wizerunek reprezentowanej osoby, przedsiębiorstwa czy produktu, który właśnie oferuje. Zachowaniami, które najczęściej uznawane są za nieetyczne, sprzeczne z ogólnie istniejącymi zasadami mogą być przykładowo: negatywne wypowiedanie się o konkurencji, ich produktach, występujących wadach, przekazywanie nierzetelnych informacji, oferowanie produktów niedopasowanych do potrzeb klienta (a jedynie przynoszących najwyższy profit dla pośrednika), które określane są też czasem ryzykiem kierowania się własnym interesem (Dąbrowska, 2013), nieprzestrzeganie tajemnicy zawodowej czy upowszechnianie danych poufnych (Olszewska, 2006). Jeśli pośrednik naruszy swoją reputację, naraża się na utratę współpracy ze strony zarówno podmiotu zatrudniającego, jak i klientów, którzy mogą zrezygnować z dalszej współpracy z pośrednikiem – ryzyko utraty klienta, które jest kluczowe w stabilnym, długoterminowym funkcjonowaniu na rynku finansowym. W skrajnych przypadkach ryzyko to może doprowadzić do wykluczenia z rynku ubezpieczeniowego. Jeśli jednak pośrednicy będą działali zgodnie z obowiązującymi regułami, etyką towarzyszącą tym zawodom, efektem może być nieoczekiwany wzrost zaufania, skutkujący poszerzającą się bazą stałych klientów dzięki funkcjonowaniu tzw. marketingu szeptanego, czyli przekazu informacji „z ust do ust” pomiędzy konsumentami (Anderson, 2008, s. 342).

Występowanie dyrektyw oraz ustaw, które regulują zarówno działalność zakładów ubezpieczeń (np. ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), jak i bezpośrednio dotyczą dystrybucji produktów ubezpieczeniowych (np. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń) czy pośrednictwa ubezpieczeniowego (np. ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym) w dużym stopniu pomagają usystematyzować pracę pośredników ubezpieczeniowych. W wielu aspektach wskazują kierunek działań, którym podążać powinni pośrednicy, narzucają na pośredników obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji w trakcie wykonywania pracy (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97, art. 10 ust. 2), bezpośrednio mówią o wiedzy, jaką pośrednik powinien posiadać (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97, zał. 1) czy też gwarantują mechanizmy oceny ich kompetencji (Skibińska, 2016). Przykładowo, może to być, wspomniane już, ułatwienie w postaci ankiety wspierającej dobór najlepiej dopasowanego produktu ubezpieczeniowego na życie czy też przepisy regulujące przekaz informacji pomiędzy stronami. W zakresie znajomości przez pośrednika dokumentów regulujących funkcjonowanie na rynku, możemy mówić o ryzyku formalno-prawnym. Dobra znajomość przepisów prawa może ułatwić pośrednikowi kontakt z klientem, będzie dawała możliwość wywiązywania się z narzucanych obowiązków, a co za tym idzie, wesprze redukcję rodzajów ryzyka związanych z klientem i jego utratą. Dzięki dobrej orientacji w przepisach pośrednik podnosi poziom swojej wiarygodności wśród klientów. Jednakże osoba, która nie wywiązuje się z obowiązku znajomości przepisów prawa, może w łatwy sposób stracić zarówno klientów, jak i pracę, a także staje się niewiarygodnym uczestnikiem rynku ubezpieczeniowego.

W zawodzie pośrednika ubezpieczeniowego niezwykle ważne jest szkolenie się oraz doskonalenie zawodowe *w celu utrzymania odpowiedniego poziomu świadczonych usług, odpowiednio do pełnionej przez nich roli na rynku* (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97, art. 10, ust. 2). Doksztalcanie w zakresie prowadzonej przez pośrednika działalności nie tylko zapewnia wypełnienie obowiązków prawnych i redukcję ryzyka formalno-prawnego. Może także pomóc w ograniczaniu ryzyka braku innowacyjności pośrednika, rozumianej jako tworzenie nowego rynku zbytu, pomoc zakładom ubezpieczeń w tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych. Stałe doksztalcanie się poszerza wiedzę i świadomość zawodową pośrednika ubezpieczeniowego, co bezpośrednio przekłada się na umiejętność zrozumienia istoty występujących rodzajów ryzyka oraz zdolność do ich kontrolowania i redukcji.

Podsumowanie

Ryzyko, na które narażeni są pośrednicy ubezpieczeniowi, odgrywający główną rolę w procesie dystrybucji produktów ubezpieczeniowych na rynku finansowym, nie występuje w sposób niezależny od siebie. Wszystkie wymienione w opracowaniu

rodzaje ryzyka zazębiają się i bardzo często występują razem. Przykładowo, zmiana przepisów prawnych związanych z ryzykiem formalno-prawnym będzie występować wspólnie z ryzykiem kwalifikacji, czyli między innymi łatwości dostosowania swojej wiedzy oraz umiejętności do nowych realiów rynku, a to może mieć bezpośredni wpływ na ryzyko reputacji oraz ryzyko utraty klienta, które natychmiastowo będą oddziaływać na ryzyko efektywności finansowej oraz wypłacalności pośrednika ubezpieczeniowego. Biorąc je wspólnie pod uwagę, możemy powiedzieć o jednym – chociaż dosyć ogólnym – ryzyku, jakim jest ryzyko działalności gospodarczej.

Rodzajów ryzyka, na które narażeni są pośrednicy ubezpieczeniowi, nie jesteśmy w stanie zamknąć w jednym katalogu. Fakt istotności danego ryzyka nie jest też stały w czasie. Należy cyklicznie kontrolować ryzyko, które na bieżąco nie odgrywa głównej roli w działalności, a stale monitorować to, które najsilniej w danym okresie zagraża.

Bibliografia

- Anderson, C. (2008). *Długi ogon. Ekonomia przyszłości – każdy konsument ma głos*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Biernacki, L. (2005). Ryzyko w pośrednictwie ubezpieczeniowym. *Zeszyty naukowe nr 3 Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Bochni*, 3, 5–20. Pozyskano z: <http://www.wse.bochnia.pl/zn/3-1.pdf> (19.08.2017).
- Dąbrowska, A. (2013). Obowiązki i odpowiedzialność brokera ubezpieczeniowego wobec poszukującego ochrony ubezpieczeniowej. *Monitor Ubezpieczeniowy*, 52. Pozyskano z: https://rf.gov.pl/publikacje/artikuly-pracownikow-i-wspolpracownikow/Anna_Dabrowska__Obowiazki_i_odpowiedzialnosc_brokera_ubezpieczeniowego_wobec_poszukujacego_ochrony_ubezpieczeniowej__M__21482 (10.08.2017).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (wersja przekształcona) (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. Urz. UE L 26/19 PL2.2.2016).
- GUS. (2016). *Polski rynek ubezpieczeniowy 2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pozyskano z: http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5503/11/6/1/polski_rynek_ubezpieczeniowy_tablice.zip (22.08.2017).
- Grabowska, T. (2011). Rodzaje ryzyk, na które narażony jest zakład ubezpieczeń. *Gazeta Ubezpieczeniowa Pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych*. Pozyskano z: http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=39804&catid=122 (13.08.2017).
- Jajuga, K. (red.). (2009). *Zarządzanie ryzykiem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Olszewska, D. (2006). Etyka agenta ubezpieczeniowego. *Gazeta Ubezpieczeniowa Pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych*. Pozyskano z: http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=12303&catid=120:porednictwo&Itemid=148 (10.08.2017).
- Ronka-Chmielowiec, W. (red.). (2016). *Ubezpieczenia*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

- Skibińska, R. (2016). Nowe obowiązki sprzedawców ubezpieczeń. *Obserwator Finansowy*. Pozyskano z: <https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/rynki-finansowe/nowe-obowiazki-sprzedawcow-ubezpieczen/> (13.08.2017).
- Słobosz, J. i Ziomko, R. (2009). *Zarządzanie ryzykiem i ubezpieczeniami w firmach w Polsce. Raport Aon Polska*. Warszawa: Aon Risk Services. Pozyskano z: http://www.pid.org.pl/uploads/AON%20Polska_Zarzadzanie%20ryzykiem%20i%20ubezpieczeniami.pdf (10.08.2017).
- Szczepańska, M. (2016). Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – wybrane zagadnienia. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 3, 93–102. Pozyskano z: <https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/01/WU-2016-03-08-szczepanska.pdf> (15.08.2017).
- Szumlicz, T. (2015). Wzrost zaufania do zakładów ubezpieczeń w świetle Diagnozy Społecznej 2015. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 3, 3–19. Pozyskano z: https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Wiadomosci%20Ubezpieczeniowe/WU%203%202015/WU%202015-03_01_szumlicz.pdf (15.08.2017).
- Śliwiński, A. (2002). Ryzyko ubezpieczeniowe. *Gazeta Ubezpieczeniowa Pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych*. Pozyskano z: http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=8913&catid=129:rynek-ubezpieczeniowy (02.08.2017).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844).

CZĘŚĆ IV

**RYNEK FINANSOWO-UBEZPIECZENIOWY
W OBRAZIE XX KONFERENCJI
NAUKOWO-PRAKTYCZNEJ „OBSZAR POLSKI
EUROPEJSKIEGO RYNKU UBEZPIECZEŃ”.
WNIOSKI I POSTULATY
ŚRODOWISK NAUKI I PRAKTYKI**

JAN MONKIEWICZ*

Ewolucja nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym w UE: od europejskiej unii bankowej do europejskiej unii ubezpieczeniowej i unii finansowej?

Streszczenie

Architektura regulacyjna systemu finansowego w Unii Europejskiej przeżywa okres wzmożonych zmian w reakcji na doświadczenia globalnego kryzysu finansowego oraz na nowe uwarunkowania i potrzeby rozwojowe ugrupowania. Szczególnie istotnym elementem tych zmian jest przebudowa architektury instytucjonalnej systemu nadzorczego nad systemem finansowym. Europejska unia bankowa stanowi oryginalną, „europejską” odpowiedź na kryzys finansowy, która niejako uzupełnia globalne projekty, jakie zostały zaproponowane w tym zakresie. Zmieniając paradygmat regulacyjno-nadzorczy w odniesieniu do sektora bankowego strefy euro wywołuje równocześnie nowe oczekiwania i presje w innych fragmentach tego rynku. Kolejnym krokiem stać się ma centralizacja nadzoru na poziomie europejskim nad rynkiem kapitałowym, a następnie ubezpieczeniowym.

Słowa kluczowe: kryzys finansowy, nadzór finansowy, unia bankowa, paradygmat regulacyjno-nadzorczy.

Abstract

Regulatory architecture of the EU financial system is in the process of profound changes resulting from lessons learned during the global financial crisis and new challenges and requirements of the economic integration. Particularly important element of these changes is a far going reconstruction of the institutional system of financial supervision. European Banking Union which set the point of departure represents an original “european” response to the financial crisis. It radically restructures regulatory and supervisory paradigm of the banking system within the EU and creates new expectations and pressures in remaining financial sectors. Next step will bring in the short run centralization of the supervisory powers on the capital market and in the long run it may finally lead to the centralization of supervision in the insurance sector.

Keywords: financial crisis, financial supervision, banking union, regulatory and supervisory paradigm.

* Prof. zw. dr hab. Jan Monkiewicz – Wydział Zarządzania, Politechnika Warszawska, ul. Narbutta 85, 02-524 Warszawa; e-mail: j.monkiewicz@onet.eu.

Wprowadzenie

Architektura regulacyjna systemu finansowego w Unii Europejskiej przeżywa okres wzmożonych zmian w reakcji na doświadczenia globalnego kryzysu finansowego oraz na nowe uwarunkowania i potrzeby rozwojowe ugrupowania. Szczególnie istotnym elementem tych zmian jest przebudowa architektury instytucjonalnej systemu nadzorczego nad systemem finansowym. Po realizacji projektu unii bankowej jesteśmy świadkami kolejnych zmian prowadzących do unii rynków kapitałowych oraz pierwszych kroków wzmacniających bezpośrednio kompetencje nadzorcze na poziomie europejskim w odniesieniu do rynku ubezpieczeniowego.

1. Nowy paradygmat regulacyjno-nadzorczy w ubezpieczeniach: rola dyscypliny regulacyjnej oraz perspektywy makroostrożnościowej

Kształt systemu regulacyjnego sektora finansowego, w tym ubezpieczeniowego, odzwierciedla każdorazowo bieżące rozumienie cech i właściwości działalności ubezpieczeniowej. Trzeba zaznaczyć, że podstawowe składniki tego widzenia są co najmniej od lat 80. ubiegłego stulecia wspólne dla wszystkich segmentów rynku finansowego. W tym sensie paradygmat regulacyjno-nadzorczy w ubezpieczeniach jest pochodną poglądów ogólnych odnoszących się do całego rynku finansowego. W jego artykulacji szczególną rolę już od dawna odgrywa sektor bankowy, który w ostatnich dziesięcioleciach zdominował pole regulacyjno-nadzorcze poprzez aktywność swoich instytucji w tym zakresie i doprowadził do jego faktycznego „ubankowienia”.

Rzeczony paradygmat zmienia się zawsze wskutek zmiany dominujących poglądów, co najczęściej zdarza się wskutek wystąpienia jakichś szczególnych szoków, zwłaszcza w postaci kryzysów finansowych. Testowanie jego odporności poprzez te szoki jest prawdopodobnie najlepszym sposobem na sprawdzenie jego poprawności oraz formułowania ewentualnych propozycji normatywnych mających na celu modyfikację istniejącego modelu regulacyjnego i nadzorczego. W tym sensie uprawnione jest traktowanie istniejącego modelu regulacyjnego jako skumulowanego zbioru reakcji na przeżywane w przeszłości kryzysy.

Ostatni kryzys finansowy zostawił mocne ślady w omawianej funkcji państwa. Nasilił on w znacznym stopniu aktywność regulacyjną poszczególnych państw, a także doprowadził do podjęcia wielu działań o charakterze kolektywnym. Spowodował także przekazanie nowych uprawnień nadzorcom oraz zwiększył ich rolę w kontrolowaniu działalności podległych im podmiotów.

Należy podkreślić, że ostatni kryzys finansowy doprowadził do istnej eksplozji aktywności regulacyjnej państwa. W miejsce doktryny liberalizacji rynkowej pojawiło się wołanie o większą rolę państwa w jego regulacyjnym przejawie. Niemiecki minister finansów (2005–2009), Peer Steinbrück, w wypowiedzi dla „Financial Times” z 23 czerwca 2008

roku oświadczył: „...Postawy uważające wolny rynek za rzecz najważniejszą oraz argumenty używane przez zwolenników idei *laissez-faire* były proste i jednocześnie groźne, a niemieckie wołanie o więcej regulacji wywoływały w najlepszym przypadku szyderstwa. Uważano je za typowy przykład niemieckiej skłonności do nadregulacji”.

Nastąpiła tym samym zasadnicza zmiana obowiązującego w świecie paradygmatu regulacyjno-nadzorczego rynków finansowych. Ów paradygmat, zwany konsensusem waszyngtońskim, ze względu na szczególną rolę Międzynarodowego Funduszu Walutowego w określaniu globalnych standardów finansowych, obowiązywał od lat 80. ubiegłego wieku (Helleiner, 2010). Jego istota sprowadzała się do bezwzględnej wiary w racjonalność rynków finansowych. Uznawano, że są one zasadniczo efektywne, choć skłonne do krótkotrwałych zawirowań. Ich prawidłowe funkcjonowanie wymagało jedynie dobrej dostępności do informacji rynkowej oraz pełnej przejrzystości instytucji finansowych. W funkcjonowanie tych rynków nie należało ingerować, a jedynie umożliwić sprawne działanie ich własnych mechanizmów. Konsekwentnie oznaczało to przypisanie głównej roli regulacyjnej dyscyplinie rynkowej, wspomaganej jedynie dyscypliną regulacyjną. Konsensus ten uznawał, że system finansowy jest bezpieczny poprzez prywatne zarządzanie ryzykiem na poziomie indywidualnych instytucji finansowych. Gwarantem jakości tego typu zarządzania były publiczne systemy nadzoru finansowego w postaci nadzorów mikroostrożnościowych. Koncentrowały one swą uwagę zasadniczo na stabilności finansowej indywidualnych podmiotów bez uwzględniania ich zewnętrznych powiązań i skutków podejmowanych przez nie decyzji. Nie było natomiast ich zadaniem ingerencja w wewnętrzny ład korporacyjny czy też przyjęte modele biznesowe. Wierzano również w to, że innowacje finansowe zwiększają odporność systemów finansowych na szoki oraz podnoszą poziom zarządzania ich ryzykiem. Nadzór w tym systemie miał formalny i powierzchowny charakter, przedmiotem jego troski było zaś bezpieczeństwo indywidualnych instytucji finansowych. Panowała wiara, że wówczas bezpieczny będzie też cały system. Ogólnie biorąc, serce konsensusu waszyngtońskiego stanowiła swoista „trylogia regulacyjna” – większa transparentność, większa otwartość, lepsze zarządzanie ryzykiem przez instytucje finansowe (Eatwell, 2009).

Nowy konsensus – „bazylejski”, nazwany od miejsca, gdzie od końca lat 80. XX wieku przemieściło się centrum globalnych rozstrzygnięć regulacyjnych sektora finansowego, wyłaniający się w szybkim tempie po globalnym kryzysie finansowym, oparty jest na zgoła odmiennych założeniach (Baker, 2011). Jego punktem wyjścia jest założenie, że rynek finansowy jest z gruntu niestabilny i procykliczny, z tendencją do zachowań stadnych. Jego niestabilność jest dodatkowo powiększana przez nadmierną złożoność systemów finansowych i stosowanych modeli biznesowych, a także poprzez innowacje finansowe. Może to niekiedy wymagać odpowiedniej interwencji publicznej zakazującej stosowania określonych rozwiązań w zakresie modeli finansowych czy też zakazu sprzedaży niektórych produktów (tzw. *roll back*). Wewnętrzny ład korporacyjny i wewnętrzne zarządzanie ryzykiem przez instytucje finansowe stają się tym samym elementem podlegającym ocenie i atestacji organów nadzorczych.

Sercem konsensusu bazylejskiego staje się przypisanie fundamentalnej roli perspektywie makroostrożnościowej, a tym samym wezwanie do publicznego zarządzania ryzykiem systemu finansowego. Kluczową podstawę teoretyczną nowego podejścia wywodzi się z keynsofskiej koncepcji błędu złożenia (*fallacy of composition*). Wynika z niej, że zwiększanie bezpieczeństwa poszczególnych instytucji systemu finansowego nie oznacza automatycznie większego bezpieczeństwa systemu jako całości. Przykładowo, zwiększona dywersyfikacja na poziomie indywidualnym nie oznacza zwiększonej dywersyfikacji w systemie jako całości. Wprost przeciwnie, może to prowadzić do zgoła odmiennych wyników. Należy raczej odwrócić porządek rzeczy i wychodząc z potrzeby stabilności finansowej systemu badać potencjalne, płynące do niego z poszczególnych instytucji (*top down approach*) zagrożenia. W tej analizie szczególne miejsce przypisuje się procykliczności, zachowaniom stadnym oraz niekorzystnym efektom zewnętrznym. Perspektywa makroostrożnościowa nadaje więc nowy wymiar sprawowanemu nadzorowi nad rynkiem finansowym oraz przydziela mu nowe zadania.

W ten sposób bezpieczeństwo finansowe staje się domeną publiczną, a nadzór finansowy nad rynkiem – materialny i głęboki. Takie właśnie wnioski wyciągnięto z ogromnych nakładów publicznych poniesionych dla ratowania prywatnych instytucji finansowych w czasie ostatniego globalnego kryzysu finansowego. Podejście to przenosi na państwo ogromną odpowiedzialność i ogromne ryzyko utraty reputacji, z którym będzie się ono musiało zmierzyć. Takie podejście nadaje też nowego znaczenia bankom centralnym, które siłą rzeczy stają się najbardziej naturalną instytucją makroostrożnościową.

Dodatkowo nowy konsensus promuje stosowanie wykonywania nie tylko nadzoru „solo”, lecz także nadzoru nad całymi grupami kapitałowymi oraz nad ich ryzykiem wewnętrznym.

Na czoło środków dyscyplinujących rynek nowy konsensus wynosi dyscyplinę regulacyjną, która ma za zadanie korygować mechanizmy rynkowe. Obejmuje to również zakwestionowanie w określonych sytuacjach zasady niewzruszalności własności prywatnej oraz przyzwolenie na stosowanie w zarządzaniu kryzysowym rozwiązań nacjonalizacyjnych (chodzi tu o tzw. procedury *recovery and resolution*). Jego ważnym uzupełnieniem jest wprowadzenie szczególnych reżimów regulacyjnych dla instytucji systemowo ważnych, zarówno w układzie globalnym, jak i lokalnym.

2. Zmiany pokryzysowej architektury nadzorczej w UE

Europejska odpowiedzią regulacyjno-nadzorczą na ostatni kryzys finansowy w ramach nowego paradygmatu stało się m.in. powołanie do życia Europejskiego Systemu Nadzoru Finansowego. System ten oparty został na dwóch filarach: mikroostrożnościowym i makroostrożnościowym, które pozostawały pomiędzy sobą w stałych relacjach poprzez zarówno pewne przemieszanie członkostwa, jak i stosunki

interinstytucjonalne. Filary mikroostrożnościowy dostarczał niezbędnych informacji pochodzących z działalności nadzorczej oraz był odbiorcą informacji, analiz i rekomendacji pochodzących z nadzoru makroostrożnościowego.

Filar makroostrożnościowy oparto przede wszystkim na Europejskiej Radzie Ryzyka Systemowego. Jej mandat objął nadzór makroostrożnościowy całego systemu finansowego Unii Europejskiej z celem zapobieżenia lub ograniczenia ryzyka systemowego dla stabilności finansowej, które powstaje w ramach systemu finansowego. Wykonując swoje zadania ESRB zajmuje się w szczególności monitorowaniem ryzyka, jego oceną oraz wreszcie przyjmowaniem ostrzeżeń i zaleceń dla podejmowania przez wskazane podmioty określonych działań. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że ostrzeżenia i zalecenia ESRB nie mają charakteru wiążącego dla adresata, a jedynie zobowiązują go do stosowania zasady „działaj albo wyjaśnij” (*comply or explain*). Poza wydawaniem ostrzeżeń i zaleceń ESRB publikuje regularnie wiele opinii i analiz z zakresu swojego mandatu i przekazuje je do użytku publicznego. Implementacja dyrektywy CRD IV oraz rozporządzenia CRR z dniem 1 stycznia 2014 r. nałożyła na ESRB dodatkowe zadania związane z kompetencjami makroostrożnościowymi. Obejmuje to w szczególności wydawanie opinii i rekomendacji dla państw członkowskich odnośnie do zastosowania nowych instrumentów makroostrożnościowych, m.in. bufora antycyklicznego oraz bufora systemowego. Ramy regulacyjne nowo tworzonej unii bankowej naruszają ten klarowny podział na nadzór makroprzypisany do ESRB oraz nadzór mikroprzypisany do nadzorów mikroostrożnościowych. Zgodnie bowiem z art. 5 rozporządzenia ws. utworzenia SSM Europejski Bank Centralny uzyskuje także pewne kompetencje makroostrożnościowe w strefie euro oraz w krajach „bliskiej „współpracy. Obejmują one mianowicie możliwość podniesienia poziomu buforów makroostrożnościowych powyżej poziomu zaproponowanego przez decydentów na poziomie narodowym.

ESRB ma złożoną strukturę organizacyjną, gromadzi przedstawicieli banków centralnych oraz przedstawicieli nadzorów mikroostrożnościowych krajów członkowskich, EBC, KE oraz europejskich agencji nadzorczych. Rada Generalna ESRB liczy obecnie 67 osób, z tym 38 osób z prawem głosu. Dotychczasowa formuła ma widoczne słabości: wyraźną asymetrię bankową; nie przewiduje zaś reprezentacji narodowych instytucji makronadzoru, a także instytucji rezolucyjnych.

Obok ESRB, skoncentrowanej na perspektywie makroostrożnościowej, Europejski System Nadzoru Finansowego został oparty na trzech sektorowych europejskich agencjach nadzorczych: ds. banków (EBA), ds. ubezpieczeń i funduszy emerytalnych (EIOPA) oraz rynków papierów wartościowych (ESMA), a także narodowych urzędach nadzorczych. Europejskim agencjom nadzorczym przypisano szereg funkcji, zwłaszcza w zakresie przygotowywania standardów regulacyjnych, nadzoru, stabilności finansowej oraz ochrony konsumentów. W szczególności działalność tych agencji objęła:

- przygotowywanie projektów standardów technicznych oraz wydawanie zaleceń i rekomendacji mających na celu poprawę jakości regulacji;

- wydawanie opinii dla Parlamentu Europejskiego, Rady oraz Komisji Europejskiej;
- przeprowadzenie mediacji pomiędzy nadzorami krajowymi w przypadku powstania różnic stanowisk;
- działanie na rzecz konwergencji regulacyjnej krajów członkowskich, m.in. poprzez instytucję przeglądów „koleżeńskich”;
- koordynację działań w sytuacjach kryzysowych;
- gromadzenie danych na potrzeby ich działalności.

Istniejący kształt nowej architektury nadzorczej został silnie zakłócony wskutek powołania do życia w 2012 roku europejskiej unii bankowej. Dodatkowym elementem naruszającym istniejącą architekturę nadzorczą w Unii Europejskiej stało się upowszechnienie wśród krajów członkowskich krajowych urzędów nadzoru makroostrożnościowego. Są one coraz ważniejszym partnerem dla ESRB oraz wywołują potrzebę dostosowań istniejącej struktury instytucjonalnej do nowej rzeczywistości nadzorczej.

3. Europejska unia bankowa – przesłanki i składowe

Globalny kryzys finansowy 2007–2009 wywołał wiele inicjatyw globalnych mających służyć ograniczeniu przyszłych zagrożeń, które mogłyby destabilizować system finansowy. Do głównych z nich należą nowe wymogi adekwatności kapitałowej wobec banków, przyjęte w ramach regulacji bazylejskich (tzw. Bazylea III), implementacja specjalnych ram regulacyjnych odnoszących się do instytucji bankowych ważnych systemowo w skali globalnej (tzw. G-SIBs) oraz wdrożenie do nowego paradygmatu regulacyjno-nadzorczego makroostrożnościowej perspektywy.

Można przyjąć, że europejska unia bankowa stanowi w swej istocie oryginalną, „europejską” odpowiedź na kryzys finansowy, która niejako uzupełnia globalne menu, jakie zostało zaproponowane w tym zakresie. Jest ona także częścią szerszego europejskiego programu wewnętrznego – Docelowej Unii Gospodarczej i Walutowej. Obejmuje ona, obok zintegrowanych ram finansowych w postaci unii bankowej, zintegrowane ramy: polityki gospodarczej, budżetowe oraz zapewnienie niezbędnej legitymacji demokratycznej (Zaleska 2015, s. 16–31).

Kryzys finansowy w Unii Europejskiej objawił się przede wszystkim ogromnymi wydatkami publicznymi na ratowanie zagrożonych instytucji bankowych, których ewentualna upadłość mogła rodzić poważne skutki systemowe, przekraczające koszty publicznych programów ratunkowych. W skali UE w okresie 2008–2012 łączna wartość wykorzystanej pomocy publicznej w sektorze bankowym wyniosła ok. 13% PKB z 2012 roku. Wydatki na rekapitalizację banków wyniosły przy tym ponad 400 mld euro, wydatki na gwarancje i wsparcie płynnościowe – ponad 500 mld euro, zaś na wykup toksycznych aktywów przeznaczono blisko 200 mld euro.

Koszty tej publicznej interwencji były przy tym skoncentrowane na kilku wybranych krajach oraz niewielkiej liczbie instytucji bankowych. Aż 60% środków pomocowych zostało skierowanych do sektorów bankowych tylko trzech krajów: Wielkiej Brytanii, Francji i Niemiec, natomiast ponad 50% całej pomocy uzyskało 10 największych banków UE (Szczepańska, Dobrzańska i Zdanowicz, 2015, s. 16–17). Pomoc ta w efekcie stała się m.in. jednym z ważnych czynników generującym kryzys fiskalny w wielu krajach Unii. Zaczęto wówczas coraz częściej mówić o niekorzystnym sprzężeniu zwrotnym pomiędzy kryzysem bankowym a kryzysem finansów publicznych, między stanem banków a stanem państwa oraz o konieczności jego przerwania (*vicious circle between banks and sovereigns*, por. Hellwig, 2014, s. 4).

Europejska unia bankowa została pierwotnie pomyślana jako wspólna przestrzeń bankowa krajów strefy euro opartej na trzech filarach:

- jednolitym mechanizmie nadzorczym (SSM – *Single Supervisory Mechanism*);
- jednolitym mechanizmie uporządkowanej/przymusowej restrukturyzacji i likwidacji banków (SRM – *Single Resolution Mechanism*);
- jednolitym systemie gwarantowania depozytów (SDGS – *Single Deposit Guarantee Scheme*).

Szybko jednak okazało się, że musi być ona na razie zawężona tylko do dwóch pierwszych składowych – SSM i SRM, gdyż nie została uzyskana polityczna zgoda państw członkowskich na SGDS. W efekcie od razu na początku okazało się, że będzie to raczej konstrukcja zajmująca się wyłącznie bankami, nie zaś ich klientami, co niewątpliwie miało wpływ na dalszy kształt projektu, w którym z pola widzenia zniknęły m.in. zagadnienia ochrony konsumentów. Ostatecznie koncepcja europejskiej unii bankowej została przyjęta przez Radę Europejską na spotkaniu w dniu 29 czerwca 2012 roku. Na tym samym spotkaniu zapadła również ważna decyzja dotycząca środków Europejskiego Mechanizmu Stabilizacyjnego, które będą mogły być użyte do bezpośredniego dokapitalizowania banków, z pominięciem drogi budżetowej. W ten sposób operacje te nie będą wpływały na dług publiczny krajów beneficjentów. W listopadzie 2013 r. zostaje przyjęte rozporządzenie w sprawie SSM (Rozporządzenie Rady (UE) nr 1024/2013), a 4 listopada 2014 r. EBC przejmuje bezpośredni nadzór nad wybranymi bankami w strefie euro. Implementacja projektu unii bankowej powoduje, że cały nadzór ostrożnościowy nad bankami w strefie euro o charakterze mikro zostaje przejęty przez Europejski Bank Centralny. Stało się tak w oparciu o art. 127.6 TFUE, który przewidywał możliwość przyznania EBC funkcji nadzoru ostrożnościowego nad instytucjami finansowymi, z wyjątkiem instytucji ubezpieczeniowych.

W ramach SSM Europejski Bank Centralny sprawuje bezpośredni nadzór nad „istotnymi” instytucjami kredytowymi, czyli w istocie takimi, które mają znaczenie systemowe dla systemu finansowego strefy euro, choć nigdzie nie zostało to tak oficjalnie nazwane.

Szczegółowa lista kryteriów objęcia bezpośrednim nadzorem EBC zawiera dwie podstawowe przesłanki:

- wielkość aktywów instytucji przekraczających 30 mld euro,
- wielkość aktywów przekraczająca 20% PKB kraju macierzystego, chyba że jest ona niższa niż 5 mld euro.

Dodatkowo na liście podmiotów nadzorowanych bezpośrednio przez EBC mają znaleźć się po trzy najważniejsze instytucje bankowe z każdego kraju uczestniczącego w unii bankowej oraz ewentualnie inne podmioty uznane przez EBC za „istotne”. Mają się na niej znaleźć także instytucje kredytowe korzystające ze środków pomocowych European Financial Stability Facility lub European Stability Mechanism albo też aplikujące o ich przyznanie.

Ostatecznie od listopada 2014 r. w bezpośrednim nadzorze EBC znalazło się 120 grup bankowych, tworzonych przez blisko 2500 podmiotów, które reprezentują około 80% aktywów całego sektora bankowego strefy euro. Dziesięć największych instytucji bankowych reprezentuje przy tym aż 52% całkowitych aktywów objętych SSM (CEPS, 2014, s. 17).

W pierwszej dziesiątce największych podmiotów bankowych znalazło się aż 5 banków francuskich, 2 holenderskie oraz po jednym z Niemiec, Hiszpanii oraz Włoch.

Tabela 1. Dziesięć największych banków objętych SSM

Nazwa	Aktywa (w mld euro)	Kraj macierzysty
BNP Paribas	1803	Francja
Credit Agricole Group	1709	Francja
Deutsche Bank	1614	Niemcy
Societe General	1237	Francja
Group BPCE	1125	Francja
Banco Santander	1117	Hiszpania
UniCredit	847	Włochy
ING Bank	789	Holandia
Rabobank Group	675	Holandia
Credit Mutuel Group	646	Francja
Razem	11562	–

Źródło: Koleśnik, 2015, s. 121.

Nadzór nad pozostałą częścią systemu bankowego, w której znalazło się blisko 4500 instytucji sprawowany jest nadal przez narodowe instytucje nadzorcze, ale z uwzględnieniem zaleceń, wytycznych oraz instrukcji wydawanych w tym zakresie przez EBC. Urzędy nadzorcze zobowiązane są także do przekazywania do EBC regularnych sprawozdań z wykonywania swoich zadań. Warto podkreślić, że EBC może w każdym momencie przejąć bezpośredni nadzór nad bankiem mniej istotnym z rąk nadzoru narodowego.

Drugim filarem europejskiej unii bankowej jest jednolity system restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji banków, który nazwiemy dla uproszczenia systemem *resolution* lub rezolucyjnym. Ideą wiodącą tego systemu jest zapobieganie upadłościom bankowym lub minimalizowanie ich negatywnych skutków poprzez odpowiednio wcześniejsze przeprowadzanie operacji restrukturyzacyjnych lub likwidacyjnych banków znajdujących się na skraju upadłości. Odbywać się to ma w trybie postępowania pozasądowego, a więc bez konieczności formalnego ogłoszenia niewypłacalności. Zwiększyć to ma finalnie bezpieczeństwo i stabilność europejskiego systemu bankowego, jak również ograniczyć potrzebę użycia środków publicznych dla ratowania instytucji bankowych. Z założenia bowiem koszty restrukturyzacji instytucji bankowych ponosić mają przede wszystkim ich udziałowcy oraz ich wierzyciele, w szczególności ci, którzy nie są przedmiotem specjalnej ochrony, jak np. deponenci mający gwarancje swoich depozytów do wysokości 100 tys. euro.

W preambule do powyższej dyrektywy podkreśla się, że restrukturyzację i uporządkowaną likwidację powinno się przeprowadzać jedynie wówczas, *gdy jest to niezbędne z punktu widzenia interesu publicznego*. Wynika to z faktu, że instrumenty rezolucyjne mogą stanowić ingerencję w prawa własności akcjonariuszy oraz wierzycieli instytucji będących przedmiotem postępowania rezolucyjnego.

Należy zwrócić uwagę, że w odróżnieniu od SSM, który obejmuje jedynie kraje członkowskie strefy euro oraz kraje, które podejmą „bliska współpracę”, zasady i narzędzia restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji muszą być wdrożone w całej przestrzeni europejskiej. Nastąpi to wszakże w różnym wymiarze dla krajów uczestniczących w unii bankowej oraz dla krajów pozostałych. Jak słusznie zauważa J. Koleśnik w efekcie powstaną „w Unii Europejskiej de facto dwa systemy resolution – jeden w ramach unii bankowej oraz drugi będący zbiorem niepowiązanych krajowych mechanizmów resolution pozostałych państw” (Koleśnik, 2015, s. 100).

Bazę prawną dla funkcjonowania jednolitego mechanizmu rezolucyjnego w unii bankowej stanowią, obok wspomnianej dyrektywy, rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 806/2014 z 15 lipca 2014 oraz umowa międzyrządowa z dnia 21 maja 2014 roku. Rozporządzenie określa strukturę instytucjonalną SRM, w tym funkcjonowanie Jednolitego funduszu restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji. Umowa międzyrządowa z kolei precyzuje zasady finansowania tego funduszu.

Mocą ww. rozporządzenia powołana została do życia Jednolita Rada ds. Restrukturyzacji i Uporządkowanej Likwidacji (Single Resolution Board), stanowiąca podstawę funkcjonowania SRM. Jako agencja unijna działa ona niezależnie od poszcze-

gólnych krajów i w interesie ogólnym. Odpowiada jedynie przed Parlamentem Europejskim, Radą Unii Europejskiej oraz Komisją. Jej głównym zadaniem jest, w myśl rozporządzenia, „sporządzanie planów restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz podejmowania decyzji dotyczących istotnych podmiotów lub grup podmiotów, lub grup bezpośrednio nadzorowanych przez EBC lub grup transgranicznych” (Preambuła, Rozporządzenie PE i Rady nr 806/2014/UE). Faktycznie więc pozostawia ona krajowym instytucjom rezolucyjnym krajów należących do unii bankowej możliwość niezależnego działania jedynie w odniesieniu do drugorzędnych instytucji systemu i oczekuje od nich pomocy w działalności Jednolitej Rady. Rada może powierzyć wykonanie niektórych zadań krajowym instytucjom rezolucyjnym, wszakże jeśli plan restrukturyzacji przewiduje użycie środków z Jednolitego funduszu restrukturyzacji, wówczas ostateczne przyjęcie programu należy do wyłącznej kompetencji Jednolitej Rady. Rada może także poddać swojej jurysdykcji dowolną instytucję finansową z kraju członkowskiego unii bankowej. Wynika z tego, że jej uprawnienia zostały zakreślone bardzo szeroko. Warto jednak zwrócić uwagę, że wskutek braku legitymacji traktatowej decyzje Rady muszą być autoryzowane przez Komisję Europejską i Radę Unii Europejskiej.

Sercem SRM jest Jednolity fundusz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji, który ma zapewnić prawidłowe funkcjonowanie jednolitego mechanizmu restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji. Jak zapisano w Preambule do wymienionego Rozporządzenia, „Jeśli finansowanie restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji ma pozostać kwestią krajową w dłuższej perspektywie, związek pomiędzy państwami a sektorem bankowym nie zostanie przerwany, a inwestorzy nadal będą ustalać warunki pożyczek raczej w zależności od miejsca siedziby banków niż ich zdolności kredytowej” (Preambuła, Rozporządzenie PE i Rady nr 806/2014/UE).

Podstawowym źródłem finansowania funduszu będą składki płacone przez objęte jego ochroną banki oparte na zasadzie finansowania *ex ante*. Nadto przewiduje się możliwość korzystania przez niego z pożyczek od innych funduszy rezolucyjnych spoza krajów członkowskich oraz innych instytucji, a także dochody z inwestycji kapitałowych pochodzących ze zgromadzonych środków. Składki będą gromadzone przez krajowe instytucje rezolucyjne i stamtąd przekazywane na poziom unijny. Uwspólnianie środków gromadzonych w krajowych systemach rezolucyjnych ma nastąpić stopniowo w okresie 8 lat, licząc od 1 stycznia 2016 roku. Na koniec wymienionego okresu wartość środków funduszu ma wynieść około 55 mld euro, czyli ok. 1% wartości zgromadzonych w bankach gwarantowanych depozytów. Dodatkowo Jednolity fundusz będzie mógł także wykorzystać środki zgromadzone w Europejskim Mechanizmie Stabilizacyjnym w wysokości 60 mld euro.

Reasumując, można powiedzieć, że ze swej ekonomicznej istoty jest rzeczony fundusz pewnego rodzaju urządzeniem kolektywnej reasekuracji ryzyka upadłości objętych nim instytucji. Powiela on w jakimś sensie pozytywne doświadczenia związane z działaniem systemów ochrony depozytów bankowych, szeroko obecnie

rozpowszechnionych w świecie. Może też spełniać funkcję pewnego instrumentu dyscypliny rynkowej, jeśli zostanie odpowiednio zbudowana jego współpraca z sektorem bankowym, a także poprzez zastosowany system finansowania oparty na ryzyku generowanym przez instytucję.

4. Europejska unia bankowa – próba wstępnej oceny

Wdrożenie w życie tak złożonego projektu, jakim jest europejska unia bankowa, rodzić może różnorakie skutki. Z pewnością powołanie jej do życia stanowi zasadniczą zmianę europejskiego paradygmatu nadzorczego. Opierał się on dotychczas przede wszystkim na symetryczności rozwiązań stosowanych we wszystkich sektorach rynku finansowego, zasadzie prymatu nadzoru kraju macierzystego, jednolitej licencji oraz minimalnej harmonizacji, a więc tym samym konkurencji regulacyjnej. W nowych uwarunkowaniach na obszarze unii bankowej znika, co do zasady, podział na nadzory macierzyste, goszczące i związane z tym uwarunkowania, w tym potencjalny konflikt interesów nadzorów narodowych. W to miejsce wkracza jednolity nadzór bankowy scentralizowany na poziomie Europejskiego Banku Centralnego. Pozwolić to powinno na lepszą realizację jego funkcji w przestrzeni całej unii bankowej, z racji na pełniejszą informację nadzorczą oraz sprawniejsze postępowanie administracyjne. Likwidacji ulegną więc na jej terenie kolegia nadzorcze w dotychczasowej formule jako podstawowy instrument bieżącej koordynacji działalności nadzorczej w skali transgranicznej. Ograniczeniu ulegnie również możliwość politycznego oddziaływania przez kraje członkowskie na instytucje bankowe z centralami zlokalizowanymi na ich terytorium, a tym samym także siła niekorzystnego sprzężenia zwrotnego między stanem finansów państwa a jego instytucjami bankowymi. „Bliskie” współzycie obydwu podmiotów stanie się z pewnością mniej atrakcyjne, choć nie należy oczekiwać, że znikną wszelkie bodźce w tym zakresie. Oznaczać to może, że ograniczone zostanie zjawisko pobłażliwości nadzorczej (*supervisory forbearance*), polegające na braku odpowiednich reakcji władz nadzorczych na zauważone zjawiska negatywne, a mające swoje źródła w owym „bliskim” współzyciu obydwu instytucji. Zniknie też, w sposób oczywisty, na terenie europejskiej unii bankowej międzynarodowa konkurencja nadzorcza, a także skutek implementacji projektu *single rule book*, ograniczona zostanie konkurencja regulacyjna. Jej istnienie, obok zasady prymatu nadzoru kraju macierzystego, stanowiło przez wiele lat świadomy wyróżnik polityki wobec sektora finansowego realizowanej w Unii Europejskiej. Dodatkowo realizacja unii bankowej tworzy obok SSM nowy ośrodek nadzoru w postaci SRM. SSM oraz SRM stają się podstawowymi filarami nadzorczymi bankowości w krajach strefy euro.

5. Co dalej?

Przeprowadzona analiza wskazuje na fakt, że europejska unia bankowa stanowi jeden z najbardziej istotnych i ambitnych projektów realizowanych przez Unię Europejską w ostatnich latach. Nosi on w sobie potencjał ogromnych zmian, które mogą zostać wywołane zarówno w samej strefie euro, jak i poza nią – w przestrzeni całej Unii Europejskiej. Jest to teoretycznie projekt adresowany jedynie do sektora bankowego, ale jego implikacje mają znacznie szerszy wymiar. Siłą rzeczy, wskutek powiązań istniejących na rynku finansowym oraz wśród instytucji finansowych, dotyka on także sektorów pozabankowych. Zmieniając paradygmat regulacyjno-nadzorczy w odniesieniu do sektora bankowego, wywołuje on równocześnie pewne oczekiwania i presje w innych fragmentach tego rynku. Zmieniając rolę Europejskiej Agencji Bankowej oddziałuje jednocześnie na postrzeganie i rolę odgrywaną przez pozostałe agencje regulacyjne sektora finansowego.

W ostatnim okresie mamy do czynienia z przyspieszeniem inicjatyw legislacyjnych w rozpatrywanym obszarze. W wydanym we wrześniu 2017 roku komunikacie Komisji Europejskiej w sprawie wzmocnienia zintegrowanego nadzoru dla europejskiej unii kapitałowej oraz integracji finansowej przewiduje się m.in. przekazanie wielu nowych prerogatyw w zakresie bezpośredniego wykonywania funkcji nadzorczych przez Europejską Agencję Nadzoru nad Rynkiem Kapitałowym (ESMA) (Reinforcing, 2017). Obejmować to ma cztery nowe obszary nadzorcze, obok istniejących już uprawnień nadzorczych nad agencjami ratingowymi:

- nadzór nad gromadzeniem danych transakcyjnych oraz benchmarkami używanymi na rynkach kapitałowych;
- nadzór nad zatwierdzaniem niektórych kategorii prospektów emisyjnych emitentów z UE oraz wszystkich prospektów emisyjnych wydawanych przez podmioty z krajów trzecich;
- licencjonowanie i nadzór nad funduszami inwestycyjnymi regulowanymi na poziomie unijnym (European Venture Capital Funds, European Social Entrepreneurship Funds, European Long Term Investment Funds);
- nadzór nad Centralnymi Podmiotami Rozliczeniowymi (CCP).

Ma to stanowić istotny krok w kierunku zbudowania jednolitego mechanizmu nadzorczego na potrzeby unii kapitałowej.

W komunikacie przewiduje się także istotne zmiany w kompetencjach europejskich agencji nadzorczych w zakresie wzmocnienia ich roli w procesie konwergencji nadzorczych, m.in. poprzez niezależne przeglądy działalności narodowych urzędów nadzoru oraz ustalanie europejskich priorytetów nadzorczych. Dodatkowo agencje te będą monitorowały praktyki nadzorów narodowych w zakresie przekazywania funkcji biznesowych w outsourcingu poza obszar UE dla zapewnienia odpowiedniego zarządzania ryzykiem i unikania obchodzenia przepisów. W komunikacie przewiduje się także nowe uprawnienia dla Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubez-

pieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA) w procesie walidacji modeli wewnętrznych, co ma poprawić nadzór nad dużymi podmiotami ubezpieczeniowymi. Presja na centralizację nadzoru ubezpieczeniowego na poziomie europejskim pojawia się coraz wyraźniej, szczególnie w sytuacji oczekiwanego brexitu. Wskazuje się wszakże, że realizacja takiego projektu mogłaby mieć inny charakter niż w przypadku unii bankowej i objąć na pierwszym etapie wyłącznie duże firmy transgraniczne (Schoenmaker, 2016). Łatwiej wówczas byłoby także o znalezienie właściwej podstawy formalnej takiego rozwiązania. W dłuższym horyzoncie coraz bardziej prawdopodobny jest scenariusz konsolidacji nadzoru finansowego na poziomie europejskim w dwóch centrach – jednym, które będzie odpowiadać za nadzór ostrożnościowy oraz drugim, które przejmie nadzór nad zachowaniami rynkowymi i ochroną konsumentów.

Bibliografia

- Baker, A. (2013). The New Political Economy of the Macroprudential Ideational Shift. *New Political Economy*, 18(1), 112–139.
- Dyrektywa PE i Rady 2014/59/UE z dnia 15 maja 2014 r. ustanawiająca ramy na potrzeby prowadzenia działań naprawczych oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych oraz zmieniająca dyrektywę Rady 82/891/EWG i dyrektywy PE i Rady 2001/24/WE, 2002/47/WE, 2004/25/WE, 2005/56/W, 2007/36/WE, 2011/30/UE, 2013/36/UE oraz Rozporządzenia PE i Rady (UE) nr 1093/2010 i UE nr 648/2012 (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. Urz. UE L 173/190 PL12.6.2014).
- Eatwell, J. (2009). Practical proposals for regulatory reform. W: P. Subacchi, R. Monsarrat (red.), *New ideas for the London summit: recommendations to the G20 leaders*, Royal Institute for International Affairs (s. 11–15). Chatham: The Atlantic Council.
- Ferran, E. (2014). European banking union: imperfect but it can work. University of Cambridge. *Faculty of Law Research Paper*, 30.
- Helleiner, E.-A. (2010). Bretton Woods moment? The 2007–2008 crisis and the future of global finance. *International Affairs*, 86(3), 619–636, May.
- Hellwig, M. (2014). *Yes Virginia, There is a European Banking Union! But It May Not Make Your Wishes Come True*. Bonn: Max Planck Institute for Research on Collective Goods.
- KE. (2014). Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the mission and organisation of the European Systemic Risk Board (ESRB){SWD(2014) 260 final}, Brussels, 8.08 (COM(2014)508 final).
- KE. (2017). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Central Bank, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Reinforcing integrated supervision to strengthen Capital Markets Union and financial integration in a changing environment, Brussels, 20.09 (COM(2017)542 final).
- Koleśnik, J. (2015). Jednolity mechanizm restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji. W: M. Zaleska (red.), *Europejska unia bankowa* (s. 99–124). Warszawa: Difin.

- Rozporządzenie PE i Rady (UE) nr 806/2014 z 15 lipca 2014 ustanawiające jednolite zasady i jednolitą procedurę restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji instytucji kredytowych i niektórych firm inwestycyjnych w ramach jednolitego mechanizmu restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz jednolitego funduszu restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji oraz zmieniające rozporządzenie PE i Rady(UE) nr 1093/2010 (Dz. Urz. UE L 225/1 PL30.7.2014).
- Rozporządzenie Rady (UE) nr 1024/2013 z 15 października 2013 powierzające EBC szczególne zadania w odniesieniu do polityki związanej z nadzorem ostrożnościowym nad instytucjami kredytowymi (Dz. Urz. UE L 287/63 PL29.10.2013).
- Schoenmaker, D. (2014). The European banking union landscape. *DSF Policybrief*, 35, October.
- Schoenmaker, D. (2016). European insurance union and how to get there. *Bruegel, Policybrief*, 4 December.
- Szczepańska, O., Dobrzańska, A. i Zdanowska, B. (2015). *Resolution, czyli nowe podejście do banków zagrożonych upadłością*. Warszawa: NBP.
- Zaleska, M. (2015). Zintegrowane ramy finansowe – koncepcja i wyzwania. W: M. Zaleska (red.), *Europejska unia bankowa*. Warszawa: Difin.

ŁUKASZ ZOŃ*

Proces zawarcia umowy ubezpieczenia w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – uwagi praktyczne

Streszczenie

Prowadzone od kilku lat w UE prace nad zmianami legislacyjnymi w zakresie sposobu działania podmiotów rynku ubezpieczeniowego, przybrały ostatecznie kształt dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń, zakładającej odpowiednie implementacje zasad tejże dyrektywy do krajowych systemów prawnych.

Wprowadzone przez polskiego ustawodawcę, ustawą z 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, zasady działalności podmiotów doradzających przy czynnościach zawierania umów ubezpieczenia, zawierających także umowy (w imieniu klienta lub zakładu ubezpieczeń), pomocy w administrowaniu umowami oraz ich wykonywaniu, tworzą nowe ramy prawne działalności wszystkich podmiotów rynku ubezpieczeniowego, a także odpowiedzialności za niewystarczające realizowanie obowiązków stąd wypływających.

Słowa kluczowe: agent, broker ubezpieczeniowy, dyrektywa UDD, dystrybucja ubezpieczeń, podmiot działalności i odpowiedzialność podmiotów dystrybucyjnych.

Abstract

For a number of years the work on legislative changes in the European Union in the field of operation of insurance market entities in EU countries, ultimately assumed the shape of the insurance distribution directive, assuming appropriate implementation of the directive's principles into national legal systems.

The Act on Insurance Distribution introduced by the Polish legislator (December 15, 2017), regarding operating principles of entities, advising on insurance contract activities, including contracts (on behalf of a client or insurance company), and assistance in administering contracts and their implementation, had created a new legal framework for the operation of all entities the insurance market. And also the responsibility for insufficient fulfillment of the obligations arising from it.

Keywords: agent, insurance broker, UDD Directive, insurance distribution, business entity and liability of distribution entities.

* Łukasz Zoń – Prezes Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.

Wprowadzenie

Ogłoszenie w dniu 29 grudnia 2017 r. ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r o dystrybucji ubezpieczeń¹ kończy kilkuletni proces prac związanych ze zmianami legislacyjnymi w zakresie sposobu działania podmiotów rynku ubezpieczeniowego przy oferowaniu ubezpieczeń. Prac, które rozpoczęły się w Unii Europejskiej z zamiarem modyfikacji dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym² i które przybrały kształt nowej dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń³, a zakończyły się implementacją nowych rozwiązań w zakresie dystrybucji ubezpieczeń do polskiego prawa. Rozwiązań, które dotyczą zakładów ubezpieczeń, agentów ubezpieczeniowych, agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające lub brokerów ubezpieczeniowych (dystrybutorów ubezpieczeń), którzy wykonują działalność polegającą na:

- 1) doradzaniu, proponowaniu lub wykonywaniu innych czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych;
- 2) zawieraniu umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych w imieniu zakładu ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz klienta albo bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń;
- 3) udzielaniu pomocy przez pośrednika ubezpieczeniowego w administrowaniu umowami ubezpieczenia lub umowami gwarancji ubezpieczeniowych i ich wykonywaniu, także w sprawach o odszkodowanie lub świadczenie (dystrybucja ubezpieczeń) (zob. art. 4 ust. 1 UDD).

Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń stworzyła nowe ramy prawne dla działalności wszystkich podmiotów rynku ubezpieczeń i właściwe wypełnienie ich praktyczną treścią będzie kluczowe ze względu nie tylko na zwiększone koszty, lecz także ich odpowiedzialność. Nowe obowiązki trzeba nałożyć na dotychczasową praktykę, dokonując właściwej oceny wprowadzanych rozwiązań pod kątem zabezpieczenia interesów klienta. Przepisy ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w ślad za dyrektywą, skupiają się przede wszystkim na wzmocnieniu sytuacji klientów w fazie zawierania umowy ubezpieczenia, a nowe obowiązki dystrybutorów ubezpieczeń w tym zakresie można podzielić na:

- obowiązki w zakresie tworzenia produktów ubezpieczeniowych,
- obowiązki w zakresie identyfikacji potrzeb klienta,
- obowiązki informacyjne.

¹ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486) – dalej: UDD.

² Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz.U. L 9 z 15 stycznia 2003 r., s. 3) – dalej: IMD.

³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. L 26 z 2 lutego 2016 r., s. 19) – dalej: IDD.

Suma działań w każdym z powyższych obszarów składać się będzie na nową rzeczywistość rynku ubezpieczeń, a poprzez powszechność i ujednoczenie wymagań w odniesieniu do wszystkich działających na nim podmiotów tworzyć nowe warunki konkurencji.

1. Sposób działania dystrybutora ubezpieczeń

Obecnie przyjęte rozwiązania poważnie ingerują w dotychczas przyjmowane koncepcje dotyczące sposobu działania dystrybutorów ubezpieczeń. Dotychczas obowiązująca koncepcja, różnicowała postawę dystrybutora w zależności od roli, jaką odgrywał w procesie sprzedaży produktów i odnosiła się do przyjętego w dyrektywie unijnej IMD podziału na pośredników zależnych i pozostałych, który jest podziałem przedmiotowym, zależnym od charakteru relacji zarówno z ubezpieczycielem, jak i z klientem w danym stosunku ubezpieczenia. Polski ustawodawca, implementując dyrektywę IMD do polskiego porządku prawnego, pozostał jednak przy podziale podmiotowym pośredników, przyjmując tradycyjny i wynikający z dotychczasowych przepisów podział pośredników na agentów, multiagentów i brokerów⁴. Przyjęcie koncepcji podziału podmiotowego pośredników w Polsce i ich ścisłego „przyporządkowania” do danej strony stosunku ubezpieczeniowego, nie mieszczące się wprost w ramach dotychczas nakreślonych przez prawo europejskie, spowodowało konieczność zmiany, dotychczas przyjmowanej w polskim prawie koncepcji działania agentów w interesie ubezpieczycieli (wynikające z brzmienia art. 760 k.c.⁵) oraz brokerów w interesie klientów. Takim odstępstwem od dotychczasowych zasad był art. 26 ust. 1 pkt 6) ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, w którym stwierdza się wprost, że broker ubezpieczeniowy jest obowiązany wykonywać działalność z poszanowaniem interesów stron umowy ubezpieczenia.

Obecnie obowiązujące przepisy IDD utrzymują dotychczasową koncepcję podziału na pośredników zależnych i niezależnych⁶ i brak regulacji w zakresie możliwości występowania pośrednika w danej roli, utrzymując przedmiotowy podział pośredników ubezpieczeniowych, natomiast polska ustawa o dystrybucji utrzymała podział podmiotowy pośredników. Zasadniczo zmienia się jednak sposób działania wszystkich dystrybutorów. Zgodnie z art. 7 UDD dystrybutor ubezpieczeń, wykonując dystrybucję ubezpieczeń, postępuje uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie,

⁴ Zob. art. 24 ust. 1 pkt. 1) i 2) z zastrzeżeniem art. 24 ust. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. Nr 124, poz. 1154 ze zm.).

⁵ Art. 760 k.c. *Każda ze stron obowiązana jest do zachowania lojalności wobec drugiej.*

⁶ Zgodnie z pkt 17 preambuły pośrednikami zależnymi (*tied insurance intermediaries*) są pośrednicy ubezpieczeniowi mający umowy obowiązek prowadzenia działalności z zakresu dystrybucji ubezpieczeń wyłącznie na rzecz jednego lub większej liczby zakładów ubezpieczeń. W związku z powyższym należy uznać, że pośrednikami zależnymi w polskim systemie prawnym są agenci, multiagenci, a pośrednikami niezależnymi są brokerzy ubezpieczeniowi.

zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów, a sposób jego wynagradzania nie może być sprzeczny z powyższym obowiązkiem, w szczególności dystrybutor ubezpieczeń nie może dokonywać ustaleń dotyczących wynagrodzeń, celów sprzedaży lub innych ustaleń, które mogłyby stanowić zachętę do proponowania klientowi określonej umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej, w sytuacji gdy dystrybutor ubezpieczeń mógłby zaproponować inną umowę, która lepiej odpowiadałaby potrzebom klienta. Oznacza to, i to na poziomie całej Unii Europejskiej, odejście od dotychczasowych koncepcji. Obowiązujący przed akcesją do UE wyłącznie polskich brokerów ubezpieczeniowych ustawy wymóg działania wyłącznie w interesie klientów, wymusi zmiany modelu sprzedaży na całym rynku. W konsekwencji zmienią się również prawne zobowiązania wynikające z zawartych umów o pośrednictwo. Przyjęte rozwiązanie jako charakterystyczne dla idei konsumeryzmu, jest najpoważniejszą ingerencją ustawodawcy w dotychczasową praktykę i będzie miała bardzo daleko idące konsekwencje także w zakresie możliwości działania niezadowolonych klientów. Wszelkie pozostałe obowiązki dystrybutorów będzie trzeba oceniać właśnie z tego punktu widzenia.

2. Tworzenie produktów ubezpieczeniowych

Podmiotami tworzącymi produkt ubezpieczeniowy mogą być zakłady ubezpieczeń, brokerzy ubezpieczeniowi oraz agenci ubezpieczeniowi. Ustawodawca nakłada na tworzących produkty ubezpieczeniowe szereg obowiązków związanych z zastosowaniem odpowiednich procesów zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego i jego istotnych dostosowań przed wprowadzeniem go do obrotu. Przy czym proces zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego jest proporcjonalny i odpowiedni do charakteru tego produktu (por. art. 11 UDD). Konieczność wypracowania stosownego modelu postępowania będzie musiała także uwzględniać praktykę organu nadzoru w tym zakresie. Wskazać w tym miejscu należy, że pojawiają się także rozporządzenia delegowane do dyrektywy. Jedno z nich dotyczy właśnie nadzoru i zarządzania produktem⁷. Rozporządzenie obowiązuje wprost i w związku z powyższym dotychczasowe rozwiązania, funkcjonujące na naszym rynku w odniesieniu do zarządzania produktem, będą musiały ulec stosownej modyfikacji (por. KNF, 2016; 2016a).

W sposób naturalny podmiotami tworzącymi produkty ubezpieczeniowe są przede wszystkim zakłady ubezpieczeń, jednak dopuszczając wprost możliwość tworzenia produktów ubezpieczeniowych także przez agentów i brokerów, ustawodawca usuwa pojawiające się dotychczas w praktyce wątpliwości, co do możliwości wprowadzania pod naciskiem brokerów zmian, np. do ogólnych warunków

⁷ Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 341 z 20.12.2017, s. 1).

ubezpieczenia czy też tworzenia przez agentów własnych rozwiązań i poszukiwania wyłącznie odpowiedniej pojemności. Pamiętać przy tym należy, że zgodnie z rozporządzeniem w zakresie nadzoru i zarządzania produktem pośredników ubezpieczeniowych uznaje się za twórców w przypadkach, w których z całościowej analizy ich działalności wynika, że pełnią oni decyzyjną funkcję w tworzeniu i opracowywaniu produktu ubezpieczeniowego przeznaczonego na dany rynek, tj. zwłaszcza gdy samodzielnie określają oni najważniejsze cechy i główne elementy produktu ubezpieczeniowego, w tym zakres ubezpieczenia, cenę, koszty, ryzyko, rynek docelowy i prawa do odszkodowania i gwarancji, które nie są znacząco modyfikowane przez zakład ubezpieczeń zapewniający ochronę ubezpieczeniową. Najważniejsze jest jednak to, że za tworzenie nie uznaje się personalizacji i dostosowywania istniejących produktów ubezpieczeniowych w kontekście działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń dla indywidualnych klientów ani też opracowywania dostosowanych do potrzeb umów na wniosek pojedynczego klienta⁸.

Zaliczenie brokerów i agentów do kategorii podmiotów tworzących produkty ubezpieczeniowe oznacza także, że nie tylko zakłady ubezpieczeń, lecz także pośrednicy, tworząc dane rozwiązania spełniające przedstawione powyżej kryteria w zakresie tworzenia produktu, będą musieli przygotowywać „Dokument zawierający informacje o umowie ubezpieczenia”. Zgodnie z UDD, informacje o umowie ubezpieczenia lub umowie gwarancji ubezpieczeniowej, o których mowa w dziale II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, są przekazywane w postaci ustandaryzowanego dokumentu zawierającego informacje o tej umowie sporządzonego przez zakład ubezpieczeń, brokera ubezpieczeniowego lub agenta ubezpieczeniowego, którzy tworzą produkt ubezpieczeniowy. Jest to kolejne wyzwanie dla wszystkich twórców produktów ubezpieczeniowych, gdyż wymagania ustawowe co do jego kształtu wzajemnie się wykluczają. Z jednej strony ma to być krótki i odrębny dokument o przejrzystym układzie, z drugiej zaś – wymagana przez prawo zawartość dokumentu sprawia, że powinien on stanowić właściwie powtórzenie wszystkich warunków ubezpieczenia. Najważniejszym zadaniem stojącym przed dystrybutorem jest w tej sytuacji uświadomienie klientowi, że dokument ten nie jest w żadnym razie częścią umowy ubezpieczenia. Ustawodawca wymaga wprawdzie zamieszczenia w nim wzmianki o tym, że pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne dotyczące umowy podane są w innych dokumentach, niemniej jednak za podstawowe niebezpieczeństwo w zakresie stosowania dokumentu informacyjnego należy uznać to, że klienci mogą traktować go jako część umowy ubezpieczenia i wywodzić z jego treści skutki prawne w zakresie warunków ochrony. Zwrócić jednak należy także uwagę, że klient może uzyskać osobne uprawnienie wynikające z samej treści dokumentu, jeżeli wykáže nieprawidłowości w tym zakresie.

⁸ Por. art. 3 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń.

3. Identyfikacja potrzeb klienta

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej dystrybutor ubezpieczeń określa, na podstawie uzyskanych od klienta informacji, jego wymagania i potrzeby oraz podaje w zrozumiałej formie obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym, w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomej decyzji (por. art. 8 ust. 1 UDD). Obowiązki wszystkich dystrybutorów w zakresie identyfikacji potrzeb klienta stanowią kolejne wyzwanie dla rynku. Bez względu na przyjęty sposób działania (analiza majątku, ankieta, analiza polis, wywiad z klientem) jest to kolejny element procesu zawierania umowy ubezpieczenia, dzięki któremu klient uzyskuje dodatkową informację, ale również uzyskuje możliwość powołania się na uchybienie dystrybutora w tym zakresie, gdyż wprawdzie ani określanie potrzeb i wymagań klienta, ani przekazanie stosownych informacji na temat produktu ubezpieczeniowego nie stanowią części umowy ubezpieczenia, to jednak sporządzenie ich i przekazanie klientowi należy do obowiązków dystrybutora czy też twórcy produktu i z tego punktu widzenia, nie wchodząc w kwestie konsekwencji administracyjnych w zakresie posiadanego zezwolenia, działania te będzie trzeba oceniać z punktu widzenia wykonania zobowiązań kontraktowych. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że analiza potrzeb nie jest doradztwem (poradą). W tym miejscu należy stwierdzić, że dla brokerów ubezpieczeniowych jest to najmniej dolegliwa zmiana wynikająca z nowych przepisów. Od zawsze praktyka brokerska opierała się właśnie na właściwym przeprowadzeniu postępowania zmierzającego do określenia jakiego zakresu ochrony potrzebuje każdy klient. W nowym stanie prawnym proces identyfikacji potrzeb wymaga od brokerów jedynie pewnego sformalizowania i sporządzenia odrębnej analizy.

4. Zgodność umowy z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ubezpieczenia

Ważnym dla praktyki wykonywania dystrybucji ubezpieczeń jest implementowany w ślad za dyrektywą zapis art. 8 ust. 3 UDD, zgodnie z którym proponowana umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej lub ochrony gwarancyjnej. Obowiązki w zakresie identyfikacji potrzeb i działania w interesie klienta prowadzą właśnie do tego, aby można było osiągnąć określony w przepisie cel. Z praktycznego punktu widzenia jasnym jest jednocześnie, że powyższy przepis należy wyklądać celowościowo. Nie da się zawrzeć umowy ubezpieczenia zaspokajającej w pełni wymagania i potrzeby poszukującego ochrony, gdyż jest to po prostu niemożliwe. Działania związane z dystrybucją ubezpieczeń będą musiały być skierowane na to, aby oferta ubezpieczenia nie zawierała elementów, które klientowi nie są potrzebne i jednocześnie w jak najlepszy sposób zabezpieczała jego interesy. Przed doktryną, judykaturą i nadzorem stoi zadanie takiego ukształ-

towania praktyki wykonywania przepisu, który będzie odnosił się do realizacji tego celu. Podstawowy problem praktyczny sprowadzać się będzie do tego, jaki zakres informacji o niezgodnościach z potrzebami i wymaganiami klienta będzie wymagany przy prezentacji produktu. Należy jednak mieć na uwadze, że jakiegokolwiek bardziej rygorystyczne interpretowanie przepisu bardzo łatwo skutkować wypaczeniami przy jego stosowaniu. Skutki dowolnego korzystania z określonego zobowiązania mogą się obrócić przeciwko ogółowi klientów, powodując z jednej strony wzrost kosztów, z drugiej zaś – ograniczenie i uproszczenie oferty.

5. Obowiązki informacyjne i konflikt interesów

Rozbudowanie obowiązków informacyjnych sprawia, że w nowym stanie prawnym klienci uzyskują pozycję, której nie mieli dotychczas.

Obok przedstawionych powyżej obowiązków wynikających z tworzenia produktów ubezpieczeniowych oraz analizy potrzeb, obowiązki informacyjne dystrybutora ubezpieczeń dotyczą przekazania informacji ogólnych o dystrybutorze oraz dotyczących charakteru, w jakim występuje on wobec klienta i zakładu ubezpieczeń, w tym czy prowadzi on doradztwo, przekazania informacji związanych z zarządzaniem konfliktem interesów i transparentnością oraz poszerzonych informacji w przypadku dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych.

Z uwagi na pozostawienie w ustawie podmiotowego podziału pośredników wprowadzenie obowiązków informacyjnych o dystrybutorze wynika wyłącznie z konieczności implementacji przepisów dyrektywy. Korzystając z brokerskiego bądź agencyjnego kanału dystrybucji, polski klient ma pewność co do umiejscowienia tego pośrednika w systemie i charakteru łączących go stosunków z ubezpieczycielem. Dodatkowo obowiązek działania każdego dystrybutora zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta powoduje, że z tego punktu widzenia najistotniejszymi informacjami są te związane z transparentnością i zapobieganiem konfliktowi interesów, tj. ewentualnymi powiązaniem kapitałowymi pośrednika z zakładem ubezpieczeń oraz charakteru otrzymywanego wynagrodzenia.

W zakresie obowiązku przekazania specjalnego, poszerzonego pakietu informacji ustawa wymaga m.in. od dystrybutorów ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych, aby przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w grupie 3 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informuje poszukującego ochrony ubezpieczeniowej również o wysokości wskaźnika kosztów dystrybucji⁹

⁹ Por. art. 3 ust. 1 pkt 21 UDD – *wskaźnik kosztów dystrybucji – wyrażony procentowo z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku iloraz przyjętych przy tworzeniu produktu kosztów akwizycji, o których mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń, dla danej umowy ubezpieczenia oraz sumy należnych składek ubezpieczeniowych z tytułu danej umowy ubezpieczenia w rekomendowanym minimalnym okresie trwania umowy.*

związanych z proponowaną umową. Można więc powiedzieć, że w zakresie ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym klient uzyskuje pełną informację o kosztach.

W zakresie implementacji obowiązków informacyjnych, pomimo że zakres tych obowiązków jest zakreślony w dyrektywie bardzo szeroko skorzystano jednak z możliwości ograniczenia obowiązków informacyjnych tylko do obrotu konsumenckiego. Za słuszością takiego rozwiązania przemawia praktyka, która pokazuje, że w obrocie profesjonalnym, z uwagi m.in. na większą stałość stosunków, zakreślone obowiązki informacyjne są niepotrzebne, natomiast wymagania klientów w odniesieniu do prezentacji przez dystrybutora produktów ubezpieczeniowych są dostosowane do ich indywidualnych potrzeb i w niektórych aspektach przekraczają wymogi ustawowe.

Dodatkowo należy z uznaniem odnotować przyjętą w ustawie możliwość przekazywania informacji na trwałym nośniku informacji innym niż papier¹⁰ lub też za pomocą strony internetowej¹¹. Wydaje się, że warunki, pod jakimi można przekazać klientom informacje w innej formie niż na piśmie, są tak rozbudowane, że nie może być mowy o jakimkolwiek zagrożeniu dla klientów w dostępie do informacji. Poza tym klient zawsze ma prawo zażądać przekazania informacji na piśmie.

6. Rekomendacja (porada) brokerska

Zgodnie z art. 20 ust. 1 in fine i ust. 2 IDD w przypadku świadczenia doradztwa przed zawarciem każdej konkretnej umowy dystrybutor ubezpieczeń udziela klientowi zindywidualizowanej rekomendacji, wyjaśniając, dlaczego dany produkt najlepiej spełnia wymagania i potrzeby klienta, a informacje te dostosowuje się do stopnia złożoności proponowanego produktu ubezpieczeniowego oraz rodzaju klienta. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń nakłada na brokerów ubezpieczeniowych przed zawarciem

¹⁰ Informacje mogą być przekazane za pomocą innego trwałego nośnika:

- 1) na żądanie poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub klienta, pod warunkiem że dystrybutor ubezpieczeń zapewnił mu wybór między informacjami w formie papierowej a informacjami na innym trwałym nośniku oraz
- 2) w przypadku innego trwałego nośnika wymagającego dostępu do Internetu – jeżeli poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub klient posiada regularny dostęp do Internetu.

¹¹ Informacje mogą być przekazane za pośrednictwem strony internetowej, jeżeli:

- 1) są skierowane bezpośrednio do poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub klienta lub
- 2) zostały spełnione następujące warunki:
 - a) poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub klient wyraził zgodę na przekazanie tych informacji za pośrednictwem strony internetowej;
 - b) poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub klient posiada regularny dostęp do Internetu;
 - c) poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub klient został powiadomiony drogą elektroniczną o adresie strony internetowej oraz miejscu na tej stronie, gdzie zostały udostępnione te informacje;
 - d) dystrybutor zapewni dostępność tych informacji na stronie internetowej w okresie, w którym poszukujący ochrony ubezpieczeniowej albo klient może, w normalnych okolicznościach, mieć potrzebę zapoznania się z nimi.

umowy ubezpieczenia lub gwarancji obowiązek udzielenia porady, w oparciu o rzetelną analizę dostępnych na rynku produktów ubezpieczeniowych w liczbie wystarczającej do opracowania rekomendacji najwłaściwszej umowy, oraz wyjaśnienia podstawy, na których opiera się rekomendacja, uwzględniając złożoność umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej oraz rodzaj klienta, chyba że klient złoży pisemne oświadczenie o rezygnacji z udzielenia porady (por. art. 32 ust. 1 pkt 4 UDD). Oznacza to, że wreszcie w polskiej rzeczywistości przyjęto, w ślad za obowiązującym także pod rządami IMD, rozwiązanie dające z jednej strony brokerom dosyć dużą swobodę w kształtowaniu charakteru oraz zakresu porady, gdyż analiza będąca podstawą porady może być dokonana właściwie na każdym etapie wykonywanej usługi, na podstawie praktyki w zakresie zawierania umów ubezpieczenia danego rodzaju. Z drugiej jednak strony takie ukształtowanie rekomendacji brokerskiej odbywa się z korzyścią dla klienta. Oderwanie od dotychczasowego wymogu, aby porada była dokonywana na podstawie składanych ofert poszerza zobowiązanie brokera w tym zakresie. Nie będzie mógł, tak jak dotychczas, opierać się wyłącznie na rozwiązaniach zaproponowanych przez uczestniczących w konkursie ubezpieczycieli, ale będzie musiał wziąć pod uwagę ofertę całego rynku, a przede wszystkim swoje własne doświadczenie. Stanowi to nową jakość na naszym rynku. Ważne jest również to, że na życzenie klienta można od porady odstąpić.

Podsumowanie

Dokonany wyżej przegląd regulacji zawartych w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń dotyczących procedury zawarcia umowy ubezpieczenia prowadzi do wniosku, że wpłyną one znacząco na praktykę oferowania produktów ubezpieczeniowych. Zapisy ustawy w wielu kwestiach wprowadzają cały rynek ubezpieczeniowy na obszary dotąd nieznanne, chociaż w odniesieniu do pewnych czynności podejmowanych przede wszystkim przez brokerów ubezpieczeniowych, niektóre rozwiązania sankcjonują lub formalizują dotychczasową praktykę działania. Ważne jest też to, że przyjęcie modelu podmiotowego podziału pośrednictwa spowodowało, że implementacja dyrektywy mogła odbyć się przy założeniu minimalnej harmonizacji. Dobrze jest, że w proponowanych rozwiązaniach zachowano podstawowy postulat równości praw podmiotów rynku ubezpieczeń uczestniczących w procesie oferowania ubezpieczeń.

Obecnie najważniejszym wyzwaniem dla całego rynku jest takie ukształtowanie praktyki działania, aby zapewnić klientom odpowiedni poziom usług jak najmniej kosztem. Po ponad ćwierćwieczu działalności na wolnym rynku ubezpieczeniowym obecna zmiana w podejściu do klienta to zagrożenie oraz szansa. Szansa dla tych, którzy we właściwy sposób odnajdą się w nowej rzeczywistości i odpowiedzą na wyzwania współczesnego konsumeryzmu, zapewniając, że podejmowane działania spełniły podstawowy postulat wynikający z nowych przepisów, jakim jest działanie w interesie klientów.

Bibliografia

- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. L 26 z 2 lutego 2016 r.).
- Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń (Dz.Urz. UE L 341 z 20.12.2017).
- KNF. (2016). Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu, 22 marca. Warszawa: KNF.
- KNF. (2016a). Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem, 22 marca. Warszawa: KNF.
- Rozporządzenie delegowanego Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 341/1 PL20.12.2017).
- Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz.U. L 9 z 15 stycznia 2003 r.).

STANISŁAW NOWAK*

JERZY JAGODZIŃSKI**

Kryzysy stałym elementem funkcjonowania polskich ubezpieczeń? Refleksje na tle dyskusji o stanie rynku ubezpieczeń

Streszczenie

Polskie ubezpieczenia niestety nie mogą zaliczyć do szczególnie udanych czasu ostatniego ćwierćwiecza realizowania neoliberalnego modelu gospodarczego. Wprzęgnięte przez globalny kapitał w jego politykę realizacji zasady stałego wzrostu zysku ubezpieczenia próbowały, z różnymi dla siebie konsekwencjami działań, wypełniać nałożone nań powinności, co jednak ostatecznie prowadziło do mnożących się zjawisk kryzysowych. Wśród źródeł owych zjawisk znajdują się zdarzenia natury światowej, typu globalnych kryzysów gospodarczych czy ustrojowych czy odpowiadające im zachowania na szczeblu UE, przenoszone dalej – bez większych oporów rodzimego suwerena – na grunt krajowy. Ich rozległość, głębokość i skutki gospodarczo-społeczne zdają się być tak istotne, że bez szczególnych analiz i badań naukowych możemy ogólnie tylko (przyczynkarsko) twierdzić, że prawie przez cały przywoływany okres polski rynek ubezpieczeniowy trapiły nader często różnorakie kryzysy.

Jednocześnie niestabilne ze strony polskiego ustawodawcy uregulowania prawne, a nadto wprowadzane obligatoryjnie normy ustrojowe czy praktyka oznaczająca stopniowe przechylenie się zasady równości cywilnoprawnej stron w kierunku przewagi roli podmiotów podaźowych rynku, niedostrzeganie praw ubezpieczonych, dla określenia których przyjęto definicje usługobiorcy lub konsumenta usługi ubezpieczeniowej, doprowadziły do zamiany pozycji równych stron umowy ubezpieczenia na dominującą po stronie ubezpieczycieli. W miejsce równoprawnych partnersko stron powstały wrogie sobie obozy, czyli tzw. konsumentów z jednej strony i podmiotów strony podaźowej, świadczących usługi ubezpieczeniowe, według zaproponowanych przez nie opcji ochrony – z drugiej.

Słowa kluczowe: kryzysy gospodarcze, kryzys w ubezpieczeniach i jego rodzaje.

* Dr Stanisław Nowak – Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; Izba Gospodarcza Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, ul. Skalna 5, 05-510 Czarnów; e-mail: amelia.r@onet.pl.

** Jerzy Jagodziński – Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; e-mail: jjagodzinski@wz.uw.edu.pl.

Abstract

The Polish insurance sector unfortunately cannot view the last twenty-five years of the neoliberal economic model as particularly successful. Involved by global capital in its policy of steady profit growth, the insurance sector strove, with various consequences, to fulfil the obligations imposed on it, which however ultimately led to the proliferation of crises. Their sources include worldwide events such as global economic or systemic crises or related behaviours at the EU level that were transferred further – without much resistance of sovereign states – to the national level. Their extent, depth and economic and social consequences seem to be so vast that, without specific analyses and scientific research, we can only (in a supplementary manner) claim that the Polish insurance market was very often troubled by various crises almost throughout the entire period in question.

At the same time, unstable legal regulations enacted by the Polish legislator, along with mandatory standards governing the operation of the state and practices gradually shifting the principles of civil-law equality of parties towards a greater role of the supply side of the market, the failure to recognise the rights of the insured defined as service recipients or insurance service consumers, led to the change of equality of parties to the insurance contract into the dominant position of insurers. In place of equal partners, mutually hostile groups emerged – consumers, on the one hand, and the supply side providing insurance services according to its proposed coverage options, on the other.

Keywords: economic crises, insurance crisis and its types.

Wprowadzenie

Kryzysy, wpływające na kruche podstawy prawno-ekonomiczne Unii oraz podsypane partykularyzmami, a nade wszystko ograniczeniem lub wręcz wstrzymaniem realizacji ekonomicznych i socjalnych świadczeń wynikających z niepisanych umów społecznych, wywołują coraz większe protesty społeczne o różnorodnej sile. Ich efektami są m.in. ujawniające się głębokie podziały ekonomiczne, występujące zarówno na szczeblach państw członkowskich Unii (biedne południe – bogata północ albo kraje starej i nowej Unii), jak i wewnątrz społeczeństw, wśród których wzrastają nastroje antyunijne.

Szczególным skutkiem owych postaw jest angielski brexit, którego różnorokie, negatywne następstwa, tak dla państwa brytyjskiego i jego obywateli, jak i innych krajów członkowskich UE mogą już wkrótce stać się dotkliwie niekorzystne ekonomicznie i społecznie. Perspektywy negatywnych następstw zjawisk typu brexit są skrzętnie skrywane przed społecznością Europy przez zainteresowane strony, prowadzące negocjacje w przedmiocie odstąpienia. Nieświadomość skutków takich zdarzeń staje się niebezpieczna dla podstaw funkcjonowania UE, także dlatego, że podsyca ruchy populistyczne, antyunijne czy różnego rodzaju nacjonalizmy, nawet kulturowe i religijne. W tej sytuacji dowodzenie, że europejskie rynki finansowo-ubezpieczeniowe albo wewnętrzne rynki państw członkowskich UE będą wolne od negatywnych skutków tego typu działań byłoby oczywistą nieprawdą, a głosiciele owych poglądów staliby się nieodpowiedzialnymi wieszczami.

Oczywistą zatem koniecznością, zarówno na szczeblu unijnym, jak i krajowym, wydaje się uruchomienie badań naukowo-praktycznych owe mechanizmy i skutki rodzajowe ujawniających, podobnie jak ich następstwa ekonomiczno-społeczne¹, dla wypracowania i wdrożenia działań zapobiegawczych.

1. Kryzysy transformacji ubezpieczeniowej

1. Współczesny, polski model ubezpieczeń, realizowany od ponad ćwierćwiecza w warunkach gospodarki rynkowej nie zdołał zakończyć procesów transformacji ustrojowo-mentalnościowej, pozostając częściowo (choćby właśnie w sferze mentalnościowej) nadal w poprzedniej epoce – gospodarki nakazowo-rozdziałowej (zob. Nowak, Jagodziński i Łazęcki, 2016, s. 200–203). Równocześnie, przenoszone na polski grunt ubezpieczeniowy unijne doświadczenia i uregulowania nie są wolne od ograniczeń czy uzależnień różnorodnej natury: ekonomicznej, politycznej czy społecznej.

Ponadto, w związku z następstwami procesów globalizacyjnych oraz pomijaniem oczekiwań i uwarunkowań regionalnych, w Polsce (podobnie zresztą jak w szeregu innych państw członków UE) rośnie (dowodzone licznymi przykładami) przekonanie o potężniejących presjach rozwiązań unijnych, przedkładających interesy globalnego kapitału nad interesami krajowymi, a już na pewno nad oczekiwaniami ubezpieczonych podmiotów, co do realizacji pełnej i realnej ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniającej również uwarunkowania i tradycje regionalne (zob. Nowak, Jagodziński i Łazęcki, 2016, s. 313–314).

2. Uaktywnione problemami światowych rynków finansowych lat 2008–2009 (Nowak, Nowak i Sopoćko, 2009, *passim*) zjawiska kryzysów gospodarczych, przetaczających się przez państwa europejskie, doprowadziły do poważnych perturbacji w rozwoju gospodarczo-społecznym w szeregu państw członków wspólnoty europejskiej oraz załamania kolejnych strategii rozwoju całej Unii Europejskiej (por. obok wielu: Nowak, 2012, s. 25–36; 2015, s. 298–300; 2015a, s. 94 i n.; Nowak, Nowak i Sopoćko, 2016, *passim*).

Jeśli do grupy cyklicznych kryzysów ekonomicznych Świata i Europy dołączają się niekorzystne zjawiska różnej natury: nierównowagi ekonomiczno-społecznej²,

¹ Poproszony o komentarz w kwestii następstw brexitu dla stosunkowo rodzajowo wąskiej, wydawałoby się, grupy ubezpieczeń transgranicznych (OC komunikacyjnych) Mariusz Wichtowski (Przewodniczący PBUK) – w artykule *Transgraniczne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w kontekście brexitu (wybrane zagadnienia)*, przygotowanym do publikacji w ramach niniejszego wydania zbiorowego (s. 93–103) oraz w wystąpieniu merytorycznym w obradach XX Konferencji naukowej *Obszar polski europejskiego rynku ubezpieczeń* (Wydział Zarządzania UW, 15 listopada 2017 r.) – wskazuje na ogrom problemów wiążących się z tym faktem dla całego systemu europejskich ubezpieczeń, ale i na potrzeby krajowych czy indywidualnych interesów ubezpieczonych.

² Kiedy bogaci stają się bogatszymi, biedni zaś – biedniejszymi.

migracyjnej, religijnej czy wszelkiego rodzaju „izmów” (nacjonalizm, populizm, rasizm, nietolerancja, kosmopolityzm itp.), kryzysy owe potężnieją, dotykając kolejnych sfer życia społeczeństw. W tych warunkach zrozumiałym jest, że skutki owych zdarzeń odnoszą się również do wszelkiej działalności ubezpieczeniowej, ponieważ rynek ubezpieczeń jest przecież jedną ze sfer rynków gospodarczych³.

Analizując źródła problemów, niedokończoną zresztą, budowy polskiego rynku ubezpieczeń, S. Nowak i R. Nowak (2015, s. 315) o podstawowych ich rodzajach piszą: „są wśród nich przesłanki natury ogólnej, jak globalizacja rynków gospodarczych, neoliberalna zasada zysku jako stałego, często jedynego miernika powodzenia działalności gospodarczej, utrata samodzielności decyzyjnej ubezpieczycieli, powodująca kolejno utratę zdolności i możliwości spełniania funkcji ochronnej i wobec dominacji zasady stałego wzrostu, zanikanie wzajemnościowej formuły ochrony ubezpieczeniowej, jak i stare czy nowo pojawiające się zjawiska ograniczające prawidłowość funkcjonowania rynku...”.

Często skrywane lub niedostrzegane, co do istoty czy wagi skutków, kryzysy (zob. Nowak, Nowak i Sopoćko, 2009, *passim*; Nowak, 2015, s. 297–301; 2015a, s. 96 i n.; szerzej: Nowak, Nowak i Sopoćko, 2016, *passim*) stanowią już wydaje się immanentną cechą procesów trwania obu sfer działalności ubezpieczeniowej, realizowanych w systemie *ex lege* (obowiązkowych ubezpieczeń emerytalno-rentowych) (zob. Lenart i Nowak, 2010, s. 263–286; 2016, s. 295 i n.; Szumlicz, 2015, s. 47) czy *ex contractu* (z dominującą, co do skali wartości czy rodzajowo, ich częścią zwaną ubezpieczeniami gospodarczymi) (zob. obok wielu: Nowak, Jagodziński i Łazęcki, 2016).

3. Dla części z nich charakterystycznym jest ich przynależność do kategorii tzw. kryzysów pełzających, o długotrwałym z reguły okresie trwania⁴. Ich cechą bywa również to, że stopniowo wnikają w naturę praktyki ubezpieczeniowej, prowadząc w efekcie do poważnych (również społecznie) negatywnych zjawisk, takich jak utrata zaufania do ubezpieczeń (zob. obok wielu: Nowak, 2015, s. 311–315; Nowak i Nowak, 2015) czy zachwianie cywilno-prawnej równowagi stron stosunków prawnych umów ubezpieczenia (Nowak, 2016, s. 313–314).

4. Odnosząc na grunt ubezpieczeń pojęcie „kryzysu”, jego analitycy wzorem klasycznych definicji tego terminu upatrują go z perspektywy procesów rozwojowych gospodarki narodowej, postrzegając go jako:

- załamanie procesu wzrostu gospodarczego,
- istotne naruszenie stanu równowagi gospodarczej,
- regres rozwoju (por. Pakosz, 1991, s. 477).

Można odnieść wrażenie, że oficjalne statystyki z owych grup charakteryzujących procesy rozwoju sfery ubezpieczeń zdają się być dla zarówno ubezpieczycieli, jak i podmiotów oceniających w zasadzie wystarczającymi miernikami stanu realizacji ich

³ Jakby na ironię, rolą ubezpieczeń, a szczególnie tych zwanych gospodarczymi, jest świadczenie ochrony i kompensata skutków realizacji wszelkiego mierzalnego ryzyka.

⁴ Do tej kategorii kryzysów można zaliczyć następstwa, trwającego już od ponad ćwierć wieku w ubezpieczeniach, ustrojowego kryzysu w polskiej gospodarce rolnej.

zadań na rzecz gospodarki⁵. Tymczasem, dla sfery podaźowej rynku ubezpieczeń, zdominowanej przez obligatoryjną zasadę stałego wzrostu zysku, inne wskaźniki, w tym natury społecznej (prawidłowego spełniania zasad ochrony, stopnia zaufania, zadowolenia z usług, wspierania rozwoju społecznego itp.), stają się wtórnymi, wypieranymi wspomnianą już dominującą zasadą stałego wzrostu zysku. Stąd niemalże normą w działalności ubezpieczeniowej jest ciągłe naruszenie zasad uczciwego kupiectwa, etyki biznesu, równoprawności stron stosunku prawnego ubezpieczenia.

2. O przejawach kryzysów polskich ubezpieczeń

1. Jak już wspomniano, z natury zjawisk kryzysowych w sferze ubezpieczeń wynika, że źródeł części z nich (także w Polsce) należałoby upatrywać w problemach światowych rynków gospodarczo-finansowych (jak choćby w kryzysie lat 2008–2009 sięgającym do podstaw systemowych ustroju). Redaktorzy naukowci opracowania zbiorowego pt. *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych* w jego podsumowaniu sygnalizują tę kwestię (Nowak, 2016, s. 313): „wzorowane na unijnych, polskie ubezpieczenia, odczuwają równie znacząco jak europejski rynek ubezpieczeń, problemy wynikające z toczących Świat i Europę wielorakiej natury kryzysów (w tym gospodarczych, społecznych czy politycznych). Wtłoczone w gospodarczo-prawny system gospodarki neoliberalnej, mimo niezakończenia procesów transformacji, trapią ubezpieczenia polskie ponadto problemy płynące tak z ogólnych prawideł kryzysowych gospodarki światowej, np. natury legislacyjnej, jak i błędów realizacyjnych rynku polskiego”.

Znacznie bogatszą rodzajowo grupę stanowią wewnętrzne problemy kryzysowe ubezpieczeń polskich, które ujawniły się w okresie ćwierćwiecza ich realizacji w ramach spełniania modelu gospodarki neoliberalnej. Wśród wielopłaszczyznowej grupy zjawisk kryzysowych polskiego rynku badacze wskazują przykładowo na kwestie (Nowak, 2016, s. 314)⁶:

- „pogłębiającego się kryzysu krajowych systemów powszechnych świadczeń socjalno-emerytalnych, spełnianych wraz z dobrowolnymi ubezpieczeniami uzupełniającymi PPE tzw. III filar (por. Lenart i Nowak, 2010, s. 263 i n.; 2016, s. 295 i n.);
- rosnącej nierównowagi stron stosunku prawnego ubezpieczenia, na rzecz dominacji strony podaźowej i pogłębiającej się wzajemnej nieufności stron umowy;
- głębokiego kryzysu zaufania ubezpieczających i poszkodowanych do istniejącego modelu ubezpieczeń”;
- znaczącego spadku roli funkcji ochronnej ubezpieczeń, wraz z zasadami tej funkcji oraz kryzysy spełniania funkcji prewencyjnej.

⁵ Obok mierników natury ekonomicznej, trudno w owych analizach odnaleźć inne, odzwierciedlające wskaźniki oceny spełniania roli ubezpieczeń w tym funkcji i zasad ubezpieczeniowych.

⁶ Nawet tylko pobieżna analiza wskazywanych tu zjawisk dowodzi, że znaczną ich część należy zaliczyć do wspomnianych grup kryzysów pełzających, trudnych do wyeliminowania, lecz znaczących w skutkach również społecznej natury.

Zwraca uwagę fakt, że również same zmiany ustrojowe wprowadzające w życie nowy model ubezpieczeń gospodarczych (umownych) w miejsce starego powszechnego systemu *ex lege*, dla znaczącej części składników ochrony życia i majątku, oznaczały kryzys realizacji zasad powszechności i realności ochrony ubezpieczeniowej (z przykładami zaniku ochrony ubezpieczeniowej sektora rolnego i spadku powszechności ubezpieczeń AC i komunikacyjnych NNW)⁷.

2. Sektor ubezpieczeń rolnych, chroniony w reżimie gospodarki nakazowo-rozdzielczej szeroką gamą ubezpieczeń przymusowych, mimo jej niedostatków (choćby swobody zawierania umów czy pełności ochrony), realizowany i poszerzany rodzajowo od 300 lat w środowiskach rolniczych, stał się synonimem swoistej opieki publicznej nad rolnictwem jako ważną gałęzią gospodarki.

Realizowany do 1945 roku, z zasady w formie wzajemnościowej (np. PZUW), spełniał, poza tradycyjną funkcją ochronną, również znaczącą funkcję prewencyjną (zarówno wychowawczą, jak i ekonomiczną⁸). Ponadto PZUW okresu międzywojnia 1918–1939 i okresu okupacji, to znaczący przykład edukacji ubezpieczonych, także w warstwie patriotycznej (czasów wojny 1939–1945).

Rolnictwo polskie, również w okresie lat 1945–1990, poza spełnianiem na jego rzecz funkcji ochronnej, stało się beneficjentem szeregu działań prewencyjno-wychowawczych, edukacji rolniczej czy spełniania względnej stabilizacji materialnej w przypadku wystąpienia szkód losowych. To swoście pojmowana opieka publicznego ubezpieczyciela, od czasu likwidacji powszechnego systemu ubezpieczeniowego *ex lege* w 1990 roku, a następnie urzędniczej destrukcji rodzajowej ubezpieczeń PZU na rzecz nowotworzonego rynku ubezpieczycieli, została nagle przerwana bez jakiegokolwiek publicznego wsparcia merytorycznego wobec kilkumilionowej rzeszy rolników, przyzwyczajonych tradycją do określonych publicznych form spełniania ochrony i opieki ubezpieczeniowej. Niejako z dnia na dzień poza ochroną ubezpieczeniową pozostała większość majątku rolniczego (poza budynkami, OC rolników indywidualnych i OC pojazdów) (bliżej: Nowak, 2015a, s. 94–111), także z powodu istotnej zmiany warunków ubezpieczeń i podrożenia składki ubezpieczeniowej.

W gospodarce rolnej wystąpiły po 1990 roku wyraźne zjawiska kryzysu ubezpieczeniowego (nie skompensowane zresztą do dziś), których przyczyną u podstaw stały się zmiany ustrojowe pogłębiane zmianą pojęcia „zakresu opieki państwa” wobec grup swych obywateli, realizowaną w ramach modelu gospodarki neoliberalnej.

3. Wspomniane grupy wewnętrznych zjawisk kryzysowych polskiego rynku ubezpieczeniowego często są przemilczane i z zasady niedoceniany jest ich potencjał szkodzący rozwojowi tego sektora rynków finansowych. Wśród znaczących tego typu

⁷ Do dziś zresztą, mimo upływu ćwierćwiecza stosowania, nie przywróconej do stanu sprzed niego (por. Nowak, 2015a, s. 94–111).

⁸ W tej ostatniej poprzez szeroki strumień środków pochodzących z ubezpieczeń, kierowanych na wspieranie bezpiecznego przebiegu ubezpieczeń.

zdarzeń kryzysowych, zapadłych w Polsce od roku 1990, należałoby m.in. wymienić kolejno:

- problemy ochrony ubezpieczeniowej i wypłacalności odszkodowań kompensujących, materialne skutki powodzi w 1997 r. (zob. bliżej: Nowak, 2015a, *passim*);
- kryzys w zakresie ubezpieczeń życiowych z lat 2000–2002;
- wpływ globalnego kryzysu rynków finansowych lat 2008–2009 na polski rynek ubezpieczeń, szczególnie w ubezpieczeniach działu I⁹;
- problemy z realizacją ochrony w ramach umów życiowych z kapitałowym funduszem inwestycyjnym;
- zjawiska nadmiernej szkodowości w obowiązkowym komunikacyjnym ubezpieczeniu OC (lata 2015–2016).

4. Poza wspomnianą wyżej, chronologicznie przykładową grupą zjawisk trapiących polskie ubezpieczenia gospodarcze, warto zastanowić się nad podobnymi problemami natury szerszej, odnoszącymi się do całego rynku ubezpieczeń, np. ustrojowych, gospodarczych, społeczno-publicznych, prawnych czy organizacyjnych. Ponadto, przypominając istotę powstawania zjawisk natury kryzysowej na polskim rynku, nie sposób pominąć wspomnianej prawidłowości, czyli że znaczna ich część nosi charakter pełzających, rozwijających się stopniowo, coraz mocniej zaznaczających swe istnienie w sferze ubezpieczeniowej gospodarki.

5. Należy bowiem zaznaczyć, że wprowadzony ustawą o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. model rynkowej gospodarki ustrojowo i prawnie przyjmował jako powszechną swobodę zawierania umów ubezpieczenia¹⁰. Wychodząc z owych ustrojowych przesłanek, przejęto rozwiązanie prawne, stanowiące o ograniczeniu do czterech liczby umownych ubezpieczeń obowiązkowych, w których ustawowo nakłada się na określone kategorie podmiotów obowiązek zawarcia wskazanego normą prawną ubezpieczenia¹¹.

Przeprowadzone, po dwudziestu kilku latach istnienia wolnego rynku ubezpieczeń, badania grupy analityków, prowadzone pod kierunkiem prof. Eugeniusza Kowalewskiego (por. Kowalewski, Ziemiak i Mogiński, 2013, *passim*), ujawniły istnienie trudnej do jednoznacznego określenia, hybrydowej grupy ponad 150 quasi-ubezpieczeń OC z prawnym obowiązkiem ich zawarcia.

Jedną z największych osobowości prawniczych polskich ubezpieczeń, prof. Jan Łopuski (2007, s. 56–75), analizując stan liczbowy polskich ubezpieczeń obowiązkowych przy okazji prac nad projektowanymi zmianami ustawy – Kodeks cywilny¹², przestrzegał przed nadmierną ingerencją państwa w charakter prawny powstania stosunku prawnego umowy ubezpieczenia. Przywołując wielkość rodzajową powo-

⁹ Por. bliżej rozprawy zawarte w: Nowak, Nowak i Sopoćko, 2009, *passim*.

¹⁰ Zob. np. uzasadnienie sejmowe do przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r.

¹¹ O ubezpieczeniach obowiązkowych zob. obok wielu: Mogiński, 2015, s. 28–37.

¹² Prace te były wykonywane w 2007 roku.

łanych (w okresie od 1990 do 2006 roku) ubezpieczeń obowiązkowych¹³, pytał wówczas o sens tak szybkiego tempa ich powstawania, skoro: „obowiązek ubezpieczenia powinien być wprowadzony tylko wtedy, gdy istnieje ważny interes społeczny to [...] Czy rzeczywiście w każdym przypadku licznych grup zawodowych, w odniesieniu do których wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, przemawiał za tym ważny interes społeczny? [...] Może to nie interes społeczny, ale inne względy spowodowały u nas nagłą rozbudowę ubezpieczeń obowiązkowych, a powołanie się na ich aspekt społeczny było tylko pretekstem dla przysporzenia ubezpieczycielom klientów¹⁴ [...], zwłaszcza że ta obowiązkowa ochrona nie zawsze okazuje się być skuteczna” (Łopuski, 2007, s. 62–63).

Idąc tropem osądu prof. J. Łopuskiego sprzed dziesięciu lat, można wysnuć proste wnioski o sile lobbingujących za takimi rozwiązaniami środowisk wielkiego biznesu właścicielskiego, doprowadzających do wprowadzenia corocznie (uśredniając) co najmniej 10 ubezpieczeń obowiązkowych. Taki sposób kształtowania podstaw prawnych rynku i idącej w ślad za tym praktyki rynkowej pozostaje w jawnej kolizji z wiodącą zasadą ustrojową – swobody kształtowania przez strony stosunków prawnych umów ubezpieczeniowych¹⁵.

Niejako w parze do ograniczenia cywilnoprawnej swobody kształtowania umów ubezpieczenia (a ślad za tym odszkodowań z owych umów), odnoszącej się do grupy ubezpieczeń obowiązkowych, w teorii i praktyce ubezpieczeniowej wskazuje się na liczne grupy i rodzaje ubezpieczenia, w których „niezależnie od źródła pochodzenia i formy ubezpieczenia, to właśnie przymus jest nadal najskuteczniejszym czynnikiem pozyskania ubezpieczeń” (tak: Nowak, 2015a, *passim*).

Ten sam autor wywodzi (Nowak, 2015a, s. 96–98), że w: „istniejącym na polskim rynku ubezpieczeń systemie dobrowolności (kontraktowości) ubezpieczeń, we wspomnianym okresie ćwierćwiecza (gospodarki rynkowej), wprowadzono jednak wiele rodzajów ubezpieczeń charakteryzujących się przymusem ich zawierania, że stawianie dziś tezy o panowaniu dobrowolności w zawieraniu umów, należy zaliczyć do rozważań natury hipotetycznej (życzeniowej)”.

Dowodząc owych racji, podaje on pięć grup źródeł przymusu ubezpieczeniowego (Nowak, 2015a, s. 96), nakładanego na ubezpieczających obowiązku zawarcia

¹³ *Przykładem tego może być liczba kilkudziesięciu obowiązkowych ubezpieczeń wprowadzonych ustawami w stosunkowo krótkim czasie...* (Łopuski, 2007, s. 62).

¹⁴ Przypomnijmy, że stan liczbowy polskich ubezpieczeń obowiązkowych od czasu, gdy o ich mnogości pisał prof. J. Łopuski (rok 2006) do końca roku 2017, powiększył się o kolejne (ponad 100) ubezpieczenia z obowiązkiem zawierania umowy.

¹⁵ Kolejnym przykładem siły lobby grup biznesu ubezpieczeniowego, było zachowanie przez polskiego ustawodawcę w ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 2015 roku, zasady obligatoryjnego zrzeszania się zakładów ubezpieczeń w Polskiej Izbie Ubezpieczeń. Uchwalenie owej zasady odbyło się wbrew postanowieniom Konstytucji RP, powszechnej praktyce legislacyjnej w UE oraz propozycjom resortu właściwego ds. ubezpieczeń. W tej kwestii zob. Nowak, 2015, s. 313–314.

umowy, od prawnego, poprzez ekonomiczny czy przynależności organizacyjnej albo zawodowej.

Oczywistym dla podmiotów sfery popytowej oraz poszkodowanych i uprawnionych z umów ubezpieczenia jest przekonanie (dowodzone praktykami na rynku) o dominującej roli w stosunkach umownych po stronie ubezpieczycieli, którzy w swym interesie (także finansowym) kształtują we własnym interesie warunki umów ubezpieczenia (OWU) oraz procedur postępowań i wysokości odszkodowań. Wyraźnym dowodem owych praktyk od strony uregulowań prawnych warunków ubezpieczenia są nader częste przypadki stosowania w nich, potwierdzanych przez instytucje kontrolne na rynkach finansowo-ubezpieczeniowych, nagminnego stosowania klauzul abuzywnych lub procedur odszkodowawczych, zaniżających świadczenia ubezpieczeniowe.

S. Nowak, w innym opracowaniu (2015, s. 307), sygnalizuje o powszechnej praktyce „stosowania przez ubezpieczycieli tzw. klauzul abuzywnych (niedozwolonych postanowień umownych), tj. postanowień umów zawieranych z konsumentem, kształtujących jego prawa i obowiązki sprzecznie z dobrymi obyczajami lub rażąco naruszających jego interesy”¹⁶.

Nagminność owych klauzul w normach OWU szeregu ubezpieczycieli potwierdzona została licznym orzecnictwem sądowym (Daszewski i Dąbrowska, 2015, s. 231 i n.) czy w postępowaniach sprawdzających instytucji kontrolnych rynku ubezpieczeniowego (por. Kowalewski i Ziemiak; 2015, s. 81–107), które w odpowiedzi na tego rodzaju praktykę, sięgnęły do zastosowania tzw. miękkiego prawa, czyli zasad dobrych praktyk ubezpieczeniowo-bankowych (zob. obok innych: Malinowska, 2015, s. 160; Mrozowska-Bartkiewicz, 2015, s. 330 i n.).

3. Kryzys *bancassurance*

Szczególnym zjawiskiem na polskim rynku ubezpieczeniowym okresu ćwierćwiecza gospodarki neoliberalnej stała się, przeniesiona z zachodnich wzorów pozyskiwania ubezpieczeń, swoista hybrydowa instytucja bankowo-ubezpieczeniowa, zwana *bancassurance*. Projektowana w formułach pośrednictwa ubezpieczeniowego, w zachodnioeuropejskich rozwiązaniach modelowych, jako forma współdziałania podmiotów powiązanych kapitałowo i organizacyjnie, z przewagą bankowego (*bancassurance*) lub ubezpieczeniowego (*assur-finance*), miała być wspólnym pomysłem dla owych form właścicielskich kapitału, służącym pozyskiwaniu klientów, korzystających z połączonej działalności bankowo-ubezpieczeniowej (np. leasing lub pożyczka bankowa, zabezpieczona różnymi rodzajami ubezpieczeń).

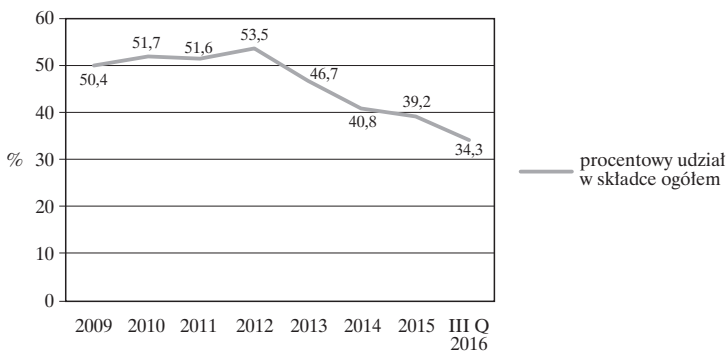
Przetestowana na zachodnich rynkach gospodarczych formuła *bancassurance*, aktywnie kontrolowana przez nadzory bankowo-ubezpieczeniowe, została ostatecz-

¹⁶ Piszą o tym, obok wielu, Daszewski i Dąbrowska, 2015, s. 231–250.

nie z powodzeniem finansowym przeniesiona na polski rynek finansowy, stając się dla swych założycieli (szczególnie grup wielkiego kapitału bankowo-ubezpieczeniowego) źródłem szczególnie znaczących zysków (zob. bliżej: Ślipierski, 2002, s. 146 i n.; Suchodolska, 2017; Orlicki, 2008). Dzięki stworzonym jednocześnie prawnie warunkom istnienia i funkcjonowania przy znanych niedostatkach nadzoru bankowego i ubezpieczeniowego, okazała dla prowadzących je organizacji finansowych i zakładów ubezpieczeń narzędziem osiągnięcia nader wysokich obrotów finansowych i źródłem szczególnych dochodów¹⁷. Sygnalizujący ową szczególną grupę dochodów ubezpieczeń *bancassurance* M. Orlicki (2014, s. 229), pisał¹⁸: „skala biznesu *bancassurance* jest rzeczywiście olbrzymia, zaś znacząca większość umów ubezpieczeń grupowych w ramach tej działalności oparta została na błędnej interpretacji obowiązujących przepisów. Fakt, że przez kilka minionych lat, jedynie Rzecznik Ubezpieczonych [(RU, 2012)] i nieliczni przedstawiciele doktryny prawa ubezpieczeniowego, przeciwstawiali się łamaniu przepisów, powodował ogromne rozpowszechnienie nielegalnych praktyk, które wobec ówczesnej bierności organów nadzorczych bywały postrzegane jako dopuszczalne”.

Julita Suchodolska (2017, s. 29), analizując rysunek 1¹⁹, komentuje rzecz następująco: „kanał *bancassurance* miał ogromny potencjał. Do 2012 roku przychody wzrastały z roku na rok. Zmiana praktyk spowodowała stopniowy spadek tych przychodów, choć nadal stanowią one znaczną część w całości”.

Rysunek 1. Skala przychodów ubezpieczycieli z *bancassurance* w składce ogółem i skala jej pozyskiwania w latach 2009–2016 (3 kwartały)



Źródło: Suchodolska, 2017, s. 29.

¹⁷ Jak podaje M. Orlicki, powołując się na Raport PIU za 4 kwartały 2013 roku, udział składki przypisanej brutto, pozyskanej w kanale *bancassurance* w składce ogółem zakładów ubezpieczeń na życie, wyniósł 46,7%, co stanowi 15,2 mld zł (2014, s. 223–224).

¹⁸ Przejmowaną w znacznej części przez sektor bankowy, który, występując w roli pośrednika, zyskiwał z tytułu prowizji do 50% składki zainkasowanej.

¹⁹ Składka przypisana brutto zakładów w dziale I osiągnęła za rok 2016 wartość 23,86 mld zł, przy przypisie ogółem ubezpieczycieli rzędu 56,04 mld zł (Raport KNF za 2016 rok, s. 23).

Wskazujący skalę zgłaszanych nieprawidłowości akwizycyjno-odszkodowawczych w realizacji ubezpieczeń *bancassurance*²⁰, M. Orlicki, pisał (2014, s. 229–230): „nie jest problemem to, że banki zarabiają na ubezpieczeniach, lecz jedynie to, w jaki sposób to robią”. J. Suchodolska zaś podaje, że (2017, s. 77): „zgłoszono już wiele skarg, w których okazywało się, że przy samym zawieraniu umowy ubezpieczenia, ochroną obejmowana była osoba, której nie obejmowało żadne świadczenie”.

Trwająca szereg lat praktyka wywołała w końcu interwencję Komisji Nadzoru Finansowego w postaci tzw. *Rekomendacji dobrych praktyk w zakresie bancassurance*. Warszawa, czerwiec 2014 r.²¹.

Owa rekomendacja, zalecająca stosowne działania banków w tej kwestii, stanowi aby:

- zarządy banków angażowały się w gałąź *bancassurance* poprzez opracowanie i wprowadzanie pisemnych regulacji w zakresie polityki *bancassurance*;
- banki prowadziły działalność w taki sposób, aby nie występował konflikt interesów, czyli aby w jednej umowie bank nie występował jako ubezpieczający i pośrednik;
- zarządy i rady nadzorcze stały na straży prawidłowego rozliczania przychodów związanych ze sprzedażą produktów ubezpieczeniowych, głównie zgodnie z zasadami przewagi treści ekonomicznej oraz zasadą współmierności przychodów i kosztów;
- banki prowadziły prokliencką kampanię informacyjną, która zapobiegnie sprzedaży produktów niedostosowanych do potrzeb klienta;
- banki zapewniały ubezpieczonym i uposażonym możliwość samodzielnego dochodzenia roszczeń;
- banki zapewniały klientom swobodę wyboru produktu ubezpieczeniowego;
- banki nie narzucały obowiązku przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, jako zabezpieczenia przy zaciąganiu kredycie;
- banki informowały szczegółowo na temat produktów ubezpieczeniowych przed przystąpieniem klienta do ochrony.

Stanowi jednocześnie wskazanie dotychczasowych złych praktyk akwizycyjnych banków w tej materii, dostrzeżonych przez nadzór ubezpieczeniowy (wg Suchodolska, 2017, s. 28).

²⁰ M. Orlicki (2014, s. 226–228) wymieniał m.in. *nadużycie konstrukcji umów ubezpieczenia, konflikt interesów ubezpieczającego (banku), brak przeszkolenia kadry, brak zabezpieczeń finansowych klientów, nieuczciwą konkurencję akwizycyjną z pośrednikami ubezpieczeniowymi, omijanie regulacji prawnych*.

²¹ Zamieszczona m.in. na stronie internetowej KNF.

Podsumowanie

Stosownie do intencji wydawniczej niniejszego opracowania zbiorowego oraz jego cyklicznego charakteru, wskazane w zaprezentowanym powyżej materiale, problemy kryzysów polskiego rynku finansowego obejmują jedynie część złożonych zjawisk, zaistniałych w czasowej przestrzeni okresu ćwierćwiecza jego funkcjonowania, w ramach modelu gospodarki neoliberalnej.

Skala problemów, które ujawniły się w tak stosunkowo krótkim czasie dowodzi, że istnieje pilna potrzeba pogłębionej ich analizy tak poprzez badania naukowe, jak i śledzenie praktyk rynkowych w ubezpieczeniach, dla podjęcia przedsięwzięć naprawczych urzędzenia, które w zorganizowanej prawnie i gospodarczo postaci towarzyszy ochronnie polskiej rzeczywistości społeczno-ekonomicznej od ponad 200 lat.

Bibliografia

- Daszewski, A., Dąbrowska, A. (2015). Chora konkurencja cenowa czy zdrowa konkurencyjność jakościowa? W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Kowalewski, E., Ziemiak, M., Mogilski, W.W. (2013). *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce (Wykaz z komentarzem)*. Warszawa: Polska Izba Ubezpieczeń.
- Kowalewski, E., Ziemiak, M.P. (2015). Wytyczne KNF – aspekty prawno-konstytucyjne oraz wpływ na konkurencyjność w branży usług ubezpieczeniowych. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Lenart, T., Nowak, S. (2010). Kapitałowy system rentierski – nowy paradygmat alokacji dochodów w cyklu życia gospodarstwa domowego. *Studia Ekonomiczne*, 3.
- Lenart, T., Nowak, S. (2016). Renta konsumenta. W: Nowak, S., Nowak, A.Z., Sopoćko, A. (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Łopuski, J. (2007). Reforma Cywilnego Prawa Ubezpieczeniowego. Uwagi na marginesie proponowanych zmian przepisów Kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia. W: A.Z. Nowak, D. Fuchs, S. Nowak (red.), *Umowa ubezpieczenia. Dyskusja nad formą prawną i treścią unormowań*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Malinowska, K. (2015). Konflikt interesów w działalności brokerskiej w świetle obowiązującego prawa i tendencji europejskich. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Mogilski, W.W. (2015). Przymus ubezpieczenia na tle projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 1.
- Mrozowska-Bartkiewicz, B. (2015). Wpływ standardów regulacyjnych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i obsługi klienta na konkurencyjność. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.

- Nowak, A.Z., Nowak, S., Sopoćko, A. (red.) (2009). *Rynki finansowo-ubezpieczeniowe w warunkach kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Nowak, S. (2012). Strategia „Europa 2020” – uwarunkowania, realizacja i kierunki działań w ujęciu potrzeb regionu świętokrzyskiego. Wybrane zagadnienia. W: S. Nowak (red.), *Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020” z uwzględnieniem roli ubezpieczeń na przykładzie województwa świętokrzyskiego*. Warszawa: Izba Gospodarcza Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka; Poznań : Polskie Wydawnictwo Prawnicze Iuris.
- Nowak, S. (2015). Gotowość konkurencyjna polskiego rynku ubezpieczeń. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Nowak, S. (2015a). Problemy 25-lecia polskiego rynku ubezpieczeń: (przymus ubezpieczenia w rolnictwie). W: I. Jędrzejczyk (red.), *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów, regionów*. Łochowice: Oficyna Wydawnicza Edward Mitek.
- Nowak, S. (2016). Zamiast podsumowania. W: Nowak, S., Nowak, A.Z., Sopoćko, A. (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Nowak, S., Jagodziński, J., Łazęcki, M. (2016). Polski model ubezpieczeń – pora na modernizację na modernizację (problemy spełniania funkcji ubezpieczeniowych). W: S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko (red.), *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Nowak, S., Nowak, A.Z., Sopoćko, A. (red.). (2016). *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Nowak, S., Nowak, R. (2015). Małgorzata Serwach (red. nauk.), „Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym”, Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, Warszawa 2015, 336 s. Artykuł recenzyjny. *Journal of Insurance, Financial Markets & Consumer Protection*, 2.
- Orlicki, M. (2008). Pozycja prawna banku w ubezpieczeniach bancassurance. *Prawo Administracyjne*, 2.
- Orlicki, M. (2014). Bancassurance – interpretować obowiązujące czy tworzyć nowe przepisy. W: M. Serwach (red.), *Rynek ubezpieczeniowy – nadregulacja czy niedoregulowanie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Pakosz, B. (1991). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: PWN.
- RU. (2012). *Ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Raport Rzecznika Ubezpieczonych*. Warszawa: Rzecznik Ubezpieczonych, grudzień. Pozytkano z: https://rf.gov.pl/pdf/Raport_UFK.pdf.
- Suchodolska, J. (2017). *Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie, na tle kierunków i trendów rozwojowych ubezpieczeń na życie w Polsce*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Zarządzania UW.
- Szumlicz, T. (2015). Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym – podejście ekonomiczno-społeczne. W: M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*. Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Ślipierski, M. (2002). *Bancassurance; związki bankowo-ubezpieczeniowe*. Warszawa: Difin.

