

V. Oferta sektora ubezpieczeń dla państwa

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

1. Partnerstwo publiczno- prywatne w polityce społeczno-gospodarczej

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

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

Poza państwem istnieją również inne podmioty o zróżnicowanym zakresie możliwych działań, potencjału finansowego oraz form prawnych i organizacyjnych. Wśród innych instytucji polityki społecznej wymienia się: obywateli, (rodzinne) gospodarstwa domowe, organizacje *non profit* (tzw. trzeci sektor), grupy społeczne, stowarzyszenia, zakłady pracy, instytucje *for profit*.³² Brak wszechstronnych możliwości sprawia, że ich cechą charakterystyczną jest selektywność.

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

Potrzeba indywidualizacji działań w ramach polityki społecznej może wynikać z:

- różnego zapotrzebowania na bezpieczeństwo oferowane w ramach zabezpieczenia społecznego,
- odmiennych preferencji w stosunku do określonych świadczeń lub usług socjalnych,
- różnego tempa następowania po sobie faz w ramach cyklu życia oraz momentu zapotrzebowania na określone świadczenia lub usługi społeczne,
- unikania zbyt dużego poziomu świadczeń i usług społecznych,³³
- potrzeby wyższej jakości lub mniejszych kosztów świadczeń i usług społecznych,
- możliwości większego skupienia się na potrzebujących w ramach systemów publicznych.³⁴

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

- urynkowienie w oparciu o konkurencyjność (*competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego realizowanego w oparciu o pełną konkurencję lub co najmniej rywalizację prywatnych instytucji;
- częściowe urynkowienie w oparciu o konkurencyjność (*partially competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego dla określonej branży lub grupy zawodowej i realizowanego przez konkurujące ze sobą publiczne i prywatne instytucje;
- urynkowienie w oparciu o monopol (*non-competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego dla określonej branży lub grupy zawodowej i jest realizowane przez prywatną instytucję, której przyznano monopol na wypłatę świadczeń lub realizację usług.³⁵

Urynkowienie polityki społecznej przejawia się w zaangażowaniu instytucji prywatnych w realizację polityki społecznej. W szczególności w zakresie zapewniania świadczeń lub usług substytucyjnych, komplementarnych oraz suplementarnych.³⁶ W zależności od roli instytucji prywatnych i charakteru świadczeń można wyróżnić:

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

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

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

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

- zniesienie ograniczeń dla rozwoju świadczeń instytucji prywatnych (*incentive-driven provision*) w postaci likwidacji lub zmniejszenia przywilejów wypierających rozwiązania prywatne;
- system zachęt podatkowych i regulacji prawnych (zapewniających bezpieczeństwo) dotyczących świadczeń instytucji prywatnych (*encouraged voluntary provision*) stwarzający kompleksowy mechanizm zachęt do angażowania się osób prywatnych;
- wyodrębnienie procesu zarządzania (*administrative contracting-out*) określonych czynności związanych z zapewnianiem świadczeń w ramach systemu publicznego;
- prywatyzacja świadczeń ponadstandardowych (*complementary benefit privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń komplementarnych zastępujących lub konkurujących z ponadstandardowymi świadczeniami publicznymi;
- prywatyzacja świadczeń bazowych (*coverage privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń zastępujących lub konkurujących z bazowymi świadczeniami publicznymi;
- urynkowanie świadczeń pozasystemowych (*coverage marketization*), czyli stworzenie rynku na obowiązkowe świadczenia lub usługi, które nie były wcześniej objęte systemem świadczeń społecznych.³⁷

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

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

Partnerstwa publiczno-prywatnego (*public-private mix*) używa się w tworzeniu i realizacji polityki społecznej w celu optymalizacji efektów. Optymalizację tę można rozpatrywać na dwóch poziomach: makro i mikro.³⁸ Poziom makro dotyczy określenia odpowiedniego rozmiaru i roli sektora publicznego oraz prywatnego (traktowanego jako alternatywa dla publicznego). Poziom mikro dotyczy natomiast zasadności angażowania prywatnych podmiotów do realizacji zadań sektora publicznego, bez rezygnacji ze starań o utrzymanie pryncypiów charakterystycznych dla systemu publicznego.

Udział instytucji publicznych i prywatnych w realizacji polityki społecznej jest uzależniony od zakresu i charakteru działań podejmowanych w ramach polityki spo-

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

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

tecznej. Jeżeli działania te mają charakter powszechny, to zaangażowanie instytucji publicznych może się okazać niezbędne dla osiągnięcia takiego efektu. Instytucje prywatne angażuje się wówczas, gdy są one skuteczniejsze lub efektywniejsze od publicznych, oraz gdy zaangażowanie instytucji publicznych osłabiłoby ich skuteczność lub efektywność w innych obszarach lub jest prawnie zabronione. Preselekcja instytucji publicznych w realizacji polityki społecznej wynika z roli państwa jako dominującego podmiotu polityki społecznej. Jednak coraz częściej można mówić o partnerstwie publiczno-prywatnym w ramach polityki społecznej, które jest szczególnie widoczne w zabezpieczeniu emerytalnym oraz ochronie zdrowia. Należy przy tym zauważyć, że spodziewane korzyści wynikające z zaangażowania instytucji prywatnych w rzeczywistości niekoniecznie powodują znaczący wzrost skuteczności i efektywności.³⁹

Sposób organizacji polityki społecznej, w kontekście partnerstwa publiczno-prywatnego, jest odpowiedzią na zmiany zachodzące w społeczeństwie oraz w otoczeniu polityki społecznej.⁴⁰ Należy jednak podkreślić, że relacje mogą być obustronne, tzn. sposób i forma organizacji polityki społecznej wpływa również na zachowania beneficjentów. Proporcje stosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w polityce społecznej mają wpływ na rozmiar ubóstwa i nierówności, dostępu do świadczeń społecznych itp.⁴¹

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

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

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

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

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

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

Państwo w ramach takiej polityki może:

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

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

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

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

- zapewnienie odpowiedniej jakości i wysokości świadczeń – jakość i wysokość świadczeń dość często decyduje o wysokości kosztów ponoszonych przez instytucję prywatną, co może prowadzić do ich zaniżania;
- zapewnienie powszechności – braki kapitałowe oraz dominujące kryterium zysku powoduje, że powszechność rzadko jest osiągnięta;⁴²
- finansowanie systemu gwarancji – instytucje prywatne z uwagi na ograniczone kapitały oraz dominację kryterium zysku (w przypadku instytucji *for profit*) mogą mieć problem ze stworzeniem systemu gwarancji zapewniającego wypłatę świadczenia lub realizacji usługi.

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

42. Państwo może to zmienić wprowadzając przymus.

2. Zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w życiu codziennym obywateli

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

2.1. UBEZPIECZENIA W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Ubezpieczenia coraz częściej są używane w zabezpieczeniu społecznym. Metoda ubezpieczenia jest doceniana szczególnie, gdy ważna jest ekwiwalentność składki i świadczenia. Udział zakładów ubezpieczeń stanowi przykład wykorzystania elementów mechanizmów rynkowych w zapewnianiu świadczeń i usług społecznych w ramach polityki społecznej. Ich użycie w krajach europejskich, w tym również w Polsce,⁴³ jest coraz powszechniejsze.

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

Zakłady ubezpieczeń od początku uczestniczyły w reformie systemu emerytalnego, pośrednio w II filarze⁴⁴ oraz bezpośrednio w III filarze. W roku 2008 z istniejących 1078 Pracowniczych Programów Emerytalnych aż 800 (74 proc.) funkcjonowało w formie ubezpieczeniowej. Z ogółu 325 tys. uczestniczących w PPE 130 tys. (40 proc.) osób było uczestnikami umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W sumie odprowadzono 897 mln zł składki. Na 854 tys. Indywidualnych Kont Emerytalnych prowadzonych w 2008 roku aż 634 tys. (74 proc.) było

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

44. Zakłady ubezpieczeń stanowią 58 proc. akcjonariatu PTE (2008 rok). Jeśli nie zaznaczono inaczej dane pochodzą z strony internetowej Komisji Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl (28.12.2009).

prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń. Jednak tylko na 30 proc. tych kont dokonano wpłaty w 2008 roku. Oznacza to, że przyszli emeryci nie czują potrzeby, lub nie mają motywacji, do oszczędzania na starość we własnym zakresie, najprawdopodobniej z uwagi na niedostateczną świadomość potrzeby oszczędzania.

Problem ten zaobserwowano również w Wielkiej Brytanii, która od roku 2001 próbowała zaktywizować oszczędności osób o niskich przychodach. Jednak wadliwe regulacje, w tym konstrukcja produktu, sposób sprzedaży oraz otoczenie systemowe spowodowały, że program ten zakończył się niepowodzeniem. Przykład ten pokazuje, że samo zaangażowanie prywatnych podmiotów nie gwarantuje sukcesu. Niezwykle istotne jest opracowanie spójnej koncepcji, uwzględniającej ewentualne ograniczenia i przeszkody oraz dostosowanie produktu do możliwości obywateli i zakładów ubezpieczeń.

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

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

Jednak nie tylko ryzyko starości może być obsługiwane przez prywatne podmioty. Już od wielu lat z powodzeniem w krajach takich jak Finlandia, Dania, Belgia, Holandia czy Portugalia prywatne zakłady ubezpieczeń realizują zadania z zakresu finansowania ryzyka wypadków przy pracy. Zaangażowanie instytucji prywatnych wpłynęło pozytywnie na zakres działań prewencyjnych oraz zwiększyło skuteczność rehabilitacji i działań zmierzających do reintegracji niepełnosprawnych pracowników. Mechanizm ubezpieczenia zwiększył zachęty do bardziej efektywnego wykorzystywania świadczeń i usług związanych z trwałą niezdolnością do pracy.⁴⁵

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

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

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

2.2. UBEZPIECZENIA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Zakłady ubezpieczeń w ramach systemów ochrony zdrowia oferują produkty substytucyjne, komplementarne lub suplementarne.⁴⁶ **Produkty substytucyjne** są bardziej adekwatne w przypadku funkcjonowania modelu zaopatrzeniowego polityki społecznej, w którym zastępują one publiczny system opieki zdrowotnej w zakresie, w którym jest on mniej skuteczny, np. w sytuacji długiego oczekiwania na usługę lub świadczenie. W modelu ubezpieczeniowym finansowania ochrony zdrowia produkty substytucyjne stanowią alternatywę dla osób, które nie są objęte przymusem uczestnictwa w systemie publicznym, gdyż zapewniają ochronę na poziomie nie niższym niż system publiczny. System taki funkcjonuje w Holandii, Niemczech i w pewnym zakresie w Hiszpanii.

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

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

W Polsce dodatkowe ubezpieczenia chorobowe mają potencjalnie duże znaczenie i mogą służyć współfinansowaniu lub zwiększeniu standardu oraz zakresu usług medycznych. Jednak w związku z brakiem dokładnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu publicznego, rozwój tego typu ubezpieczeń jest bardzo utrudniony. W tym zakresie nie można nie wspomnieć o cennej inicjatywie samorządu gospodarczego zakładów ubezpieczeń w postaci kompleksowego projektu włączenia zakładów ubezpieczeń w system ochrony zdrowia.⁴⁷

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

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

PROPOZYCJA UBEZPIECZYCIELI

Polska Izba Ubezpieczeń przygotowała kompleksową propozycję zmian systemu finansowania ochrony zdrowia, która przyczyni się do szerzenia konkurencji pomiędzy płatnikami za świadczenia zdrowotne. W tej propozycji przyjęto, że optymalnym rozwiązaniem mogącym poprawić finansową sytuację polskiego systemu ochrony zdrowia, na co wskazują także doświadczenia międzynarodowe, jest dopuszczenie do zarządzania środkami publicznymi pochodzącymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obok funduszy publicznych, także prywatnych funduszy zdrowia (PFZ). Tak wytworzona konkurencja na poziomie płatników, doprowadzić ma do podniesienia efektywności systemu, gdyż każda osoba, spełniająca kryteria przystąpienia do prywatnego funduszu, będzie jego klientem, a nie petentem, jak to ma miejsce obecnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zwiększenie liczby instytucji zarządzających składką zdrowotną doprowadzi w konsekwencji do poprawy jakości i organizacji dostarczanych świadczeń zdrowotnych.

Propozycja obejmuje wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze dobrowolnym, ale przy takiej organizacji systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, aby w kolejnych latach, wraz ze wzbogacaniem się polskiego społeczeństwa, miały one charakter masowy, jak we Francji, Holandii czy Australii. Rozwiązanie proponowane przez PIU, w którym prywatne ubezpieczenia zdrowotne miałyby charakter masowy oznacza, że część ze środków stanowiących ubezpieczenia prywatne trafiłaby właśnie do świadczeniodawców publicznych, obsługujących w chwili obecnej Polaków korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Byłyby to z pewnością głównie szpitale, ale także specjalistyczne leczenie ambulatoryjne oraz centra diagnostyczne i rehabilitacyjne.

Prywatne fundusze zdrowia, obok zarządzania środkami pochodzącymi ze składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pobierałyby składkę dodatkową. Ze względu na rodzaj prowadzonej działalności, do tworzenia prywatnych funduszy zdrowia upoważnione byłyby zakłady ubezpieczeń Działu II posiadające licencję na prowadzenie ubezpieczeń grupy 2. Zdaniem Izby nie ma potrzeby tworzenia w Polsce odrębnego działu ubezpieczeń zdrowotnych. Istniejące obecnie prawo ubezpieczeniowe jest wystarczające, o czym świadczą oferty kilku zakładów ubezpieczeń działających już na rynku zdrowotnym.

Osoby, które zdecydowałyby się na ubezpieczenie prywatne opłacane za siebie i swoją rodzinę, miałyby do wyboru szereg opcji ubezpieczeń dodatkowych oferowanych przez wybrany przez siebie prywatny fundusz zdrowia. Obejmowałyby one ubezpieczenia od standardu podstawowego (w zakresie nie mniejszym, niż w systemie publicznym), aż po standard najwyższy, umożliwiający np. konsultacje i leczenie za granicą, w zależności od swoich potrzeb, preferencji i możliwości.

W modelu finansowania opieki zdrowotnej proponowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń, prywatny fundusz zdrowia otrzymywałby za każdego ubezpieczonego stawkę kapitałową, płatną z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz składkę dodat-

kową płaconą przez ubezpieczonego w wysokości uzależnionej od wybranego standardu.

Wysokość stawki kapitacyjnej ustalana byłaby przez nowo utworzony Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (na podstawie faktycznych wydatków funduszu publicznego, a później także funduszy prywatnych), a przekazywana do PFZ oraz publicznych funduszy zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgodnie z ustalonym algorytmem.

Za otrzymane środki, prywatny fundusz zdrowia oferowałby finansowanie kompleksowej opieki zdrowotnej oraz refundację cen leków w zakresie obowiązującym w Polsce, z wyłączeniem ratownictwa medycznego i procedur wysokospecjalistycznych, których finansowanie pozostałoby wyłączną domeną systemu publicznego.

Fundusze, które weszłyby na rynek ubezpieczeń zdrowotnych później, niż w pierwszym roku funkcjonowania nowego systemu, miałyby obowiązek w pierwszym roku swojej działalności być otwarte (tak jak ich poprzednicy) dla osób uprawnionych do 65 roku życia. Taki mechanizm redukuje ryzyko dużych różnic w strukturze wiekowej klientów prywatnych funduszy zdrowia, które weszłyby na rynek w różnych latach.

W celu zwiększenia dostępności do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rodzin wielodzietnych PIU proponuje, aby budżet państwa opłacał część (lub całość) składki w standardzie podstawowym za każde dziecko w rodzinie z minimum trójką, lub większą liczbą dzieci.

W celu skoordynowania polityki lekowej i lepszej kontroli nad kosztami leków Izba proponuje, aby powstała nowa instytucja rozliczeniowa, która byłaby spółką akcyjną, utworzoną przez wszystkie publiczne i prywatne fundusze zdrowia. Pozwoli to na organizację jednego wspólnego systemu rozliczeń leków refundowanych, co z punktu widzenia kosztów ma niebagatelne znaczenie. Ponadto uważa, że fundusze zdrowotne, jako dysponenti środków na leki, powinny mieć wpływ na kształt list leków refundowanych.

Proponowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce będą skutkowały:

- zwiększeniem środków na zakup świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa, bez podnoszenia poziomu podatków ani składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- optymalizacją liczby świadczeń zdrowotnych zakupywanych przez prywatne oraz publiczne fundusze zdrowotne poprzez dostosowanie ich liczby do realnych potrzeb ubezpieczonych;
- ograniczeniem barier dostępu i szybszym rozładowywaniem kolejek do świadczeń, które obecnie są skutkiem niedoboru środków i brakiem mechanizmów zarządzania na poziomie płatnika;
- podniesieniem poziomu opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, poprzez zwiększenie dostępności i jakości świadczeń oraz wdrożenie mechanizmów związanych z zarządzaniem poziomem zdrowia ubezpieczonych w dłuż-

szej perspektywie przez zastosowanie programów badań profilaktycznych i promocji zachowań prozdrowotnych;

- optymalizacją wykorzystania zasobów po stronie świadczeniodawców, m.in. dzięki większej liczbie kontraktowanych świadczeń;
- konkurencją wśród świadczeniodawców o kontrakty płatników, co powinno skutkować podniesieniem jakości i optymalizacją ceny udzielanych świadczeń.

Proponowany system cechuje:

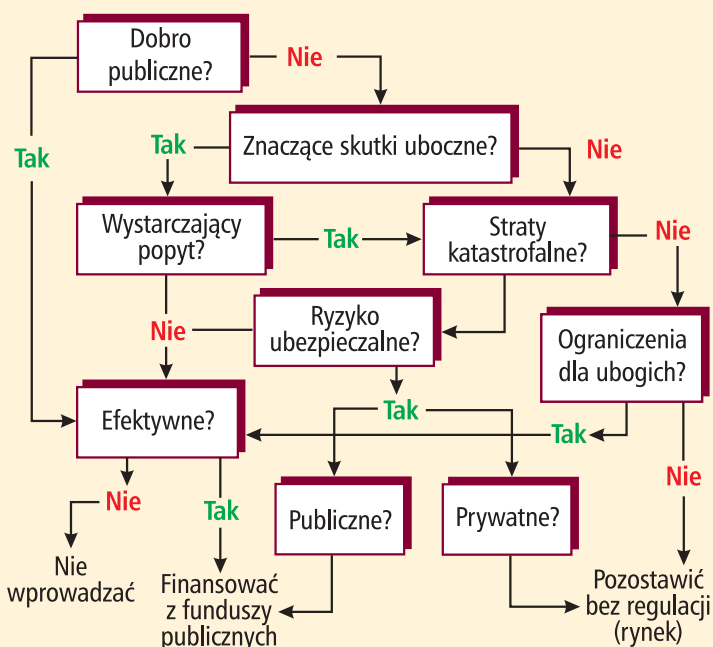
- prostota jego konstrukcji, w szczególności dzięki brakowi zastosowania systemu wyrównawczego, którego rolę pełni zasada podziału składek z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na stawki kapitacyjne zależne wyłącznie od płci i wieku;
- zachowanie zasady solidaryzmu między osobami o niskich i wysokich dochodach (prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest dobrowolne, a decyzja o jego wykupie przez osobę o ponadprzeciętnie wysokich dochodach oznacza pozostawienie w systemie publicznym znacznej części środków z jej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne);
- uzyskanie oszczędności w systemie publicznym, które będą mogły być przekazane na świadczenia medyczne dla osób, które wybiorą korzystanie ze świadczeń finansowanych z systemu publicznego;
- dopływ dodatkowych środków finansowych do całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego statusu prawnego, bez zwiększania obciążeń podatkowych;
- szeroki dostęp do dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od stanu zdrowia;
- możliwość dostępu do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym lepszej opieki zdrowotnej dla osób starszych

(Polska Izba Ubezpieczeń, „Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Propozycja rozwiązań”, Warszawa, luty 2008.)

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

Wiele systemów ochrony zdrowia funkcjonuje na świecie pod nazwą ubezpieczenie. Należy jednak zwrócić uwagę na błędne utożsamianie rozpraszania ryzyka (*pooling of risk*) z metodą ubezpieczenia.⁴⁸ Nazywanie ubezpieczeniami rozwiązań o charakterze zaopatrzeniowym, finansowanych z podatków, może prowadzić do licznych nieporozumień. Mniej kontrowersji budzi termin społeczne ubezpieczenie zdrowotne (*social health insurance*), aczkolwiek w zasadzie jedynym ubezpieczeniowym elementem w tym rozwiązaniu jest to, że świadczenie jest należne tylko dla tych, którzy opłacili składkę do wyodrębnionego funduszu.⁴⁹ W przypadku stosowania metody ubezpieczenia w polityce zdrowotnej, należy odróżnić finansowanie skutków ryzyka od finansowania całego systemu. Metodę ubezpieczenia można zastosować głównie do finansowania skutków ryzyka choroby. Finansowanie całego systemu wymaga wielowariantowych rozwiązań dostosowanych do funkcji i celów systemu ochrony zdrowia.

Schemat 3. Algorytm decyzyjny stosowania ubezpieczeń publicznych i prywatnych



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

48. Por. K. Davis, *National Insurance: benefits, costs, and consequences*, The Brookings Institution, Washington 1975.

49. R.B. Saltman, *Social health Insurance in perspective: the challenge of sustaining stability* [w:] *Social health insurance systems in western Europe*, ed. by R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras, Open University Press, Maidenhead 2004, s. 4-8.

2.3. UBEZPIECZENIE MAJĄTKU

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

2.3.1. Ubezpieczenie nieruchomości

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

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

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

2.3.2. Ubezpieczenia rolne

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

Warto zauważyć, że ubezpieczenia plonów i płodów rolnych na wypadek żywiołów będzie quasi obowiązkowe, gdyż wymagane będzie w sytuacji korzystania z dopłat do

produkcji rolnej ze środków Unii Europejskiej. To prowadzi do konstatacji, że rolnicy kupują ubezpieczenia tylko, jeśli muszą, a i to nie wszyscy.

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

2.4. UBEZPIECZENIE ZOBOWIĄZAŃ

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

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

2.4.1. Ubezpieczenia komunikacyjne

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

Wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia oznacza *de facto* przeniesienie sporów cywilnych w tym zakresie z sądów powszechnych do zakładów ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń dokonują szybszej likwidacji szkód zapewniając jednocześnie cały pakiet usług związanych z holowaniem, wyceną szkód i bezgotówkową naprawą.⁵⁰ W roku 2008 w sumie z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wypłacono 861 397 świadczeń (Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny wypłacił 3,3 tys. świadczeń),⁵¹ które przy braku tego ubezpieczenia potencjalnie stanowiłyby dodatkowe sprawy w sądach. Dla zobrazowania, w roku 2008 wpłynęło 6 214 982 spraw cywilnych.⁵² Dane wskazują na dużą dynamikę wielkości odszkodowań i świad-

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

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

52. Ministerstwo Sprawiedliwości, http://www.ms.gov.pl/statystyki/2008_wssp.pdf (październik 2009).

czeń – ponad 12 proc. w okresie 2007 i 2008 (Tabela 4.). Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że przeciętna składka wyniosła 406 zł (2008), natomiast przeciętne świadczenie 4 878 zł (2008).

Tabela 5. Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w latach 2007 i 2008 w Polsce

	2007	2008
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	6 038 048	6 809 544
Odszkodowania i świadczenia wypłacone (w tys. zł)	3 687 092	4 201 508
Liczba polis	15 764 116	16 765 441
Liczba wypłaconych świadczeń	777 682	861 397

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

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

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

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

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

Statystycznie, w Polsce ok. 14 proc. osób, które ukończyły 18 rok życia, nie dożyje 60 roku życia.⁵³ Ich śmierć, poza oczywistą tragedią osobistą, oznacza znaczące pogorszenie sytuacji życiowej małżonków i dzieci. Do tej pory ubezpieczenia życiowe dość często postrzegane były jako produkty ekskluzywne, skierowane do wyselekcjonowanej, bogatej grupy odbiorców. Takie podejście nie odpowiada rzeczywistości, czy nawet idei ubezpieczeń. Już obecnie skala użycia ubezpieczeń życiowych jako zabezpieczenia kredytów hipotecznych sprawia, że są to bardzo powszechne produkty. Wydaje się, że użytecznym byłoby wypracowanie minimalnych standardów takiego ubezpieczenia.

53. *Trwanie życia w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2008.

Tabela 6. Stopa bezrobocia (bezrobocie rejestrowane) w latach 2000-2008

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2002	20,1	20,2	20,1	19,9	19,2	19,4	19,4	19,5	19,5	19,5	19,7	20,0
2003	20,6	20,7	20,6	20,3	19,8	19,7	19,6	19,5	19,4	19,3	19,5	20,0
2004	20,6	20,6	20,4	19,9	19,5	19,4	19,3	19,1	18,9	18,7	18,7	19,0
2005	19,4	19,4	19,2	18,7	18,2	18,0	17,9	17,7	17,6	17,3	17,3	17,6
2006	18,0	18,0	17,8	17,2	16,5	15,9	15,7	15,5	15,2	14,9	14,8	14,8
2007	15,1	14,8	14,3	13,6	12,9	12,3	12,1	11,9	11,6	11,3	11,2	11,2
2008	11,5	11,3	10,9	10,3	9,8	9,4	9,2	9,1	8,9	8,8	9,1	9,5

Źródło: GUS. Uwzględniono wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań oraz Powszechnego Spisu Rolnego przeprowadzonych w 2002 r.

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

2.5. GWARANCJE BEZPIECZEŃSTWA W UBEZPIECZENIACH

Sektor ubezpieczeń posiada własny system bezpieczeństwa, na który składają się czynny nadzór oraz fundusz gwarancyjny, który w zależności od kompetencji może spełniać różnorakie funkcje m.in:

- pomoc finansowa zakładom ubezpieczeń w przejściowych trudnościach finansowych,
- ochrona ubezpieczonych w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń,
- zabezpieczenie interesów poszkodowanych objętych ochroną w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych⁵⁴.

Rozwiązania stosowane w Polsce spełniają wysokie standardy europejskie i są porównywalne z innymi krajami, a w niektórych przypadkach mogą stanowić wzór do naśladowania. Warto też dodać, że Komisja Europejska pracuje nad dyrektywą regulującą funkcjonowanie i zakres ochrony zapewnianej przez ubezpieczeniowe fundusze gwarancyjne w kontekście tworzenia jednolitego europejskiego rynku ubezpieczeniowego.⁵⁵

54. Dokładny opis zakresu i sposobu funkcjonowania ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w Polsce przedstawiono na s. 17.

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

Wydaje się, że w przyszłości zasadne byłoby wprowadzenie rozwiązania zapewniającego kontynuację długoterminowych ubezpieczeń życiowych i chorobowych w sytuacji upadłości zakładu ubezpieczeń.

3. Ubezpieczenia w polityce gospodarczej

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

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

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

- ryzyko produkcji związane ze wstrzymaniem, na określony czas, realizacji przygotowanego kontraktu;⁵⁶
- ryzyko kredytu, czyli braku zapłaty należności za wysłane towary lub zrealizowane usługi;
- ryzyko polityczne;⁵⁷
- ryzyko kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu;
- ryzyko inwestycji bezpośrednich za granicą;
- ryzyko strat finansowych z tytułu ryzyka kursowego.

W Polsce, oprócz standardowej działalności zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, funkcjonuje powołana przez Skarb Państwa Korporacja Ubezpieczeniowa Kredytów Eksportowych SA, której przedmiotem działalności jest m.in. prowadzenie gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeń eksportowych. Gwarantowane przez Skarb Państwa ubezpieczenia eksportowe są przeznaczone dla eksporterów prowadzących wymianę handlową z krajami podwyższonego ryzyka lub uznanych za ważne dla polskiego eksportu. Gwarancje Skarbu Państwa mają obniżyć ryzyko, czyli zmniejszyć składkę, przyczyniając się jednocześnie do promocji polskiego eksportu. Konkurencja panująca na tym rynku sprawia, że są również zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia eksportowe bez wsparcia państwa.

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

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

4. Udział ubezpieczeń w finansowaniu ryzyk katastrofalnych

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

4.1. UBEZPIECZENIE SKUTKÓW ŻYWIOŁÓW

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

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

4.2. UBEZPIECZENIE SZKÓD ŚRODOWISKOWYCH

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

Tabela 7. Pokrycie ubezpieczeniowe i wskaźnik penetracji dla różnych ryzyk katastrofalnych w wybranych krajach europejskich

Ryzyka objęte ochroną	Austria	Belgia ⁽¹⁾	Szwajcaria	Czechy	Niemcy	Dania	Hiszpania	Finlandia	Francja	Wielka Brytania	Grecja	Włochy	Holandia	Norwegia	Polka	Portugalia	Szwecja	Turcja
Sztorm	O	C ⁽²⁾	C	O	O	O	P	O	C	O	S	N	O	P	O	O	O	O
Cyklony i huragan	O	C ⁽²⁾	C	N	O	O	P	O	C	O	S	N	O	P	N	O	O	O
Powódź	O	C	C	O	S	N	P	O	C	O	S	O	N	P	O	O	O	O
Duże obiekty		O	C	O	O	O	O	O	O	O	S	O	O	S	O	C ⁽²⁾	O	S
Podtopienia	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Osunięcie ziemi	O	C	C	O	S	O	S	O	C	O	S	O	S	P	O	O	O	O
Śnieg	O	O	C	O	S	O	O	O	O	O	S	O	O	O	O	N	O	O
Mróz	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	S	O	O	O	O	N	O	N
Lawina	O	N	C	O	S	N	O	O	C	N	N	O	N	P	O	N	O	N
Susza	O	N	N	S	N	N	S	N	C	N	N	N	N	N	N	N	O	N
Zapadanie się ziemi	O		N	O	S	N	S	N	C	O	S	N	N	N	O	O	O	O
Trzęsienia ziemi	N	C	O	O	O	O	P		C	O	O	N	N	P	O	O	O	C
Pożary lasów	S	N	N	N	O	O	S	O	S	N	S	N	O	O	O	O	O	S
Erupcja wulkanu	N			O	O		P		C	N	O	N	N	P	O	O	O	
Uderzenie pioruna	O			O	O		O	O	O	O	O	O	O	O			O	O

(1) Zgodnie z ustawą uchwaloną 17 września 2005 r. opublikowaną w Monitorze 11 października 2005 r. Wskaźnik penetracji nie jest jeszcze znany.

(2) Tylko dla dużych podmiotów

Podstawowe typy ochrony ubezpieczeniowej:

C: ubezpieczenia obowiązkowe, P: obowiązkowy *pool*, O: opcjonalna ochrona, S: niezbyt popularna ochrona, N: nie istnieje

Wskaźnik penetracji – procent ubezpieczonych wśród potencjalnych klientów:

: >=75%
 : 25% - 75%
 : 10% - 25%
 : <10%
 : brak danych

Źródło: *Reducing the Social and Economic Impact of Climate Change and Natural Catastrophes; Insurance Solutions and Public-Private Partnerships*, CEA, Brussels, s.25.

4.3. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK AKTÓW TERRORU

Jak pokazały przykłady innych rozwiniętych krajów, ryzyko ataku terrorystycznego stało się całkiem realne i można się go spodziewać również w naszym kraju. Państwa, w których problem ten pojawił się w rzeczywistości, organizują systemy finansowania potencjalnych skutków aktów terroru. Dobry przykład stanowi Wielka Brytania, gdzie na potrzeby ubezpieczenia, na wypadek aktów terroru, utworzono specjalny *pool*⁵⁸ ubezpieczeniowy. Taka organizacja pozwala na zmniejszenie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, a obywatelom zapewnia kompensatę strat poniesionych w wyniku ataku terrorystycznego.

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