

Spis treści

NOWE IDEE I POLEMIKI

- W sprawie kształtowania popytu na ochronę ubezpieczeniową**
– Tadeusz Szumlicz 3

ROZPRAWY NAUKOWE

- Uprawnienie poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym do pojazdu zastępczego – ujęcie prawnoporównawcze**
– Eugeniusz Kowalewski 7
- Stypizowane stany faktyczne, w których refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego nie jest adekwatna**
– Eugeniusz Kowalewski, Michał Piotr Ziemiak 19
- Polski system ubezpieczeń eksportowych ze wsparciem państwa – uwagi *de lege ferenda*** – Jolanta Gajda 35
- Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych** – Eugeniusz Kowalewski 59
- Kilka uwag o technice tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia**
– Marcin Orlicki 75
- Aktywność inwestycyjna europejskich ubezpieczycieli na tle globalnego kryzysu finansowego** – Sylwia Bożek 89
- Wybrane aspekty wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji dla potrzeb bilansowych oraz oceny wypłacalności** – Marzanna Lament 101
- Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych – modelowanie ryzyka oraz produktów cz. 2**
– Witold Abramowicz, Piotr Stolarski, Krzysztof Węcel 117
- Możliwe ekonomiczne skutki podwyższenia limitu prędkości na drogach w Polsce** – Mirosław Szreder, Ewa Wycinka 137

RECENZJE

- Recenzja książki pt. „Der Gruppenversicherungsvertrag – Grundlagen und ausgewählte Problemfelder“ („Umowa ubezpieczenia grupowego – podstawy i wybrane problemy“), Fabian Herdter, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe 2010, ss. 218** – Marcin Orlicki 149

TADEUSZ SZUMLICZ

W sprawie kształtowania popytu na ochronę ubezpieczeniową

Przegląd literatury przedmiotu (podkreślane w „Wiadomościach Ubezpieczeniowych” znaczenie „wiedzy dla praktyki”) pozwala na uogólniające stwierdzenie, że to kondycja ekonomiczna przedsiębiorstw i gospodarstw domowych determinuje popyt na rynku ubezpieczeniowym. Podkreśla się przy tym, że w ustaleniach dotyczących tej zależności istotne znaczenie ma zwłaszcza sytuacja materialna gospodarstw domowych. Jednakże w rozważaniach na powyższy temat mówi się też (pytanie: czy dość wyraźnie?) o innych, równie ważnych czynnikach wpływających na korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej: awersji do ryzyka i przezorności ubezpieczeniowej, ofercie ubezpieczeń, kosztach ochrony ubezpieczeniowej, świadomości ubezpieczeniowej, zaufaniu do ubezpieczycieli, polityce ubezpieczeniowej państwa, gwarancjach dla ochrony ubezpieczeniowej, reprezentacji interesów na rynku ubezpieczeń. Dobrze zatem, że coraz bardziej eksponuje się inne wyznaczniki kształtowania popytu na rynku ubezpieczeniowym niż tylko te *stricto* finansowe.

Na tym tle warto przypominać zwłaszcza o trzech czynnikach, które na obecnym etapie rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce mają – zapewne nie tylko moim zdaniem – znaczenie zasadnicze. Chodzi o:

- (1) kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej, w rozumieniu dostarczania wiedzy i zdobywania umiejętności racjonalnego korzystania z ochrony ubezpieczeniowej;
- (2) kształtowanie zaufania do ubezpieczycieli, w rozumieniu ogólnego wizerunku branży (a nie tylko poszczególnych zakładów ubezpieczeń!), pozytywnego postrzegania oferentów usług (produktów), dobrych praktyk w interesie klientów, społecznej odpowiedzialności biznesu;
- (3) politykę ubezpieczeniową państwa, w rozumieniu nie tylko nadzoru nad daną sferą działalności gospodarczej, ale przede wszystkim aktywnego wpływania na popytową stronę rynku, poprzez promowanie i tworzenie zachęt do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej.

Można oczywiście zadać pytanie, czy do kształtowania świadomości ubezpieczeniowej nie powinno się włączyć przede wszystkim edukacji szkolnej? Powinno, ale to po-

stulat obecnie mało realny, a inicjatywy instytucji ubezpieczeniowych w tym zakresie są i tak nieodzowne. Można też zadać pytanie, czy zakłady ubezpieczeń nie zdają sobie sprawy z marnego wizerunku branży i konieczności jego zmiany? Z całą pewnością firmom ubezpieczeniowym zależy na poprawie wizerunku prowadzącego do większego do nich zaufania, ale w tym przypadku musi to być działanie zbiorowe, które nie jest zakłócanie nieprzemyślanymi akcjami (raczej wybrykami) marketingowymi, przygotowywanymi przez ludzi chyba zupełnie nierozumiejących swoistych cech działalności ubezpieczeniowej. Można wreszcie zadać pytanie, czy aktywne wpływanie na popyt na rynku tak trudnym jak ubezpieczeniowy jest w ogóle możliwe? Odpowiedź jest złożona, gdyż dziedzina oddziaływania jest rzeczywiście trudna, ale właśnie z tego powodu podjęcie się kształtowania rynku jest uzasadnione i wskazane.

Tymczasem obserwacja polskiej praktyki ubezpieczeniowej, o której *de facto* decyduje postępowanie zakładów ubezpieczeń i prowadzona polityka państwa, zdaje się umacniać przeświadczenie o tym, że w rozwoju rynku ubezpieczeniowego wymienione czynniki są ciągle bagatelizowane lub przynajmniej niedoceniane. Mało tego, co jakiś czas pojawiają się wprowadzające duże zamieszanie zdarzenia (nie losowe!), które powodują ponowne mącenie świadomości ubezpieczeniowej, niwecząc z trudem uzyskiwaną poprawę wizerunku firm ubezpieczeniowych, czy też pozwalają wątpić w konsekwentną politykę ubezpieczeniową państwa.

Proszę wytłumaczyć mi racjonalność społeczną i biznesową reklam dyskredytujących agentów jako pośredników ubezpieczeniowych, reklam o „rąbaniu” klientów na rynku ubezpieczeniowym, reklam o „atrapach” w odszkodowaniach ubezpieczeniowych. Przecież nie są to działania marketingowe przekonujące o potrzebie ochrony ubezpieczeniowej ani – wbrew pozorom – o potrzebie przemyślanego wyboru produktu na rynku ubezpieczeniowym. Przecież takie opisy rynku nie zachęcają do korzystania z ubezpieczeń, a wręcz od nich odstręczają. Być może znajdują się klienci zainteresowani zakupami ubezpieczeń kanałem *direct*, ale „przy okazji” przekonanie o niegodziwej roli agentów będzie miało negatywny wpływ na sprzedaż produktów „niedirectowych”. Nieliczni klienci, korzystający już z ochrony ubezpieczeniowej, dadzą się zapewne namówić na zmianę zakładu ubezpieczeń na ten, który podobno (?) „nie rąbie” ubezpieczonych, ale „przy okazji” znacznie więcej potencjalnych klientów zamiast awersji do ryzyka nabawi się awersji do ubezpieczeń. Niektórzy klienci, korzystający już z ochrony ubezpieczeniowej, może dadzą się namówić na zmianę zakładu ubezpieczeń na ten, który podobno (?) rzetelnie przeprowadza likwidację szkód oraz solidnie wypłaca świadczenia i odszkodowania, ale „przy okazji” znowu ubędzie dużo więcej potencjalnych klientów, którzy właśnie rozważali skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej.

Reklamowanie ubezpieczeń nie należy do łatwych działań marketingowych, bo zachęcanie do zakupu czegoś, co może się okazać przydatne w sytuacji, w której mamy nadzieję się nie znaleźć, wymaga dostatecznej wyobraźni i po stronie twórcy reklamy i po stronie jej odbiorcy. Wydaje się jednak, że zbyt często w komórkach marketingowych zakładów ubezpieczeń są zatrudniani ludzie nieposiadający elementarnej wiedzy ubezpieczeniowej, a w konsekwencji znajomości produktu, do którego zakupu mają namawiać. Niestety projekty ich reklam najczęściej przypominają reklamowanie proszku do prania lub innych produktów powszechnego użytku, a więc takie zachwalanie

produktów, aby przeciągnąć klientów innych producentów na swoją stronę. Co gorsze, należy przyjąć, że ten sposób działań na rynku i komunikacji z klientami akceptują zarządy niektórych spółek, a przecież z litery prawa mają w nich zasiadać osoby o odpowiednim doświadczeniu zawodowym. Niestety, na rynku ubezpieczeniowym ciągle jeszcze występują i są tolerowane objawy konkurencji patologicznej, a dbałość o przejrzystość i zaufanie do rynku w interesie zarówno klienta, jak i zakładów ubezpieczeń jest stale niedoceniana oraz następuje zbyt wolno.

Czy naprawdę trudno zrozumieć, że na polskim rynku ubezpieczeniowym chodzi przede wszystkim o wzrost popytu poprzez promowanie ochrony ubezpieczeniowej, o poszerzanie grona osób z niej korzystających, o zachęty do zakupu produktów ubezpieczeniowych. Jeżeli do zalet zastosowania metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przekonamy tych, którzy powinni i mogą z niej korzystać, to ze skutecznego wzrostu zapotrzebowania na ochronę ubezpieczeniową i zjednywania sobie klientów skorzystają wszystkie zakłady ubezpieczeń. Zapewne skorzystają nie w takim samym stopniu, gdyż będzie miał znaczenie również indywidualny wizerunek firmy, ale to już inny problem. Póki co ważne jest pozytywne postrzeganie branży, której społecznego i ekonomicznego znaczenia nie można przecenić.

Są reklamy, które sprzyjają takiemu popytowemu podejściu do rozwoju rynku ubezpieczeń. Czy zatem reklamy typu: „ubezpiecz życie, najlepiej w ...”, „bo lichy nie śpi...”, „resztę opowiem, jak wrócę ...”, nie powinny dominować? Przecież to właśnie tego rodzaju treści reklamowe przemawiają za korzystaniem z ochrony ubezpieczeniowej. Przecież to właśnie tego rodzaju treści reklamowe mogą sprzyjać działaniom prewencyjnym i mieć znaczący wpływ na zachowania ostrożnościowe ubezpieczonych, co z kolei pozwala na obniżenie kosztów ochrony ubezpieczeniowej i wzrost popytu na nią.

Niezwykle ważna jest zatem promocja zaufania społecznego do zakładów ubezpieczeń (nie tylko promocja zaufania publicznego, czyli ta wynikająca z nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową), w którą powinny włączyć się wszystkie instytucje ubezpieczeniowe, i o którą powinny zadbać przede wszystkim same zakłady ubezpieczeń. Jednakże konieczna jest również promocja ubezpieczeń, która służyłaby upowszechnianiu korzyści wynikających z ochrony ubezpieczeniowej. Trzeba zwrócić uwagę, że w takiej promocji powinien uczestniczyć także Rzecznik Ubezpieczonych stając się w ten sposób reprezentantem nie tylko tych, którzy ubezpieczenia już posiadają, ale także tych, którzy z ochrony ubezpieczeniowej powinni korzystać (w ostatnim czasie dobry przykład włączenia się do promocji ubezpieczeń ochrony prawnej).

W tym zakresie działań na rynku ubezpieczeniowym niezbędna jest odpowiednia polityka państwa respektująca też ważną tezę: jeżeli państwo nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa socjalnego (zwłaszcza zdrowotnego i emerytalnego), to nie powinno opodatkowywać wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe w celu podniesienia tego poziomu. Potrzebne jest zatem „odważniejsze” postępowanie państwa w sferze zabezpieczenia społecznego, dostrzegające w głównej mierze korzyści wynikające z zaangażowania w to zabezpieczenie środków prywatnych, a nie „straty” w dochodach budżetowych. Tej „odwagi” nie wiadać niestety ani w zakresie zabezpieczenia emerytalnego (małe zachęty podatkowe w ramach Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego), ani w zakresie zabez-

pieczenia zdrowotnego (wycofanie się z wprowadzenia ulg podatkowych dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych). Za paradoksalne należy uznać uzasadnienia do projektów ustaw, w których podkreśla się, że ze zwolnień podatkowych nie będzie korzystało zbyt wiele osób, a więc nie spowoduje to zbyt dużych ubytków w przychodach budżetowych. Za paradoksalne, gdyż właśnie upowszechnienie korzystania z dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, powinno być celem wprowadzanych zwolnień i ulg podatkowych.

Podsumowując, możliwości rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce zależą przede wszystkim od popytowej strategii tego rozwoju, która w moim przekonaniu stale jest jednak niedoceniana, tak w rozważaniach teoretycznych, jak i w działaniach praktycznych.

Prof. dr hab. TADEUSZ SZUMLICZ jest kierownikiem Katedry Ubezpieczeń Społecznych w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI

Uprawnienie poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym do pojazdu zastępczego – ujęcie prawnoporównawcze

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie problemu zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w orzecznictwie i praktyce ubezpieczeniowej państw europejskich (tzw. Europejskiego Obszaru Gospodarczego, w tym Niemiec, Francji, Szwecji, Wielkiej Brytanii czy nawet Islandii) oraz USA i Kanady. W artykule przedstawione zostały orzeczenia sądów państw obcych oraz przede wszystkim okoliczności, które są brane pod uwagę przez ubezpieczycieli (jak i organy stosujące prawo) przy rozstrzyganiu kwestii związanych z najmem pojazdu zastępczego czy też refundacją jego kosztów. Artykuł zamknięty konkluzje autora, zgodnie z którymi nie można mówić – w przypadku państw obcych – o jednolitej praktyce dotyczącej zwrotów kosztów najmu pojazdu zastępczego.

Wprowadzenie

Kompensacja szkód wynikłych z wypadków komunikacyjnych należy do problematyki, której społeczno-gospodarczego znaczenia nie sposób przecenić, zwłaszcza w warunkach społeczeństw o dużym stopniu rozwoju motoryzacji. Należy do nich także Polska, choć nie dotyczy to z pewnością stanu krajowej infrastruktury drogowej.

Jedną z newralgicznych kwestii stanowiących zakres kompensacji szkody, w sytuacji kiedy poszkodowany w następstwie wypadku traci możliwość korzystania z własnego pojazdu, wskutek jego uszkodzenia lub zniszczenia. Na tym tle żywo dyskutowane jest uprawnienie do refundacji kosztów najmu tzw. pojazdu zastępczego. Czy takie uprawnienie należy się w każdej sytuacji i niezależnie od przeznaczenia i „celu”, w jakim uszkodzony pojazd był używany przed wypadkiem, czy też ogranicza się ono wyłącznie do sytuacji szczególnych, np. takich, w których pojazd jest poszkodowanemu bezwzględnie potrzebny do wykonywania zawodu czy prowadzenia określonej działalności gospodarczej?

Stanowisko orzecznictwa sądowego, a także poglądy przedstawicieli doktryny są w tej kwestii dalekie od jednolitości¹. Co więcej, standardy obowiązujące w tym zakresie w innych państwach również nie są jednakowe, a niekiedy wykazują diametralne różnice.

Wszystko to sprawia, że zasygnalizowana problematyka zasługuje na poważny dyskurs, który – jak się wydaje – należałoby rozpocząć od rzetelnej informacji na temat odnośnych rozwiązań przyjętych w innych systemach prawnych.

I. Uwaga metodologiczna

Teza, jakoby obowiązek refundowania przez sprawcę wypadku komunikacyjnego (lub jego ubezpieczyciela OC) kosztów najmu pojazdu zastępczego, gdy pojazd poszkodowanego uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, stanowi obecnie swoisty standard w praktyce odszkodowawczej innych krajów wymaga naświetlenia i zweryfikowania. W niniejszym artykule nie jest oczywiście możliwe dokonanie analizy tej praktyki na przykładzie wszystkich krajów. Wystarczy ograniczyć się do tych systemów prawnych państw należących do tzw. Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz najważniejszych krajów systemu *common law*. Mówiąc o standardach obowiązujących w tych systemach prawnych mam na myśli zarówno orzecznictwo sądowe na tle odszkodowań za wypadki komunikacyjne, jak i standardy stosowane w praktyce ubezpieczeniowej, na tle obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (które we wszystkich analizowanych systemach mają charakter obowiązkowy). Standaryzacja w obu tych metodach kompensacji szkód komunikacyjnych jest oczywiście zbieżna, choć nie zawsze jest tożsama. Dla przykładu, w niektórych krajach uprawnienie poszkodowanego do uzyskania refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego w postępowaniu ubezpieczeniowym (pozasądowym) może być kwestionowane, gdy tymczasem w sądowych procesach odszkodowawczych możliwe jest do uzyskania. Z reguły jednak standardy te są jednakowe, co wynika z tzw. zasady akcesoryjności ubezpieczenia OC². Polega ona na tym, że świadczenie ubezpieczyciela jest determinowane (co do zasady, przesłanek i zakresu) cywilnoprawnym obowiązkiem odszkodowawczym sprawcy szkody. Polski ustawodawca dał normatywny wyraz owej zasadzie na tle obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przepisach art. 34 - 36 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z 2003 r.³

-
1. Zob. też na ten temat E. Kowalewski, *Najem pojazdu zastępczego a odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/10, ss. 3-13.
 2. A. Szpunar, *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej*, (w:) *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, red. A. Wąsiewicz, Poznań 1979, s. 104 oraz E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń 2002, s. 269.
 3. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. nr 124, poz. 1152 ze zm.

II. Uwagi prawnoporównawcze⁴

1. AUSTRIA

W orzecznictwie sądowym oraz w praktyce ubezpieczeniowej na tle ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów przeważa tendencja uznawania – co do zasady – kosztów najmu pojazdu zastępczego zarówno wtedy, gdy uszkodzony pojazd używany był dla celów zawodowych, jak i prywatnych (osobistych). Brany jest pod uwagę tzw. konieczny okres naprawy, który może zostać wydłużony (z reguły nie więcej niż o kilka dni) wtedy, kiedy zlecenie naprawy pojazdu uszkodzonego nie może być zrealizowane natychmiast, np. kiedy zakup innego samochodu byłby korzystniejszy od jego naprawy lub rozmiar szkody wymaga specjalistycznego oszacowania (OLE Wien, ZUR 1993/163).

W przypadku szkody całkowitej uwzględnia się faktyczny okres oczekiwania na zakup innego samochodu; przeciętnie do 2 tygodni, jednak maksymalnie nie więcej niż 3 tygodnie. Wymaga się jednak wykazania przez poszkodowanego należytej staranności i przestrzegania obowiązku zmniejszenia szkody.

Pojazd zastępczy powinien odpowiadać wartości oraz parametrom pojazdu uszkodzonego. W przypadku uszkodzenia samochodu luksusowego, sądy nie uwzględniają na ogół kosztów najmu pojazdu tej samej klasy czy marki, chyba że poszkodowany udowodni, że najem pojazdu luksusowego jest mu niezbędny ze szczególnych powodów (np. dla celów reprezentacyjnych).

Standardowo od zapłaconych kosztów najmu pojazdu zastępczego potrąca się od 10 do 15 proc. z tytułu zaoszczędzonych kosztów własnych (eksploatacyjnych). Wyjątkowo potrącenie nie jest dokonywane, gdy najęty pojazd zastępczy jest pojazdem mniejszym i o niższych parametrach niż uszkodzony. Na rezygnację z takiego potrącenia poszkodowany powinien uzyskać akceptację zakładu ubezpieczeń przed zawarciem umowy najmu pojazdu zastępczego.

2. BELGIA

Problematyka zaliczania kosztów najmu pojazdu zastępczego na poczet należnego poszkodowanemu odszkodowania z tytułu wypadku komunikacyjnego nie jest ujmowana w sposób jednolity. Zarówno sądy, jak i ubezpieczyciele ujmują tę kwestię w zależności od specyfiki konkretnego stanu faktycznego. Generalnie, koszty powyższe są uwzględniane tylko wtedy, gdy korzystanie z pojazdu przez poszkodowanego jest b e z w z g l ę d n i e potrzebne (np. w celu wykonywania zawodu). Dotyczy to także poszkodowanych, którzy wykonują swój zawód samodzielnie albo osób prowadzących określonego rodzaju działalność gospodarczą (handlową, przewozową, usługową) a zwłaszcza, kiedy chodzi o pojazdy dostawcze lub podobnego typu (np. kombi, busy itp.). Orzecznictwo sądowe

4. Opracowano na podstawie: H.Neidhart: *Unfall im Ausland*, Band 2: West-Europa, Deutscher-Anwalt-Verlag, Neuried-München, 5 Auflage 2007; *Unification of Tort Law. Damages*, praca zbiorowa pod red. U. Magnus, Kluwer Law International, Haga-London-Boston 2001; P. Hentschel, *Strassenverkehrsrecht*, München 2003; K. Ludwichowska, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe*, Wyd. TNOiK, Toruń 2008; inni autorzy polscy zajmujący się problematyką wypadków komunikacyjnych (oprócz jedynie S. Sołtyńskiego) nie interesowali się ujęciami prawnoporównawczymi w omawianej kwestii (cytowane w tekście orzeczenia sądowe podane zostały za ww. autorami).

nie przyznaje na ogół prawa do zwrotu tego rodzaju kosztów, jeśli poszkodowany ma możliwość korzystania z publicznych środków komunikacji (zwłaszcza gdy idzie o osoby, które samochodem dojeżdżały tylko do nieodległego miejsca pracy).

Aby uzyskać zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego, poszkodowany musi udowodnić taką *k o n i e c z n o ś ć*; często wymagane jest odpowiednie zaświadczenie pracodawcy. W niektórych orzeczeniach sądowych poszkodowanemu przyznano zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego w pewnych szczególnych sytuacjach „osobistych”, np. gdy własny pojazd uległ uszkodzeniu bezpośrednio przed wyjazdem na urlop lub w trakcie jego trwania. Tego rodzaju orzeczenia są jednak niezbyt liczne. Na uwagę zasługuje orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Brukseli z dn. 25.04. 1995 r. (BA 195, 606), w którym uznano za składnik odszkodowania koszt najmu pojazdu zastępczego dla matki, która odwoziła codziennie swoje dzieci do szkoły własnym samochodem. Orzeczenia sądów belgijskich, w których uznano „bezw warunkowo” zwrot kosztów pojazdu zastępczego dla poszkodowanego (niezależnie od jego sytuacji zawodowej, rodzaju prowadzonej działalności itp.) są *s p o r a d y c z n e* (np. wyrok Tribunal Correctionnel de Liège z dn. 27.10.1989, RGAR 1992, 11945 oraz wyrok Tribunal de Premiere de Brugge z dn. 18.05.1984, Nr 2573/568/9).

W orzecznictwie sądów belgijskich widać wyraźną i dość powszechną tendencję redukcji faktycznie zapłaconych kosztów najmu pojazdu zastępczego o 10 - 20 proc., tytułem zaoszczędzonych przez poszkodowanego kosztów własnych (eksploatacyjnych). Potrącenie nie wchodzi w grę tylko w sytuacjach bardzo wyjątkowych, np. w przypadku najmu pojazdu małego, o niskich parametrach techniczno-eksploatacyjnych (wyrok Tribunal de Police de Huy z dn. 8. 11. 1991 r., RGAR 1994, Nr 12 30).

Co do okresu najmu branego pod uwagę – miarodajny jest okres faktycznej naprawy, o ile mieści się on w „rozsądnych granicach”, ewentualnie wydłużony o okres sporządzenia koniecznej ekspertyzy rzeczoznawcy, o ile ekspertyza sporządzona była bez zwłoki.

W przypadku szkody całkowitej, koszty najmu pojazdu zastępczego zwracane są maksymalnie za okres 10 dni. Dodatkowo uwzględnione mogą zostać koszty najmu za okres pomiędzy zamówieniem a dostarczeniem pojazdu zastępczego.

3. DANIA

Zarówno w orzecznictwie sądowym, jak i w praktyce ubezpieczycieli na tle ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów koszty najmu pojazdu zastępczego są zwracane poszkodowanemu absolutnie *w y j ą t k o w o*. Na zasadzie wyjątku koszty te są uwzględniane i zwracane tylko wówczas, gdy uszkodzony pojazd potrzebny był poszkodowanemu do wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej. Przejazdy poszkodowanego pomiędzy miejscem zamieszkania i miejscem pracy nie uzasadniają najmu pojazdu zastępczego, o ile istnieją inne możliwości dojazdu.

W tych sytuacjach, gdy przyznaje się zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego (co jest wyjątkiem), koszty najmu są pomniejszane o pewne limity kilometrowe albo odpowiednią stopę procentową (z tytułu zaoszczędzonych kosztów własnych). Okres zwrotu kosztów najmu mierzy się długością trwania naprawy, o ile jest on uzasadniony. W przypadku szkody całkowitej, okres ten nie może być na ogół dłuższy niż 14 dni od dnia wypadku.

4. FINLANDIA

W praktyce ubezpieczeniowej na tle ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów (a także w orzecznictwie sądowym) przyjmuje się, co do zasady, że koszty najmu pojazdu zastępczego są składnikiem należnego poszkodowanemu odszkodowania. Nie czyni się różnicy co do rodzaju i charakteru uszkodzonego pojazdu; pojazdy użytkowane dla celów osobistych (niezawodowych) traktowane są w tym aspekcie tak samo, jak utrata pojazdu służącego do celów zawodowych czy gospodarczych.

Co do okresu najmu, przyjmuje się jako punkt wyjścia tzw. okres odpowiedni, przez co należy rozumieć faktyczny okres naprawy, odpowiadający miejscowym standardom i zwyczajom. Zwrot obejmuje dzienne stawki najmu pojazdu zastępczego (który musi mieścić się w parametrach pojazdu uszkodzonego) powiększane o doliczane przez firmy wynajmu samochodów „ryczałty za przejechane kilometry” (nie więcej niż 60 proc. tych stawek).

W przypadku szkody całkowitej, zwracany jest koszt najmu pojazdu zastępczego maksymalnie za 14 dni.

5. FRANCJA

Orzecznictwo francuskie przyjmuje w omawianych przypadkach szkód komunikacyjnych zasadność odszkodowania za samą „utrąę użycia pojazdu” *perte de jouissance*. Jednakże w ramach tej konstrukcji koszty najmu pojazdu zastępczego są zwracane tylko w y j ą t k o w o. Dotyczy to głównie przypadków, w których pojazd uszkodzony był przez poszkodowanego używany do wykonywania zawodu albo też jeżeli poszkodowany jest „na niego zdany” (np. w przypadku upośledzenia czy kalectwa). Do takich uzasadnionych przypadków zalicza się także używanie pojazdu przez przedstawicieli i zastępców handlowych, rzemieślników bądź sytuacje, kiedy uszkodzony pojazd wchodzi w skład przedsiębiorstwa przewozowego czy handlowego. Niezbędność najmu pojazdu zastępczego musi być jednak przez poszkodowanego udowodniona (udokumentowana np. zaświadczeniem o niesprawności, opinią sporządzoną przez rzeczoznawcę finansowego czy podatkowego). Należy również zauważyć, że w opisanych sytuacjach poniesione koszty najmu pojazdu zastępczego są pomniejszane o 15 - 20 proc. z tytułu zaoszczędzonych przez poszkodowanego kosztów używania i eksploatacji własnego samochodu.

6. GRECJA

Praktyka zakładów ubezpieczeń dotycząca ustalania odszkodowań z tytułu wypadków komunikacyjnych nie uwzględnia, co do zasady, pokrywania kosztów najmu pojazdu zastępczego. Poszkodowany, aby uzyskać refundację tych kosztów, musi domagać się tego na drodze sądowej. Z dotychczasowej linii orzecznictwa sądowego wynika, że zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego uwzględniany jest sporadycznie i wyjątkowo. Dotyczy to zwykle sytuacji, w których pojazd uszkodzony w wypadku był używany jako taksówka, autobus lub był wykorzystywany jako pojazd użytkowy do prowadzenia działalności gospodarczej.

7. HISZPANIA

W postępowaniach pozasądowych, zakłady ubezpieczeń nie uwzględniają zazwyczaj zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego jako składnika odszkodowania z tytułu ubezpieczenia OC sprawcy wypadku. Od poszkodowanego wymaga się – co do zasady – aby podczas naprawy swego pojazdu, korzystał z dostępnych środków komunikacji publicznej; dotyczy to nie tylko dojazdów do pracy, ale także podróży w okresie urlopowym i „weekendowym”.

Orzecznictwo sądowe na tle wypadków komunikacyjnych opowiada się za uwzględnieniem kosztów najmu pojazdu zastępczego jedynie wyjątkowo. Poszkodowany musi przedłożyć dowód wskazujący na konieczność korzystania z pojazdu. Przyjmuje się w tym zakresie bardzo rygorystyczne zasady; poszkodowany musi wykazać, że pojazd jest mu bezwzględnie potrzebny (konieczny) np. do wykonywania zawodu (taksówkarz, lekarz, pośrednik ubezpieczeniowy).

W orzecznictwie przyjmuje się na ogół ryczałtowy zwrot kosztów najmu pojazdu, nie zaś według rachunków przedsiębiorcy wynajmu samochodów. W sprawie okresu najmu pojazdu zastępczego, orzecznictwo sądów hiszpańskich nie zajmuje jednoznacznego stanowiska; podlega to zawsze ocenie sądu *ad casum*.

8. HOLANDIA

W orzecznictwie sądowym przyjmuje się, że poszkodowanemu przysługuje uprawnienie do refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego niemal w każdej sytuacji niemożności używania pojazdu własnego. Nie różnicuje się tego uprawnienia w zależności od tego, dla jakich celów pojazd służył lub był używany.

Brany jest pod uwagę faktyczny okres naprawy, a w przypadku szkody całkowitej okres potrzebny do nabycia innego samochodu, jednak maksymalnie do 14 dni.

W każdym przypadku od poniesionych i udokumentowanych kosztów najmu dokonuje się potrąceń w wysokości do 25 proc. (tytułem zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego auta).

9. IRLANDIA

W praktyce ubezpieczeniowej na tle ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu (także w orzecznictwie sądowym) uznaje się – co do zasady – prawo poszkodowanego do refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego. Na ogół nie różnicuje się sytuacji z tego punktu widzenia, czy poszkodowany używa pojazdu dla celów zawodowych, czy innych. Jednak pojazd najmowany musi należeć do tej samej kategorii (klasy) co pojazd uszkodzony; okres najmu jest ograniczony do tzw. technicznego okresu naprawy. W przypadku szkody całkowitej i oczekiwania w związku z tym na zakup innego pojazdu okres refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego nie może być dłuższy niż 4 tygodnie.

Co do potrącania od poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego określonych kwot z tytułu zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego pojazdu, nie można stwierdzić jakiś ustalonych reguł czy limitów.

10. ISLANDIA

W praktyce zakładów ubezpieczeń i zgodnie z orzecznictwem sądowym koszty najmu pojazdu zastępczego w wyniku niemożności korzystania przez poszkodowanego z pojazdu własnego uszkodzonego lub zniszczonego wskutek wypadku komunikacyjnego są – co do zasady – refundowane, niezależnie od tego, w jakim celu uszkodzony pojazd był używany. Jednak koszty najmu odnoszone są tylko do koniecznego okresu naprawy (z uwzględnieniem standardów lokalnych), który może być tylko wyjątkowo wydłużony (np. o kilka dni oczekiwania na rozpoczęcie naprawy). Od poniesionych kosztów najmu z reguły odlicza się tzw. ryczałty kilometrowe naliczane przez przedsiębiorstwa wynajmu samochodów.

W przypadku szkody całkowitej okres najmu pojazdu zastępczego nie może być dłuższy od maksymalnie kilku tygodni; ścisłych reguł w tym zakresie brak.

11. LUKSEMBURG

Zarówno w praktyce zakładów ubezpieczeń, jak i orzecznictwie sądowym dotyczącym wypadków komunikacyjnych nie przyjmuje się – co do zasady – standardowego zwrotu poszkodowanemu kosztów najmu pojazdu zastępczego. Uznaje się, że refundacja takich kosztów może mieć miejsce jedynie wtedy, gdy samochód jest potrzebny poszkodowanemu w celu przejazdów do miejsca pracy lub dla prowadzenia przez niego działalności gospodarczej. W każdym takim przypadku wymagane jest stosowne zaświadczenie pracodawcy lub rzeczoznawcy finansowego. Niekiedy wystarczy uprawdopodobnienie takiej potrzeby.

Przy refundacji kosztów najmu brany jest pod uwagę okres naprawy ustalony przez rzeczoznawcę; z reguły jest on krótszy niż faktyczny okres przeprowadzonej naprawy. W przypadku szkody całkowitej – okres refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego wynosi około 5 dni.

Poniesione i udokumentowane przez poszkodowanego koszty najmu pojazdu zastępczego są redukowane (średnio o 15 proc.) z tytułu zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego pojazdu. Jeśli poszkodowany dokonał najmu pojazdu za granicą, gdzie ceny najmu są wyższe, refundowane koszty są redukowane do poziomu cen obowiązujących w Luksemburgu.

W niektórych orzeczeniach przyjęto, że refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego powinna nastąpić bez potrąceń, o ile okres najmu nie był długi (np. orzeczenie Sądu Okręgowego z dn. 24.04.1986 r., Pasicrisie Luxemb. 87/155).

12. NIEMCY

Zakres szkody podlegającej naprawieniu obejmuje – zgodnie z § 249 BGB – wszelkie koszty związane z przywróceniem stanu poprzedniego i to nawet wówczas, gdy przekraczają one wartość pojazdu sprzed wypadku (z reguły nie więcej jednak niż o 30 proc.). W ramach tych kosztów mogą być refundowane także koszty zapewnienia (najmu) pojazdu zastępczego, ale pod pewnymi warunkami i z pewnymi ograniczeniami.

Zgodnie z orzecznictwem sądowym koszty najmu pojazdu zastępczego wchodzi w grę tylko wtedy, kiedy pojazd zastępczy był uszkodzonym rzeczywiście potrzebny, np. w celu wykonywania zawodu. Okoliczności te uszkodzony musi udowodnić (np. opinią pracodawcy czy rzeczoznawcy). Jeśli uszkodzony nie najmuje pojazdu zastępczego, przysługuje mu roszczenie w granicach 30 - 40 proc. uśrednionych kosztów najmu. To szczególne roszczenie traktuje się standardowo jako odszkodowanie za „utrata używania pojazdu” (*pure economic loss of use*).

W tych sytuacjach, w których uszkodzony wykaże „rzeczywistą potrzebę” najmu pojazdu zastępczego, orzecznictwo przyjmuje, że obejmować to może tylko okres naprawy, który jest usprawiedliwiony (z reguły do maksimum kilku tygodni). Uszkodowanemu redukuje się także rzeczywisty koszt najmu (zapłacony) o zaoszczędzone koszty eksploatacji pojazdu własnego, odliczane z reguły ryczałtowo (ok. 20 proc.).

13. NORWEGIA

Dawniejsze orzecznictwo sądowe na tle wypadków komunikacyjnych (do roku 1992) dopuszczało możliwość zaliczania na poczet odszkodowania poniesionych przez uszkodzanego kosztów najmu pojazdu zastępczego j e d y n i e wyjątkowo. Na ogół chodziło tylko o takie sytuacje, w których najem takiego pojazdu był konieczny w celu wykonywania przez uszkodzanego pracy zawodowej lub działalności gospodarczej. Jednakże od wyroku Sądu Najwyższego z 1992 r. dotychczasowa linia orzecznictwa została w omawianej kwestii złagodzona. Sąd ten bowiem wypowiedział się za zasadnością refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego także w odniesieniu do uszkodzanych, którzy używają samochodu dla celów niezawodowych, w tym także dla celów związanych z czasem wolnym, urlopem lub rekreacją. W takich jednak sytuacjach uznaje się, że uszkodzony powinien nie przyczyniać się do zwiększania owych kosztów. Punktem odniesienia są z reguły koszty związane z korzystaniem ze środków komunikacji publicznej, o ile są dostępne.

Przy refundacji kosztów najmu bierze się pod uwagę tzw. techniczny okres naprawy (a nie faktyczny), który musi zostać potwierdzony przez rzeczoznawcę. W razie szkody całkowitej – brany jest pod uwagę maksymalnie 14-dniowy okres oczekiwania na nabycie samochodu nowego. Koszty najmu są pomniejszone o ogólnie przyjęte koszty eksploatacji własnego samochodu.

14. PORTUGALIA

W orzecznictwie sądowym na tle wypadków komunikacyjnych nie funkcjonuje reguła standardowego zwrotu uszkodzanemu kosztów najmu pojazdu zastępczego w związku z niemożnością korzystania przez niego z pojazdu własnego uszkodzonego w wyniku zaistniałego wypadku. Koszty takie refundowane są wyjątkowo. Na ogół chodzi o sytuacje, w których uszkodzony udowodni, że pojazd jest mu niezbędny do wykonywania zawodu lub działalności gospodarczej. Wysokość zapłaconych przez uszkodzanego kosztów najmu jest weryfikowana przez sąd i często redukowana. Taka weryfikacja kosztów najmu jest „odnoszona” zazwyczaj do kosztów komunikacji publicznej lub innej (np. przejazdów taksówką), które byłyby poniesione przez poszko-

dowanego w konkretnej sytuacji na zaspokojenie jego potrzeb „komunikacyjnych”. Niekiedy sądy stosują system ryczałtowy przy ustalaniu tych kosztów.

Nie zwraca się kosztów najmu pojazdu za okres faktycznego korzystania z najętego pojazdu, lecz miarodajny jest okres „technicznego przeprowadzenia naprawy”. Co do okresu oczekiwania na nabycie nowego samochodu (w przypadku szkody całkowitej) w orzecznictwie nie wypracowano jednolitych zasad; każdy przypadek jest oceniany indywidualnie (*ad casum*).

W postępowaniu ubezpieczeniowym (pozasądowym) przyjęto, że refundacja poniesionych przez poszkodowanego kosztów najmu pojazdu zastępczego nastąpić może – co do zasady – tylko wtedy, gdy właściwy ubezpieczyciel uprzednio wyraził na to zgodę.

15. SZWAJCARIA

Kosztami najmu pojazdu zastępczego można obarczyć odpowiedzialnego sprawcę wypadku komunikacyjnego (lub jego ubezpieczyciela OC) tylko wtedy, kiedy zachodzą ściśle określone przesłanki. Przede wszystkim poszkodowany musi wykazać, że pojazd jest mu niezbędny dla wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej. Roszczenie takie jest uzasadnione także wtedy, gdy poszkodowany nie ma faktycznej możliwości korzystania ze środków komunikacji publicznej. Uznaje się także zasadność refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego w celu wyjazdu na urlop lub wtedy, gdy poszkodowanemu uszkodzono podczas takiego urlopu jego własny pojazd. Regularnie przyznaje się także prawo do pojazdu zastępczego w odniesieniu do poszkodowanych, którzy są osobami ułomnymi lub upośledzonymi ruchowo.

Jednakże, w niektórych orzeczeniach przyjęto, że poszkodowanemu nie przysługuje prawo do refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego, o ile miał on faktyczną możliwość korzystania ze środków komunikacji publicznej, a jednocześnie nie może wykazać „konieczności” korzystania z pojazdu lub tego przekonująco uzasadnić.

Pojazd najęty musi odpowiadać parametrom pojazdu uszkodzonego i należeć do kategorii „przystępnego” pojazdu w danych warunkach lokalnych. Jeśli najem dokonywany jest na terenie Szwajcarii, honorowane są koszty najmu stosowane przez szwajcarskie zrzeszenia firm wynajmu samochodów; koszty wykraczające ponad te stawki obciążają poszkodowanego.

Od poniesionych kosztów najmu nie potrąca się na ogół ryczałtu z tytułu zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego auta.

Okres najmu brany pod uwagę nie może przekraczać tzw. odpowiedniego okresu naprawy, ustalonego z reguły przez eksperta. W przypadku szkody całkowitej, refundowany jest koszt najmu pojazdu zastępczego za okres przeciętnie 10 dni (nie dłużej jednak niż dni 15). Okoliczność, że faktyczny okres oczekiwania na nowy samochód może być w niektórych sytuacjach dłuższy, nie jest brana pod uwagę.

16. SZWECJA

Zakłady ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia OC sprawcy wypadku komunikacyjnego zwracają koszty najmu pojazdu zastępczego pod warunkiem, że poszkodowany udowodni (np. odpowiednim zaświadczeniem pracodawcy), że samochód był mu potrzebny dla celów

zawodowych, a jednocześnie nie miał możliwości korzystania z publicznych środków komunikacji lub korzystanie z takich środków komunikacji wiązałoby się dla niego z nadmiernymi niedogodnościami (np. w przypadku inwalidztwa lub niesprawności).

W każdym wypadku poniesione koszty najmu pojazdu są pomniejszane o zaoszczędzone przez poszkodowanego koszty eksploatacji własnego pojazdu.

Okres najmu brany pod uwagę nie powinien przekraczać tzw. technologicznego okresu naprawy (nie więcej niż kilka tygodni); przy szkodzie całkowitej okres ten jest znacznie krótszy.

17. WIELKA BRYTANIA

Poszkodowanemu należy się – zgodnie z utrwalonym orzecznictwem – refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego jedynie wówczas, gdy jest to u z a s a d n i o n e i wyłącznie przez czas naprawy pojazdu uszkodzonego (sprawa *Motorworks Ltd v. Alwahbi* (1977) RTR 276). Jeśli poszkodowany nie najął pojazdu zastępczego, należy mu się odszkodowanie z tytułu *loss of use*, czyli z tytułu utraty możliwości używania własnego samochodu (koszty przejazdów publicznymi środkami transportu, konieczność poruszania się piechotą). Bierze się pod uwagę przeciętne (średnie) koszty najmu obowiązujące i stosowane przez „przeciętnych” przedsiębiorców wynajmu aut, nie zaś „specjalistycznych” firm, wynajmujących samochody nietypowe, luksusowe bądź stosujących ceny niestandardowe (sprawa *Dimond v. Lovell* (2000) 2WLR 1121, HL). Zwrot kosztu najmu nie przysługuje wówczas, gdy poszkodowany posiada więcej samochodów zdolnych zaspokoić jego „potrzeby transportowe” albo wtedy, gdy nie jest w stanie prowadzić samochodu (sprawa *Giles v. Thompson* (1994) I AC 142).

18. WŁOCHY

Zgodnie z orzecznictwem sądowym, poszkodowany w wypadku komunikacyjnym może domagać się refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego jedynie wtedy, gdy najem taki jest konieczny w celu zapobieżenia zwiększeniu się rozmiarów szkody wynikłej z wypadku, lub powstania dalszej szkody (zob. wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Mailand z dn. 04.12.1979 r., *OLG Mailand*, v. 4/12/1979). Tego rodzaju uprawnienie przyznaje się wówczas, gdy pojazd jest niezbędny w celu wykonywania pracy przez poszkodowanego lub prowadzenia działalności gospodarczej; warunkiem jest jednak przedłożenie odpowiedniego poświadczenia ze strony pracodawcy lub doradcy finansowego. Prawo takie przysługuje także poszkodowanemu z upośledzeniem fizycznym (niesprawnością), dla których korzystanie z innych środków komunikacji byłoby nadmiernie utrudnione.

Co do okresu najmu, który jest brany pod uwagę, w orzecznictwie nie przyjmuje się sztywnych zasad, wymaga się każdorazowo aby okres naprawy samochodu uszkodzonego (a także czas między szkodą a nabyciem nowego samochodu) był niezbędny, co musi zostać przez poszkodowanego wykazane. Koszty najmu pojazdu zastępczego zwracane są z potrąceniami z tytułu zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego samochodu (z reguły do 20 proc.). W wielu orzeczeniach poszkodowanym przyznano zwrot kosztów najmu według sum ryczałtowych.

19. STANY ZJEDNOCZONE I KANADA⁵

W judykaturze większości stanów USA oraz Kanady przyjęto zasadę, że poszkodowanemu – w razie uszkodzenia lub zniszczenia jego samochodu – przysługuje zarówno odszkodowanie za całą szkodę wynikłą wskutek utraty możliwości prowadzenia działalności zarobkowej (biznesowej), ale również wówczas, gdy uszkodzony pojazd był używany wyłącznie dla zaspokajania osobistych potrzeb właściciela oraz jego rodziny i to nawet dla codziennych zakupów, wyjazdów urlopowych, wypoczynkowych czy „weekendowych” (Sprawa Perkins v. Brown, 177 S. W. 1158, 132 Tenn. 294).

Judykatura niektórych stanów idzie jeszcze dalej, przyjmując, że posiadaczowi uszkodzonego pojazdu (także zniszczonego) należy się refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego, niezależnie od tego czy w okresie naprawy uszkodzonego auta rzeczywiście używał i korzystał z pojazdu zastępczego, czy też nie. (Sprawa Malison v. Black, 188 P. 2d. 788, 83 Call.App. 2d 375 oraz sprawa Pittari v. Madison Ave. Coach. Co. 68 N.Y.S. 2d. 741).

Wysokość odszkodowania za tzw. najem pojazdu zastępczego jest pomniejszany o koszty jakie poniósłby poszkodowany na eksploatację własnego samochodu. Ciekawe jest to, że orzecznictwo stanowe w zasadzie nie limituje okresu najmu, który powinien być brany pod uwagę w opisanej sytuacji. Na ogół chodzi o rzeczywisty czas trwania naprawy, o ile jednak wybór zakładu naprawczego został dokonany „rozsądnie i starannie”.

Reasumując uwagi na temat orzecznictwa amerykańskiego w kwestii zaliczalności do odszkodowania kosztów najmu samochodu zastępczego należy dodać, że również w literaturze uznać można za panujący w tej sprawie pogląd, głoszący że „...właściciel prywatnego pojazdu eksploatowanego w celach niezarobkowych nie może być traktowany gorzej niż właściciel samochodu przeznaczanego do celów zarobkowych”⁶.

Podsumowanie

Przedstawione w artykule standardy obowiązujące w orzecznictwie i praktyce ubezpieczeniowej innych krajów w kwestii refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego dla poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym są – jak łatwo zauważyć – dalekie od jednolitości. Przewrotnie można byłoby stwierdzić, że takich standardów (ani europejskich, ani światowych) po prostu nie ma. Każdy więc, kto w toczącej się w naszym kraju dyskusji w kwestii pojazdu zastępczego używa argumentu, że polskie standardy odszkodowawcze odbiegają na niekorzyść poszkodowanych od rozwiązań stosowanych w innych systemach prawnych, popełnia swoiste nadużycie naukowe (o intencjonalnym podłożu takiej tezy nie wspominając). Jeśli natomiast ktoś chce w tej kwestii szafować argumentem *opinio communis doctorum* bądź argumentem odwołującym się do orzecznictwa większości krajów, to łatwo się zorientować – po lekturze poczynionych uwag prawnoporównawczych – że w zdecydowanej większości krajów refundacja

5. Orzeczenia oraz ich tezy przytoczono na podstawie prac: S. Sołtysiński, *Odpowiedzialność PZU w ramach obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych...*, *op. cit.*, s. 132-134 oraz *Blashfield Automobile Law and Practice* (praca zbiorowa), Wyd. III, t. 15, St. Paul 1969, ss. 31-32.

6. S. Sołtysiński, *op. cit.*, s. 133.

kosztów najmu pojazdu zastępczego nie jest uznawana za standard; z pewnością nie ma takiej reguły w przypadku poszkodowanych, którzy korzystali z uszkodzonego lub zniszczonego w wypadku pojazdu jedynie w celach osobistych (niezawodowych).

Wykaz źródeł:

Blashfield Automobile Law and Practice (praca zbiorowa), Wyd. III, t. 15, St. Paul 1969.

Hentschel P., *Strassenverkehrsrecht*, München 2003.

Kowalewski E., *Najem pojazdu zastępczego a odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2010.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Toruń 2002.

Ludwichowska K., *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe*, Toruń 2008.

Magnus U. (red.), *Unification of Tort Law. Damages*, Kluwer Law International, Haga-London-Boston 2001.

Neidhart H., *Unfall im Ausland, Band 2: West-Europa*, Deutscher-Anwalt-Verlag, Neuried-München, 5 Auflage 2007.

Sołtysiński S., *Odpowiedzialność PZU w ramach obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych OC za szkody powstałe w następstwie niemożliwości korzystania z pojazdu przez poszkodowanego (w:) Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, red. Wąsiewicz A., Poznań 1979.

Szpunar A., *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w:) Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, red. A. Wąsiewicz, Poznań 1979.

The right of the aggrieved party in a motor accident to receive a substitute car – legal and comparative analysis – SUMMARY

The purpose of this article is to discuss the problem of reimbursing the substitute vehicle rental costs in the case law and insurance practice in European countries (i.e. the European Economic Area, including Germany, France, Sweden, the UK and even Iceland) as well as the US and Canada. The article presents rulings of courts in foreign states and focuses on circumstances taken into account by insurers (and authorities responsible for applying the law) when resolving matters related to substitute car rental or reimbursement of the rental costs. The article closes with the author's conclusions that it is difficult to talk about any unified practice – as far as foreign states are concerned – with regard to reimbursement of substitute car rental costs.

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

Recenzenci: dr Dariusz Fuchs, dr Wojciech Mogiński.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI
MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK

Stypizowane stany faktyczne, w których refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego nie jest adekwatna

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie określonych stanów faktycznych (ujętych w sposób stypizowany), w których zasada refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego w stosunku do poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym może być wątpliwa albo wręcz nieuzasadniona. W pierwszej kolejności omówione zostały przypadki, w których sprawa wypadku nie jest w ogóle objęta obowiązkowym ubezpieczeniem OC lub też nie zadośćuczynił obowiązkowi zawarcia umowy ubezpieczenia. W tym zakresie autorzy stwierdzili m.in., że nie ma w prawie odszkodowawczym aksjologicznych podstaw do różnicowania sytuacji poszkodowanego przez podmiot objęty obowiązkowym ubezpieczeniem OC od poszkodowanego przez podmiot, w stosunku do którego ustawodawca nie wymaga takiego ubezpieczenia. Następnie autorzy skoncentrowali się na problemach związanych ze współodpowiedzialnością oraz przyczynieniem się poszkodowanego do powstania szkody i ich konsekwencjach w omawianym zakresie. W dalszej konieczności przedstawione zostały m.in. zagadnienia zbiegu tytułów uprawniających do pojazdu zastępczego (np. z ubezpieczeniem AC lub ASSISTANCE) oraz współposiadania i stanów faktycznych zbliżonych do współposiadania pojazdu (przede wszystkim z uwzględnieniem szkód majątkowych wyrządzonych przez małżonka drugiemu małżonkowi). Wreszcie analizie poddany został problem utraty możliwości korzystania z pojazdu w okolicznościach innych niż wypadek komunikacyjny (na przykładach zajęcia komorniczego pojazdu oraz kradzieży) czy też pojazdu czasowo wycofanego z ruchu w rozumieniu art. 78a ustawy Prawo o ruchu drogowym. W konkluzji autorzy stwierdzili, że koncepcja „pure economic loss of use” – w zakresie utraty posiadania samochodu – nie znalazła uznania w polskim orzecznictwie ani doktrynie prawa odszkodowawczego.

Wprowadzenie

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie określonych stanów faktycznych (ujętych w sposób stypizowany), w których zasada refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego w stosunku do poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym może być wątpliwa albo wręcz nieuzasadniona. Przedstawione przykładowo sytuacje nie wyczerpują oczywiście ich pełnego katalogu. Pozwalają jednak zakwestionować, głoszoną coraz częściej tezę, że przedmiotowe uprawnienie poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym powinno stanowić swoisty *standard* na tle funkcjonowania komunikacyjnego ubezpieczenia OC i to nawet niezależnie od specyfiki i okoliczności towarzyszących danej, konkretnej sytuacji odszkodowawczej w jakiej znalazł się poszkodowany, któremu uszkodzono lub zniszczono pojazd, a tym samym pozbawiono możliwości korzystania z niego. Absolutyzowanie takiego standardu wydaje się nadto kłócić z samą aksjologią prawa odszkodowawczego (a także ujęciami kodeksu cywilnego), która kwestie ustalania odszkodowania ujmuje w sposób „elastyczny” i zarazem zróżnicowany¹, odpowiednio do okoliczności konkretnej sytuacji faktycznej i jej uwarunkowań prawnych (np. obowiązek współdziałania poszkodowanego z dłużnikiem w kwestii minimalizacji szkody², zasada *compensatio lucri cum damno*, obowiązek nieprzyczyniania się do powstania szkody czy też zwiększenia jej rozmiarów³). Wspomniany standard nie da wywieść bezpośrednio z zasady pełnego odszkodowania, bowiem nie ma ona w polskim prawie charakteru absolutnego. Przeciwnie, doznaje licznych ograniczeń i modyfikacji, co skłania niektórych autorów do głoszenia tezy, że ma ona znaczenie jedynie postulatywne⁴ albo że jest swoistym mitem⁵.

1. Sprawca wypadku komunikacyjnego nie podlega obowiązкови ubezpieczenia OC

Truizmem jest stwierdzenie, że krąg podmiotów, które mogą potencjalnie ponosić cywilną odpowiedzialność za szkody wynikłe z wypadków komunikacyjnych oraz krąg posiadaczy pojazdów mechanicznych, którzy mają ustawowy obowiązek zawarcia ubezpieczenia OC za szkody powstałe w związku z ruchem posiadanego przez nich pojazdu nie musi się w praktyce pokrywać. Co więcej, w rzeczywistości nigdy się nie pokrywa, albowiem wypadki komunikacyjne powodują nie tylko posiadacze pojazdów mechanicznych ale także – i to bynajmniej nie sporadycznie – inne osoby czy podmioty.

1. Np. poszkodowany musi w każdym wypadku wykazać szkodę oraz udowodnić jej wysokość, nie mówiąc już o wykazaniu innych przesłanek odpowiedzialności sprawy (np. wina, brak przesłanek egzoneracyjnych, związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem sprawcy a zaistniałą szkodą). To z kolei oznacza, że naszemu prawu odszkodowawczemu obca jest formuła „ryczałtów odszkodowawczych” (tzw. *damages caps*).
2. Wynikająca z art. 354 § 2 k.c.
3. Zob. art. 362 k.c.
4. W. Warkałto, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 121 i nast.
5. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)* (w:) *Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. L. Ogiełto, W. Popiołek, M. Szpunar, Warszawa 2005, s. 1069 i nast.

Wystarczy wskazać na rowerzystów, pieszych, rolników „prowadzących” pojazdy nie podlegające rejestracji (np. zaprzęgi konne), przedsiębiorcy i instytucje odpowiedzialne za utrzymanie infrastruktury drogowej (odpowiedzialni za przysłowiowe dziury i wyłomy w powierzchniach dróg), a nawet opiekunowie dzieci, które mogą być sprawcami różnego rodzaju zdarzeń na drogach (np. rodzice czy nauczyciele)⁶. Wreszcie nie należy zapominać o częstych w naszych warunkach wypadkach drogowych powodowanych przez zwierzęta (zarówno w stanie wolnym, jak i tzw. hodowlane)⁷. Na marginesie odnotować też trzeba „chodzące” po naszych drogach samopas zbląkane psy i koty oraz maskotki „innego autoramentu”, które w scenerii polskiego ruchu drogowego bywają „sprawcami” niejednej tragedii na drogach publicznych. Jeżeli takie osoby czy podmioty niepodlegające przecież *ex lege* obowiązkowemu ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (zob. art. 23 - 24 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁸) ponosić będą odpowiedzialność cywilną za spowodowanie wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego poszkodowanemu zniszczony lub uszkodzony zostanie pojazd mechaniczny, to upieranie się przy standardowej regule, że w każdej takiej sytuacji poszkodowany ma bezwzględne prawo żądania refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego i to „kosztem” osoby odpowiedzialnej (np. pieszego, który nie pracuje i nie posiada majątku), graniczy z absurdem. Często bowiem takie koszty – skoro nie zapłaci za nie żaden ubezpieczyciel – będą niemożliwe do wyegzekwowania.

Z drugiej natomiast strony nie można znaleźć żadnych powodów dogmatycznych (także w warstwie aksjologii prawa odszkodowawczego), aby różnicować tzw. standardy odszkodowawcze w kwestii uprawnienia do najmu pojazdu zastępczego w odniesieniu do posiadaczy, których pojazd uszkodzony został przez sprawcę ubezpieczonego oraz w odniesieniu do tych, którym pojazd zniszczył lub uszkodził sprawca „nieubezpieczony”. Próba podtrzymania takiej „koncepcji” byłaby – mówiąc eufemistycznie – nieco kuriozalna.

2. Sprawca wypadku nie zawarł wymaganego ubezpieczenia OC

Nie wszyscy posiadacze pojazdów mechanicznych spełniają ustawowy obowiązek zawarcia (także posiadania) wymaganego ubezpieczenia OC. Dostępne statystyki w tym zakresie (zwłaszcza ujawniane przez UFG)⁹ dowodzą, że sytuacje takie nie są w Polsce bynajmniej odosobnione czy sporadyczne – wynika z nich, że w skali rocznej liczba takich przypadków osiąga rząd kilkuset tysięcy. Dla przykładu, UFG szacuje, że w samym tylko roku 2010 po polskich drogach poruszało się ok. 200 tysięcy pojazdów, których posiadacze nie spełnili ustawowego obowiązku zawarcia ubezpieczenia OC. Zatem real-

6. Np. odpowiadający na podstawie art. 427 k.c.

7. W grę wchodzić może np. odpowiedzialność na zasadzie art. 431 k.c.

8. Dz. U. nr 124, poz. 1152 ze zm., zwana dalej „ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych”.

9. Zob. m.in. informacje dostępne na stronie internetowej funduszu (www.ufg.pl), jak i stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl).

na możliwość, że poszkodowany w wypadku komunikacyjnym (w którym zniszczono lub uszkodzono jego własny pojazd) natknie się na takiego nieubezpieczonego posiadacza innego pojazdu, będącego sprawcą wypadku jest obarczona wcale niemałym stopniem prawdopodobieństwa.

Z jednej strony, na skutek szczególnych rozwiązań zawartych w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, odpowiedzialność za skutki takiego wypadku obciążą UFG, z drugiej natomiast nie jest już takie oczywiste czy zakres odpowiedzialności UFG w opisaney sytuacji powinien iść tak daleko, aby pokrywane były rutynowo i standardowo ze środków tego funduszu koszty najmu pojazdu zastępczego dla poszkodowanych, skoro oczywiste jest, że środki finansowe UFG tworzone są z „wpłat” dokonywanych przez ubezpieczycieli, prowadzących komunikacyjne ubezpieczenia OC¹⁰. Jest jednak pewne, że wypłaty odszkodowań z omawianego tytułu obciążające UFG ulegną zwiększeniu, co wymagać będzie zapewne znaczącego zwiększenia wpłat na ten fundusz ze strony ubezpieczycieli. To zaś – co jest niemal pewne – spowoduje, że ubezpieczyciele „odbiją” sobie wzrost kosztów ubezpieczenia w postaci zwiększonych składek. Krótko mówiąc, zapłacą za to wszyscy posiadacze pojazdów zobowiązani do zawarcia ubezpieczenia OC (na dzień dzisiejszy to ok. 15 milionów podmiotów). Co gorsza, zdecydowana większość ubezpieczonych posiadaczy nie powoduje wypadków komunikacyjnych i nie uszkadza ani nie niszczy innym posiadaczom ich pojazdów (!).

Trzeba też pamiętać, że w określonych sytuacjach, w których istnieje odpowiedzialność subsydiarna UFG, fundusz ten jest ustawowo zwolniony z kompensacji niektórych szkód, za które ponosi cywilną odpowiedzialność sprawca wypadku (nieubezpieczony). Jeżeli bowiem poszkodowany może zaspokoić swoje roszczenia odszkodowawcze na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego (np. AC czy ASSISTANCE), fundusz nie ma obowiązku zaspokajania takiej szkody (art. 106 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych)¹¹. W konsekwencji, wielu poszkodowanych, którzy posiadają ubezpieczenie AC (z opcją prawa do pojazdu zastępczego) nie będą mogli otrzymać refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego od UFG, czyli z tytułu odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody. Co gorsza, ubezpieczyciel, który zrefundował takie koszty z tytułu ubezpieczenia AC, pozbawiony jest *ex lege* możliwości regresowania tych kosztów od UFG (art. 106 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

3. Uszkodzony w wypadku pojazd należy do kategorii pojazdów nietypowych

Uszkodzone w następstwie wypadku komunikacyjnego pojazdy – co jest oczywiste – to nie tylko pojazdy samochodowe, tzw. auta. Nikt nie zaprzeczy, że sprawca wypadku drogowego może spowodować zniszczenie lub uszkodzenie całego wachlarza typów, rodzajów, kategorii i odmian bardzo różnych pojazdów czy wehikułów. Przykładowo

10. Zob. art. 117 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

11. Art. 106 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – jeżeli poszkodowany, w przypadku szkody w mieniu, może zaspokoić roszczenie na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego, fundusz wyrównuje szkodę w części, w której nie może być zaspokojona, wraz z uwzględnieniem utraconych zniżek składki oraz prawa do zniżek składki.

wymienić można pojazdy rolnicze (w tym zaprzęgi konne), rowery, quad'y, wózki widłowe, maszyny budowlane na podwoziach samochodowych, pojazdy szynowe (tramwaje, lokomotywy, wagony) a nawet samoloty, zwłaszcza gdy poruszają się po płycie lotniska, gdzie mogą zostać uszkodzone przez samochody obsługi lotniska np. w czasie manewrów *follow me*¹².

Czy zasada rutynowego i każdorazowego obarczania odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (choćby nawet objętego ubezpieczeniem OC) obowiązkiem refundacji poszkodowanemu tzw. kosztów najmu pojazdów zastępczych powinna obowiązywać w każdym wypadku; już samo postawienie takiej tezy brzmi więcej niż kuriozalnie, nie mówiąc już o tym, że taka „reguła odszkodowawcza” może nie być w ogóle wykonalna. Dla przykładu, w naszym kraju nie słyszano o przedsiębiorstwach wynajmu wozów konnych, parowozów, quad'ów, rowerów itp. Z drugiej zaś strony, kodeksowe przepisy o odpowiedzialności za szkodę (art. 415, 435, 436 itd.) oraz przepisy dotyczące sposobu naprawienia szkody (art. 363) czy dotyczące rozmiarów i zakresu należnego poszkodowanemu odszkodowania (art. 361-362), nie różnicują normatywnie „sytuacji odszkodowawczych” w zależności od kazuistycznej specyfikacji, czy typizacji składników majątkowych, które zostały zniszczone lub uszkodzone. Krótko mówiąc – w zakresie należnego poszkodowanemu odszkodowania ogólna reguła odszkodowawcza nie jest i nie powinna być uzależniona od rodzajów składnika majątkowego, który został uszkodzony lub zniszczony. To, czy chodziło o samochód, czy np. przysłowiowy wóz konny rolnika, jest z tego punktu widzenia bez znaczenia.

Reasumując, zwolennicy tzw. standardowego zwracania poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych kosztów najmu pojazdów zastępczych, a odnoszący ten standard tylko do samochodów – rozmiągają się z fundamentalnymi zasadami kodeksu cywilnego w zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej – nie wspominając już o tym, że tak ujęta teza jest mało poważna i niemożliwa do obrony w kategoriach elementarnej logiki.

4. Współodpowiedzialność i przyczynienie się poszkodowanego do szkody

Jeżeli mamy do czynienia ze zderzeniem się pojazdów, odpowiedzialność każdego z posiadaczy opiera się na zasadzie winy (art. 436 § 2 k.c.). W wielu sytuacjach zachodzi przypadek współodpowiedzialności, a stopień zawinienia każdego z uczestników zdarzenia może zostać określony np. na 50 proc. (przypadek współwiny). Załóżmy, że pojazdy obu posiadaczy zostały uszkodzone lub zniszczone i każdy z nich – zgłaszając wzajemne roszczenia odszkodowawcze – domaga się refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego. Czyniąc pewne uproszczenie, możemy stwierdzić, że ich roszczenia mogą zostać uwzględnione tylko w 50 proc., czyli każdy z poszkodowanych może

12. Nie jest to bynajmniej przykład czysto abstrakcyjny. Wypadek taki miał miejsce w dniu 28 września 2005 r. na poznańskim lotnisku „Ławica”, gdzie w wyniku wadliwych manewrów samochodu obsługi lotniska w czasie operacji *follow me* został poważnie uszkodzony samolot pasażerski przewoźnika tureckiego. Zarządca portu lotniczego nie kwestionował odpowiedzialności cywilnej wynikającej z „winy” kierującego samochodem.

liczyć na refundację tylko połowy kosztów najmu pojazdu zastępczego. Jednocześnie, każdy uprawniony jest zarazem zobowiązany do wzajemnej refundacji połowy tych kosztów drugiemu poszkodowanemu. Przy założeniu, że czas naprawy (a więc okres najmu) oraz parametry najętych pojazdów są porównywalne, dochodzimy do wniosku, że te roszczenia wzajemnie się znoszą. Mówiąc obrazowo, każdy z poszkodowanych ma prawo do „połowy” kosztów najmu, a ponieważ taką samą część kosztów najmu musi zwrócić drugiemu posiadaczowi – obaj posiadacze sami sobie muszą zapłacić koszty najmu pojazdu zastępczego.

Powyższy przykład, nieco abstrakcyjny i uproszczony, ale bynajmniej nie niemożliwy w praktyce, ukazuje całą ułomność tezy, że poszkodowanemu w wypadku komunikacyjnym standardowo i w każdym przypadku należy się refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego. Krótko mówiąc, w wielu sytuacjach faktycznych, realizacja takiego roszczenia przez poszkodowanego traci ekonomiczny sens i oznaczać może, że owe koszty najmu obciążają jego samego (poszkodowanego).

Podobnie – choć nie identycznie – przedstawia się sytuacja w przypadku przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów (art. 362 k.c.). Skutkować to może odpowiednim (często znaczącym) obniżeniem należnego poszkodowanemu odszkodowania, co oczywiście dotyczy także poszczególnych jego składników (także kosztów najmu pojazdu zastępczego). W efekcie może to oznaczać, że uzyskane w konkretnej sytuacji od sprawcy (lub jego ubezpieczyciela) koszty najmu pojazdu zastępczego będą znaczne niższe od kosztów przez niego zapłaconych. Obrazowo mówiąc, można byłoby skonstatować, że decydując się na najem pojazdu zastępczego, będzie musiał do tego „dopłacić”. Zapewne wielu poszkodowanych w takiej sytuacji nie zdecydowałoby się na korzystanie z pojazdu zastępczego, zwłaszcza gdy mogliby w danej sytuacji zaspokoić swoje potrzeby „komunikacyjne” tańszym sposobem np. korzystając ze środków komunikacji publicznej lub przejazdami taksówką.

5. Najem pojazdu zastępczego motywowany potrzebą ekscentryczną

Dywagując na temat uprawnień poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym, który w jego następstwie traci możliwość korzystania z uszkodzonego pojazdu, skłonni jesteśmy do „absolutyzowania” tego uprawnienia, odwołując się z reguły do dogmatu zasady pełnego odszkodowania¹³. Tymczasem zapominamy, że korzystanie z samochodu służy przede wszystkim zaspokajaniu konkretnych (uzasadnionych) potrzeb ekonomicznych i życiowych (dojazdy do pracy, wykonywanie określonej działalności gospodarczej czy nawet wyjazdy urlopowe itp.). W życiu zdarzają się jednak sytuacje, w których poszkodowany nie musi dojeżdżać samochodem do pracy albo w ogóle jest osobą „nieczynną zawodowo” (bezrobotny, emeryt) ani nie prowadzi żadnej działalności gospodarczej z wykorzystaniem swego samochodu. W takich sytuacjach samochód

13. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Zasada... op. cit.* ss. 1068-1083.

wykorzystywany może być jedynie sporadycznie, np. do dokonywania sprawunków, zakupów czy „przejażdżek” z motywów pozaeconomicznych, a nawet ekscentrycznych (motyw „pokazania się” swym luksusowym autem¹⁴).

Założmy teraz, że okres naprawy takiego samochodu ogranicza się do stosunkowo krótkiego czasu (np. 10 dni). Jeżeli do tego dodamy, że uszkodzonymi mieszka w centrum miasta, gdzie ma nieograniczone możliwości korzystania z publicznych środków komunikacji, z taksówek itd., można postawić kwestię pryncypialnie: czy takiemu uszkodzowanemu także należy się „rutynowo” zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego za okres korzystania z pojazdu własnego (uszkodzonego)? Czy taki koszt ma obciążać w każdym wypadku i w pełnej wysokości osobę odpowiedzialną za szkodę, względnie jej ubezpieczyciela OC? Czy w ogóle chodzi tu o kompensację szkody majątkowej, czy może raczej o sfinansowanie takiej osobie „komfortu psychicznego” posiadania auta, jako *sui generis* dobra osobistego, często o wymiarze ekscentrycznym? No i wreszcie czy tego rodzaju potrzeba jest w ogóle możliwa do wyceny w pieniądzu? Tym samym dochodzimy do fundamentalnego pytania, czy w omawianym przypadku mamy w ogóle do czynienia ze szkodą majątkową? Otóż utrata posiadania rzeczy, która z kolei skutkuje utratą możliwości korzystania z rzeczy w celach osobistych (konsumpcyjnych), uznawana jest m.in. przez takich autorów jak np. A. Szpunar, T. Pajor, L. Stecki czy M. Kaliński jako szkoda niemajątkowa, która indemnizacji podlega wyłącznie w sytuacji, w której *expressis verbis* przewiduje to przepis prawa (tak jak np. w art. 444 w zw. z art. 445 k.c.)¹⁵. Na marginesie zauważyć trzeba, że powołani autorzy słusznie podnoszą znaczące trudności (a czasem nawet i brak możliwości) przy ustalaniu obiektywnej wartości użytkowej rzeczy, z której uszkodzowany nie może korzystać. Ustalenie takiej wartości jest konieczne do zastosowania przyjętej w polskim prawie cywilnym metody dyferencycyjnej, służącej ustaleniu wysokości szkody. Sama utrata posiadania jest przez wskazanych autorów obciążona zbyt dużym „ładunkiem subiektywnych odczuć uszkodzowanego”, w przeciwieństwie do „klasycznych” rodzajów szkody jak np. straty w czystej postaci.

Na tle opisanej sytuacji (i podobnych) trudno sobie wyobrazić, aby jakkolwiek sąd rozpatrujący roszczenia odszkodowawcze takiemu uszkodzowanemu, zasądził na jego rzecz refundację kosztów najmu pojazdu zastępczego i obciążył nimi osobę odpowiedzialną. Być może sąd amerykański – tak, polski – z pewnością nie.

14. Zmianym może być przykład, gdy uszkodzony w okresie zimowym pojazd to kabriolet z „niesztynną” konstrukcją dachu, należący do osoby niewykonującej żadnej pracy (działalności gospodarczej lub zawodowej), a posiadającej jeszcze inne auta (np. limuzynę). Jeżeli naprawa trwać ma np. 10 dni, nie można znaleźć żadnego rozsądnego argumentu, za przyznaniem takiemu uszkodzowanemu zwrotu kosztów najmu kabrioletu „zastępczego”, na okres 10 dni.

15. A. Szpunar, *Ustalenie odszkodowania w prawie cywilnym*, Warszawa 1975, s. 76; T. Pajor, *Odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie zobowiązania*, Warszawa 1982, s. 153; L. Stecki, *Odpowiedzialność cywilna za skorzystanie ze szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym*, Warszawa, 1983, s. 48; M. Kaliński, *Szkoda na mieniu i jej naprawienie*, Warszawa 2008, s. 321; podobnie też: wyrok SN z dnia 10 maja 1966, II CR 97/66.

6. Zbieg tytułów uprawniających do pojazdu zastępczego (koincydencja uprawnień i konfuzja zakładów ubezpieczeń)

Posiadacze pojazdów mechanicznych zawierają często umowy ubezpieczenia *auto-casco* (AC)¹⁶, które „opcjonalnie” zapewniają – w razie niemożności korzystania z samochodu wskutek wypadku lub z innych przyczyn losowych – zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Zdarza się, że niektórzy ubezpieczyciele, w formie swojego świadczenia dodatkowego, sami dostarczają lub umożliwiają ubezpieczonemu korzystanie z takiego pojazdu (np. w sytuacjach rozszerzonej ochrony w ramach ubezpieczenia ASSISTANCE). Tak więc nietrudno sobie wyobrazić sytuacje, w których poszkodowanemu (którego pojazd został uszkodzony lub zniszczony) przysługiwać będzie uprawnienie do najmu pojazdu zastępczego z ubezpieczenia własnego (AC) oraz – jeżeli zaistnieją przesłanki odpowiedzialności cywilnej sprawcy wypadku, posiadającego ubezpieczenie OC – także z ubezpieczenia „cudzego”. Oba tytuły dotyczą ubezpieczeń typu majątkowego (art. 821 k.c.) i nie mogą kolidować z tzw. zasadą odszkodowania (art. 8241 k.c.). Oznacza to, że poszkodowany nie może zostać wzbogacony kosztem otrzymanych odszkodowań ubezpieczeniowych, do których może być formalnie uprawniony. Innymi słowy, nie jest możliwe, aby poszkodowany mógł się domagać „zdublowanego” zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego ani też – mówiąc w uproszczeniu – dwóch pojazdów zastępczych.

W opisanej sytuacji poszkodowany wybierze zapewne – łatwiejsze i szybsze do uzyskania – świadczenie z tytułu własnego ubezpieczenia (AC, ASSISTANCE). Nadto w ramach ubezpieczenia AC, świadczenie związane z udostępnieniem pojazdu zastępczego nie jest z reguły limitowane czasowo (np. technicznym okresem naprawy pojazdu uszkodzonego) ani pomniejszane o określone limity kwotowe czy procentowe z tytułu zaoszczędzonych kosztów eksploatacji własnego pojazdu. Powstaje zatem problem czy odpowiedzialny cywilnie sprawca szkody (oraz jego ubezpieczyciel OC) powinni również w takim wypadku ponieść ciężar refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego wobec poszkodowanego, skoro jego szkoda (potrzeba) w tym zakresie została już zaspokojona z innego tytułu? Można byłoby pewnego wyjścia z owej sytuacji upatrywać w instytucji regresu ubezpieczeniowego (art. 828 k.c.). Tak więc ubezpieczyciel, który pokrył poszkodowanemu koszty najmu pojazdu zastępczego z tytułu ubezpieczenia AC (lub ASSISTANCE) będzie uprawniony do „regresowania” tych kosztów od odpowiedzialnego cywilnie sprawcy lub jego ubezpieczyciela. Jak jednak rozwiązać ten problem, gdy zajdzie „konfuzja zakładów ubezpieczeń”, to znaczy w takiej sytuacji, gdy ubezpieczycielem poszkodowanego (AC) oraz sprawcy wypadku (OC) jest ten sam

16. W okresie od 1975 do 1990 roku było to nawet ubezpieczenie obowiązkowe (tzw. *ex lege*); obowiązek ubezpieczenia AC wprowadzony został na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 listopada 1974 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych (Dz. U. nr 46, poz. 274 ze zm.) i utrzymany przez rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 listopada 1981 r. (Dz. U. nr 30 poz. 166 ze zm.) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 1989 r. (Dz. U. nr 18, poz. 100 ze zm.); obowiązek tego ubezpieczenia zniósł dopiero ustawa z dnia 29 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 59, poz. 344 ze zm.).

zakład? Opisane przypadki nie są bynajmniej abstrakcyjne; przeciwnie – często mają miejsce w naszych warunkach, albowiem niekwestionowanym liderem ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce jest od szeregu lat PZU SA (prawie 70 proc. portfela).

7. Współposiadanie i stany faktyczne zbliżone do współposiadania pojazdu

Zgodnie z art. 38 ust. 1 pkt. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadacza pojazdu mechanicznego. Dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, któremu szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona. Kiedy więc dochodzi do konfuzji – przedmiotowej (pojazdu) lub podmiotowej (osoby) – poszkodowanego ze sprawcą, nie możemy mówić o jakiegokolwiek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W takiej sytuacji nie powstaje więc – co jest naturalne – roszczenie o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego¹⁷. Przykładowo, jeżeli przedsiębiorstwo transportowe zawiera umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC dla wszystkich posiadanych przez nie pojazdów (tzw. ubezpieczenie flotowe), to uszkodzenie lub zniszczenie jednego pojazdu przez drugi (np. na placu manewrowym) nie będzie „uruchamiało” odpowiedzialności ubezpieczyciela. Co prawda w orzecznictwie Sądu Najwyższego w tej kwestii istnieją pewne wyjątki, ale odnoszą się one wyłącznie do szkody na osobie. Przytoczyć tu można następujące orzeczenia SN:

1. uchwałę z dnia 7 lutego 2008 r. w sprawie III CZP 115/07, zgodnie z którą ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność gwarancyjną wynikającą z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody na osobie wyrządzone przez kierującego pojazdem, w tym także pasażerowi będącemu wraz z kierowcą współposiadaczem tego pojazdu; czy też
2. uchwałę z dnia 19 stycznia 2007 r. w sprawie III CZP 146/06, zgodnie z którą zakład ubezpieczeń odpowiada z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkodę na osobie wyrządzoną przez kierowcę pojazdu jego posiadaczowi lub współposiadaczowi.

17. Wyłączenie odpowiedzialności w przypadku współposiadania nie dotyczy jednak szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tym samym finansującym lub zostały przewłaszczone przez posiadaczy tych pojazdów na tego samego wierzyciela lub które są przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela (art. 38 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych); w takiej sytuacji poszkodowany posiadacz np. leasingowanego pojazdu mógłby teoretycznie żądać zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego – powstaje jednak pytanie czemu ustawodawca zdecydował się objąć wyłączeniem tylko umowy wyraźnie wskazane w omawianym przepisie, z jednoczesnym pominięciem innych umów o podobnym skutku np. najmu czy użyczenia, gdzie również dochodzi do „przejęcia” posiadania pojazdu na najemcę lub biorącego w użyczenie w okresie obowiązywania umowy najmu czy użyczenia.

Wracając na grunt rozważań dotyczących zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego należy zwrócić przede wszystkim uwagę na sytuację, w których uczestnikami wypadku są małżonkowie, przy czym jeden z małżonków jest sprawcą, a drugi poszkodowanym w wypadku komunikacyjnym. Rozważania poniższe nie będą dotyczyć oczywiście szkód na osobie. Po pierwsze, jeżeli wypadkowi ulegną pojazdy objęte małżeńską wspólnością majątkową, mamy do czynienia ze współposiadaniem pojazdów, stąd odpowiedzialność ubezpieczyciela nie powstaje¹⁸. Po drugie, podobnie będzie w sytuacji, kiedy pojazd należący do majątku odrębnego jednego ze współmałżonków uszkodzi lub zniszczy pojazd objęty małżeńską wspólnością majątkową¹⁹. Jednakże, kiedy pojazdy małżonków uczestniczące w wypadku komunikacyjnym należą do majątków odrębnych, art. 38 ust. 1. pkt. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie znajdzie zastosowania, co oznacza, że małżonek-sprawca ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną drugiemu małżonkowi. W takiej sytuacji powstaje pytanie o zasadność zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego, przy założeniu, że małżonkowie prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. Jeżeli oba pojazdy są uszkodzone lub zniszczone, pojawić się mogą wątpliwości dotyczące współodpowiedzialności poczynione wcześniej, gdyż obojgu małżonkom przysługiwałoby teoretycznie roszczenie o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Z kolei, jeżeli pojazd małżonka-sprawcy nadaje się do użytku, to w gospodarstwie domowym nadal pozostaje jeden sprawny pojazd. Naszym zdaniem konieczne jest odwołanie się w takim przypadku do kryterium niezbędności najmu pojazdu zastępczego. Oczywiście „w skład” gospodarstwa domowego wchodzić może kilka pojazdów mechanicznych, niemniej nie przesądza to o standardowym pokrywaniu kosztów najmu pojazdu zastępczego w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia któregośkolwiek z tych pojazdów. Jeżeli np. każdy ze współmałżonków korzysta z pojazdu w celu dojazdów do pracy (a brak jest dogodnej komunikacji publicznej do zaspokojenia potrzeb małżonków w tym zakresie) bądź w innych celach, bez których gospodarstwo domowe nie mogłoby normalnie funkcjonować (dowóz małych dzieci do szkoły), to można by roszczenie małżonka-poszkodowanego uznać za zasadne. Jednakże, kiedy jeden z pojazdów wykorzystywany jest sporadycznie (dojazdy do kosmetyczki czy na siłownię raz w tygodniu), to potrzeby małżonków (lub szerzej – gospodarstwa domowego) mogą zostać bez uszczerbku zaspokojone przy użyciu drugiego pojazdu.

Na marginesie należy zwrócić uwagę na zaprezentowany przez niektórych autorów pogląd, iż charakter wspólności majątkowej małżeńskiej nie sprzeciwia się przyjęciu odpowiedzialności małżonka wyrządzającego szkodę w majątku wspólnym w związku z ruchem pojazdu mechanicznego (art. 436 k.c.)²⁰. Przyjęcie tego poglądu oznaczałoby więc, że zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego będzie należał się małżonkowi-

18. Zob. m.in. uchwała SN z dnia 29 listopada 1996 r., III CZP 118/96; M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz-Poznań, 2007 ss. 82-87 i wskazana tam literatura.

19. Zob. S. Reps, *Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone przez posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym osobom bliskim*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2004, ss. 58-59.

20. Zob. T. Sokołowski, *Odszkodowanie ubezpieczeniowe w razie szkody wyrządzonej w majątku wspólnym przez jednego z małżonków*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1997, s. 16 i nast.

-poszkodowanemu, nawet jeżeli uszkodzony lub zniszczony został pojazd wchodzący w skład majątku wspólnego. Koncepcja ta nie zyskała jednak – do dnia dzisiejszego – szerszego poparcia zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze.

Opisane powyżej przypadki nie muszą być oczywiście powiązane tylko z odpowiedzialnością w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Co więcej, w ramach odpowiedzialności sprawczej brak jest ograniczeń dotyczących współposiadania rzeczy, jak tych określonych w art. 38 ust. 1 pkt. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, co może w rezultacie znacznie poszerzyć krąg stanów faktycznych związanych z wyrządzeniem szkody w pojazdach współposiadanych przez kilka podmiotów.

Wreszcie zasadność roszczeń o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego będzie, naszym zdaniem, wątpliwa kiedy poszkodowany dysponuje innym pojazdem, umożliwiającym zaspokojenie jego potrzeb np. pojazdem służbowym, który może być wykorzystywany na potrzeby prywatne bądź pojazdem użyczonym przez inną osobę już po zajściu wypadku, w którym uszkodzeniu lub zniszczeniu uległ pojazd uszkodzono. W orzecznictwie słusznie przyjmuje się, że obowiązkiem poszkodowanego jest podejmowanie działań zmierzających do zminimalizowania szkody. Inaczej mówiąc, niepodejmowanie takich działań przez poszkodowanego nie może zwiększać obowiązku odszkodowawczego osoby zobowiązanej do naprawienia szkody (zarówno w przypadku odpowiedzialności sprawczej, jak i odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela)²¹. Najem pojazdu zastępczego będzie więc spełniał powyższe kryterium, jeżeli ma np. na celu zapobieżenie utracie korzyści na skutek „unieruchomienia” uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu. Jednakże jeżeli poszkodowany dysponuje innym pojazdem lub też z uszkodzonego pojazdu korzysta tylko okazjonalnie, trudno koszty najmu pojazdu zastępczego uznać za minimalizowanie szkody. Co więcej, z art. 354 k.c. płynie obowiązek wierzyciela (poszkodowanego) do współdziałania z dłużnikiem (sprawcą lub ubezpieczycielem) w wykonaniu zobowiązania. Skoro więc poszkodowany może zaspokoić swoje potrzeby wykorzystując inny pojazd (pojazd współmałżonka, pojazd służbowy czy użyczony), to najęcie pojazdu zastępczego można naszym zdaniem rozpatrywać w kategoriach naruszenia obowiązku współdziałania (maksymalizowanie, a nie minimalizowanie rozmiarów szkody).

8. Utrata możliwości korzystania z pojazdu w okolicznościach innych niż wypadek komunikacyjny

Rzeczą oczywistą jest, że utrata posiadania (lub szerzej – możliwości korzystania) z pojazdu (jak i każdej innej rzeczy ruchomej) może nastąpić w różnych okolicznościach, niekoniecznie wypadku. Dla poszkodowanego konsekwencje utraty takiej możliwości pozostają jednak takie same – niemożność zaspokajania określonego rodzaju potrzeb. Powstaje więc pytanie, czy z punktu widzenia przede wszystkim aksjologii prawa odszkodowawczego zasadnym jest różnicowanie uprawnień podmiotu poszko-

21. Zob. min. uchwała SN z dnia 22 kwietnia 1997 r., III CZP 14/97 lub wyrok SN z dnia 26 listopada 2002 r., I CKN 1993/00.

dowanego w oparciu o kryterium przyczyny utraty możliwości korzystania z pojazdu? Naszym zdaniem, nie. Rozważmy dwie, jak się wydaje, typowe, sytuacje.

Komornik sądowy zajmuje pojazd w ramach egzekucji z ruchomości (art. 845 k.p.c.) i oddaje go pod dozór osoby, która nie jest jego posiadaczem (lub właścicielem, art. 855 § 1 k.p.c.). Dochodzi więc do utraty możliwości korzystania z pojazdu. Następnie, posiadacz (lub właściciel) pojazdu wytacza w oparciu o art. 841 k.p.c. powództwo o zwolnienie zajętego pojazdu od egzekucji, gdyż uważa, że skierowanie do niego egzekucji narusza jego prawa (np. pojazd był tylko czasowo oddany dłużnikowi do korzystania). Czy po uwzględnieniu powództwa przez sąd, poszkodowany posiadacz (lub właściciel) pojazdu może żądać od komornika zwrotu kosztów najmu pojazdu, za okres, w którym nie mógł on korzystać ze swojego samochodu z powodu jego zajęcia? Komornik sądowy (jak i jego pracownicy) jest objęty obowiązkowym ubezpieczeniem OC z tytułu szkód wyrządzonych w następstwie jego działania lub zaniechania²², co znacznie „ułatwia” poszkodowanemu uzyskanie stosownej kompensacji. Skoro działanie komornika skutkowało pozbawieniem możliwości korzystania z pojazdu, to dla poszkodowanego konsekwencje są tożsame jak w przypadku wypadku komunikacyjnego. Tym samym nie byłoby, naszym zdaniem, racjonalnych przesłanek do zakwestionowania zasadności roszczeń poszkodowanego.

Podobnie kształtowałyby się uprawnienia poszkodowanego w przypadku kradzieży pojazdu. Załóżmy następującą sytuację. Pojazd zostaje skradziony, lecz po kilkunastu dniach odnajduje się w tzw. dziupli²³. Sprawcy kradzieży zostają ujęci przez policję. Poszkodowany (lub używając terminologii z zakresu prawa karnego – pokrzywdzony) nie zawarł umowy ubezpieczenia AC ani ASSISTANCE (w ramach którego otrzymałby np. pojazd zastępczy), a w celu zaspokojenia swoich potrzeb najął pojazd zastępczy. Czy w takiej sytuacji poszkodowany może żądać zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego od „złodziei”? Wydaje się, że poszkodowanemu przysługuje wiele dróg dochodzenia swoich roszczeń w omawianej sytuacji. Pierwszą z nich może być art. 46 § 1 k.k.²⁴. W tym wypadku powołać trzeba jednak wyrok SN z dnia 18 kwietnia 2007 r. w sprawie III KK 470/2006, w którym stwierdzono, iż: „Obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem, jaki sąd nakłada zawieszając wykonanie wymierzonej

22. Zob. § 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 24 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej komorników sądowych (Dz. U. Nr 232, Poz. 2326 ze zm.).
23. Lub nie odnajduje się w ogóle, gdyż fakt odzyskania pojazdu nie jest, naszym zdaniem, relevantny w przypadku żądania zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego.
24. Zgodnie z tym przepisem w razie skazania za przestępstwo spowodowania śmierci, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia, przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji, przestępstwo przeciwko środowisku, mieniu lub obrotowi gospodarczemu lub przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, sąd, na wniosek pokrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej, orzeka obowiązek naprawienia wyrządzonej szkody w całości albo w części; wniosek taki mogą złożyć, poza pokrzywdzonym i podmiotami wykonującymi jego prawa (art. 49 § 1 – 4 k.p.k.) także prokurator (art. 49a k.p.k.) i zastępcy procesowi pokrzywdzonego, a w wypadku śmierci pokrzywdzonego (art. 52 § 1 k.p.k.) osoby najbliższe dochodzące przysługujących im roszczeń określonych w przepisach art. 446 § 1 i 3 k.c. oraz w art. 445 § 3 pierwsza część zdania k.c. (postanowienie SN z dnia 28 kwietnia 2008 r., I KZP 6/2008).

kary pozbawienia wolności, obejmuje naprawienie tej szkody (w całości lub w części) tylko w takim zakresie, w jakim szkoda ta nie została zrekomensowana. Opisywany obowiązek może dotyczyć tylko tych składników szkody, które w sposób bezpośredni wiążą się z popełnieniem przez sprawcę przypisanego przestępstwa, nie zaś tych, które wynikają z dalszych następstw tego czynu". W świetle tego orzeczenia, żądanie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego od sprawcy kradzieży wydaje się niezasadne, jeżeli uznamy powstanie takich kosztów za dalsze następstwo kradzieży pojazdu. Z drugiej strony pojawiają się też głosy, że środek karny określony w omawianym artykule k.k., niezależnie od funkcji, jaką pełni w postępowaniu karnym, jest narzędziem kompensacyjnym i w zakresie jego orzekania nie mogą być stosowane zasady inne niż obowiązujące w prawie cywilnym, chyba że co innego w tym zakresie wprowadza sama ustawa²⁵. Przy takiej wykładni, sąd karny winien więc uwzględnić wniosek w zakresie refundacji kosztów najmu pojazdu. Jednakże, poza art. 46 § 1 k.k., poszkodowany może żądać zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w ramach powództwa adhezyjnego (art. 62 i nast. k.p.k.). Art. 62 k.p.k. stanowi, że pokrzywdzony może aż do rozpoczęcia przewodu sądowego na rozprawie głównej wytoczyć przeciw oskarżonemu powództwo cywilne w celu dochodzenia w postępowaniu karnym roszczeń majątkowych wynikających bezpośrednio z popełnienia przestępstwa. Tak jak w przypadku art. 46 § 1 k.k. pojawia się tu problem czy koszty najmu pojazdu zastępczego spełniają kryterium „bezpośredniości”. Wreszcie pozostaje możliwość dochodzenia roszczeń w odrębnym procesie cywilnym, szczególnie kiedy sąd cywilny będzie związany wyrokiem karnym, a więc i przesądzeniem o winie sprawcy, zgodnie z dyspozycją przepisu art. 11 k.p.c. (i gdzie nie pojawiają się ewentualne ograniczenia zakresu kompensowanych szkód jak w przypadku art. 46 § 1 k.k. czy art. 62 k.p.k.). W przypadku kradzieży pojazdu możemy również stwierdzić, że dla poszkodowanego jej konsekwencje są tożsame jak w przypadku wypadku komunikacyjnego. Zresztą powyższe uwagi dotyczące kradzieży pojazdu będą odnosić się także do innych sytuacji, w których dochodzi do utraty możliwości korzystania z pojazdu na skutek przestępstwa np. określonego w art. 288 § 1 k.k. (zniszczenie cudzej rzeczy) lub art. 289 § 1 k.k. (zabór cudzego pojazdu w celu krótkotrwałego użycia).

W świetle powyższych uwag teza, że refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego winna następować w każdym przypadku utraty posiadania pojazdu, wydaje się nie uwzględniać różnorodnych i skomplikowanych stanów faktycznych, w których do utraty korzystania dochodzi (oraz pewnych ograniczeń w zakresie realizacji roszczeń, wynikających z przepisów prawa²⁶). Wątpliwości budzi, naszym zdaniem, np. możliwość dochodzenia od komornika sądowego zwrotu kosztów najmu pojazdu, kiedy doszło co prawda do uwzględnienia powództwa z art. 841 k.p.c., ale działaniom

25. Stanowisko takie pojawia się m.in. w orzecznictwie sądów niższych instancji; zob. np. wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 27 kwietnia 2004 r. w sprawie VIII Ka 1483/2003 (dostępny w „LexPolonica” pod nr 383361).

26. Mamy tu na myśli wspomniane art. 46 § 1 k.k. i art. 62 k.p.k. – jeżeli przyjmiemy, że na ich podstawie poszkodowany (pokrzywdzony) nie może dochodzić zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego, będzie on zmuszony do wytoczenia odrębnego powództwa, co komplikuje i przedłuża sprawę oraz prowadzi do nadmiernego rozdrobienia jego roszczeń.

komornika nie można przypisać jakiegokolwiek „nieprawidłowości”²⁷. Co więcej, można podać w wątpliwość czy przedmiotowy zakres ubezpieczenia OC komornika w ogóle obejmuje kompensacje omawianych szkód. Poza tym ograniczenie wskazanej refundacji tylko do przypadków utraty możliwości korzystania z pojazdu na skutek wypadku komunikacyjnego²⁸, nie znajduje oparcia w aksjologii prawa odszkodowawczego.

9. Utrata możliwości korzystania z pojazdu czasowo wycofanego z ruchu²⁹

Zgodnie z art. 78a ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym³⁰, na wniosek posiadacza pojazdu lub podmiotu, o którym mowa w art. 73 ust. 5 tej ustawy, można czasowo wycofać z ruchu zarejestrowane samochody ciężarowe i przyczepy o dopuszczalnej masie całkowitej od 3,5 tony, ciągniki samochodowe, pojazdy specjalne oraz autobusy. Z kolei zgodnie z art. 8 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w przypadku czasowego wycofania pojazdu z ruchu, skutkującego zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń, na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego, jest obowiązany do proporcjonalnego obniżenia składki ubezpieczeniowej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu (przy czym składka ubezpieczeniowa, już po uwzględnieniu przysługujących posiadaczowi pojazdu mechanicznego zniżek, ulega obniżeniu nie mniej niż o 95 proc.).

Oczywiście samo czasowe wycofanie pojazdu z ruchu nie wyklucza możliwości powstania szkody w tym pojeździe (np. uszkodzenie go przez osobę trzecią na parkingu). Standardowe pokrywanie kosztów najmu pojazdu zastępczego może budzić wątpliwości w przypadku pojazdów czasowo wycofanych z ruchu. Skoro każdy przypadek utraty możliwości korzystania z pojazdu ma uprawniać do zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego, to reguła ta musiałaby znaleźć zastosowanie również w stosunku do pojazdów czasowo wycofanych z ruchu³¹, a więc takich, które decyzją ich posiadacza zostały „wyłączone” ze zbioru rzeczy służących na co dzień zaspokajaniu jego potrzeb. Byłby to naturalny rezultat nieuwzględniania „kryterium niezbędności” przy rozpatrywaniu roszczeń o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Co więcej, posiadacz taki nie dość, że otrzymywałby refundację omawianych kosztów, to jeszcze zachowywałby prawo do co najmniej 95 proc. bonifikaty składki ubezpieczenia OC dotyczącego tego pojazdu.

27. Pojazd zajęto po należyтым przeprowadzeniu wszystkich czynności komorniczych, a rezultaty tych czynności nie dawały podstaw do zakwestionowania zasadności zajęcia pojazdu.

28. Podobnie jak to miało miejsce w opisanym w pkt. II niniejszego artykułu rozróżnieniem podmiotów (sprawców) objętych oraz nie objętych obowiązkowych ubezpieczeniem OC.

29. Co do czasowego wycofania pojazdu z ruchu zob. szeroko na ten temat: E. Kowalewski, M.P. Ziemiak, *Obniżenie składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 2/2010 ss. 73-85.

30. Tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 108, Poz. 908, ze zm.

31. Posiadacz może bowiem twierdzić, że co prawda pojazd był z ruchu wycofany, ale miał zostać wkrótce do niego przywrócony, a uszkodzenie lub zniszczenie uniemożliwiło korzystanie z niego.

Podsumowanie

W wielu sytuacjach i stanach faktycznych refundacja kosztów najmu pojazdu zastępczego w stosunku do konkretnego poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym może być nieadekwatna albo wręcz nieuzasadniona. Wyrazistym tego przykładem jest brak szkody majątkowej po stronie poszkodowanego, który w następstwie uszkodzenia lub zniszczenia swego pojazdu, traci możliwość (przynajmniej czasową) korzystania z niego. Czy już sama utrata posiadania samochodu (bez uszczerbku majątkowego) albo utrata „przyjemności” korzystania z niego stanowi przesłankę uzasadniającą refundację kosztów najmu pojazdu zastępczego, pozostaje kwestią otwartą. Być może w nieodległej przyszłości zostanie ona podjęta w orzecznictwie sądowym i literaturze prawa odszkodowawczego. Póki co jednak, koncepcja *pure economic loss of use* – w zakresie utraty posiadania samochodu – nie znalazła uznania w naszym orzecznictwie ani doktrynie³².

Wykaz źródeł:

- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość)* (w:) *Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana*, red. Ogiegło L., Popiołek W., Szpunar M., Warszawa 2005.
- Kaliński M., *Szkoda na mieniu i jej naprawienie*, Warszawa 2008.
- Kowalewski E., *Najem pojazdu zastępczego a odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2010.
- Kowalewski E., Ziemiak M.P., *Obniżenie składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 2/2010.
- Orlicki M., Pokrzywniak J., Raczyński A., *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz-Poznań, 2007.
- Pajor T., *Odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie zobowiązania*, Warszawa 1982.
- Reps S., *Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone przez posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym osobom bliskim*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2004.
- Sokołowski T., *Odszkodowanie ubezpieczeniowe w razie szkody wyrządzonej w majątku wspólnym przez jednego z małżonków*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/1997.
- Stecki L., *Odpowiedzialność cywilna za skorzystanie ze szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym*, Warszawa, 1983.
- Szpunar A., *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1998.
- Szpunar A., *Ustalenie odszkodowania w prawie cywilnym*, Warszawa 1975.
- Warkałło W., *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972.

32. A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1998, ss. 116-123 oraz E. Kowalewski, *Najem pojazdu zastępczego a odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/10, s. 8.

Typified cases where reimbursement of substitute car rental costs is not adequate – Summary

The purpose of this article is to present selected cases (presented in a typified form), where the practice of reimbursing the substitute car rental costs to the aggrieved party in a motor accident may be doubtful or even unjustified. First, the article discusses the cases, where the party at fault in the accident is not obliged to hold the mandatory liability insurance at all or has not fulfilled the obligation to enter into the insurance agreement. As to that aspect, the authors resolved that, inter alia, in the compensation law there are no axiological grounds for differentiating a party which suffered damage caused by a person covered by the mandatory liability insurance from a party which suffered damage caused by a person who is not legally required to hold the insurance. Then, the authors focused on problems related to co-liability and the aggrieved party's involvement in causing the damage and their consequences in the discussed regard. Further on, the article presents, among others, the aspects of overlapping entitlements to receive a substitute car (e.g. with the additional accident or assistance insurance), vehicle co ownership, and cases similar to co-ownership of a vehicle (particularly damage to property of one spouse caused by the other spouse). Finally, the authors analyse the problem of inability to use the car due to circumstances other than a motor accident (e.g. bailiff seizure or theft) or cars temporarily deregistered as per article 78a of the Road Traffic Law. The authors conclude the article by stating that the concept of pure economic loss of use – as to the loss of the car – has not been recognised in Polish case law and in the compensation law doctrine.

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

MICHAŁ PIOTR ZIEMIAK – jest doktorantem w Zakładzie Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu oraz aplikantem radcowskim w Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Toruniu.

Recenzenci: dr Dariusz Fuchs, dr Wojciech Mogilski.

JOLANTA GAJDA

Polski system ubezpieczeń eksportowych ze wsparciem państwa – uwagi *de lege ferenda*

Celem artykułu jest analiza systemu ubezpieczeń eksportowych istniejącego w Polsce. Wydaje się, że istnieje zapotrzebowanie na tego rodzaju ochronę ubezpieczeniową dla polskich przedsiębiorców. Doświadczenia zdobyte w okresie funkcjonowania tego systemu wskazują jednak, że pomimo ogólnej pozytywnej oceny, nie spełnia on w pełni wymagań oczekiwanych przez przedsiębiorców i w związku z tym wymaga zmian. Autorka artykułu podjęła się próby zdiagnozowania obecnych warunków prowadzenia ubezpieczeń eksportowych, identyfikacji ich słabych stron i przedstawienia postulatów zmian tego systemu zmierzających do tego, aby w przyszłości warunki oferowania ubezpieczeń eksportowych były bardziej przyjazne polskiem eksporterom.

Cel i funkcje ubezpieczeń kredytu w eksporcie – uwagi ogólne

W dobie globalizacji, duży wpływ na sytuację gospodarczą każdego kraju ma uczestnictwo w międzynarodowej wymianie handlowej, a co za tym idzie, poziom eksportu. W celu sprostania wymogom konkurencji przedsiębiorcy – eksporterzy towarów/usług oferują korzystne warunki transakcyjne, co przejawia się między innymi w akceptacji odroczenia płatności za dostarczany produkt bądź w aktywnym udziale eksportera w uzyskaniu finansowania transakcji przez nabywcę. W pierwszym wypadku mówimy o kredycie towarowym (kupieckim) zwanym też kredytem dostawcy (), w drugim – zazwyczaj jest to kredyt bankowy służący sfinansowaniu importerowi zakupu towarów/usług od eksportera, nazywany kredytem dla nabywcy (*buyer credit*). Kredyt eksportowy polega na korzystaniu przez importera z odroczenia płatności ze strony eksportera lub uzyskaniu przez importera kredytu od banku eksportera bądź innej instytucji finansowej¹. Regulacja unijna – dyrektywa 98/29/WE z dnia 7 maja 1998 r. – definiuje te pojęcia

1. *Export Credit Financing Systems In OECD Member and Non-member Countries*, OECD, Paris 1995 i 1997, s. 1, za: T. Bednarczyk, *Kredytowanie i ubezpieczanie transakcji eksportowych jako elementy polityki proeksportowej*, „*Ekonomista*” 1998, nr 5-6, s. 667.

następująco: „kredyt dostawcy” odnosi się do kontraktu handlowego obejmującego eksport towarów i/lub usług, zawartego przez jednego lub więcej dostawców i jednego lub więcej nabywców, w ramach którego nabywca zobowiązuje się względem dostawcy do zapłaty na warunkach płatności gotówkowej lub na warunkach kredytowych; „kredyt dla nabywcy” to umowa kredytu między co najmniej jedną instytucją finansową i co najmniej jednym kredytobiorcą, finansującego kontrakt handlowy na eksport towarów i/lub usług, w ramach którego instytucja udzielająca kredytu zobowiązuje się do wypłaty gotówkowej dostawcy w imieniu nabywcy, zgodnie z warunkami kontraktu, natomiast nabywca lub kredytobiorca dokonuje spłaty kredytu. Transakcje na warunkach kredytu dostawcy i kredytu dla nabywcy dzieli się na zawierane z podmiotami prywatnymi lub publicznymi, czyli podmiotami, które reprezentują władzę publiczną i których niewypłacalność nie może zostać ogłoszona w drodze sądowej lub administracyjnej². W przypadku kredytu dostawcy można również mówić o ryzyku przed wysyłką towaru (ryzyko produkcji, *pre-shipment risk*) i ryzyku po wysyłce towaru (*post-shipment risk*). Ryzyko przedwysyłkowe występuje od daty wejścia w życie kontraktu do wysyłki towarów, ryzyko powysyłkowe rozpoczyna się w dacie wysyłki towaru³.

We współczesnej wymianie międzynarodowej nie ma więc handlu bez kredytu⁴. Realizacja kontraktu eksportowego na warunkach kredytowych obciążona jest z kolei dużym ryzykiem. Oczywiście ryzyko to istnieje także w stosunkach krajowych, należy jednak założyć, że w przypadku sprzedaży za granicę kredytodawcy mniej znany jest stan finansowy kontrahenta, organizacja i metody pracy panujące w danym kraju, zwyczaje etc. Takie ryzyko, związane ze stanem finansowym nabywcy, który może uniemożliwić wypełnienie zobowiązań płatniczych względem eksportera, określane jest ryzykiem handlowym⁵. Dodatkowo, w trakcie realizacji kontraktu przez eksportera lub po dostawie towarów albo realizacji usługi, mogą zajść zdarzenia takie jak wojna, strajki, zakazy transferu, które niezależnie od stanu finansowego i zamiarów nabywcy uniemożliwią mu zapłatę należności. Ryzyko to nazywane jest niehandlowym⁶ lub politycznym, jest ono szczególnie wysokie, jeżeli kontrakt realizowany jest w kraju, gdzie warunki prowadzenia działalności gospodarczej są mało stabilne lub zachodzi możliwość znacznej ingerencji w procesy gospodarcze w drodze decyzji administracyjnych. Ponadto przyjmuje się, że z uwagi na niemożność ogłoszenia upadłości przez państwo lub dłużnika publicznego, a więc takiego, do którego nie mają zastosowania przepisy prawa upadłościowego, niedokonanie zapłaty przez podmiot publiczny stanowi ryzyko niehandlowe⁷.

Metodą ograniczenia tak powstałego ryzyka jest jego ubezpieczenie. Ubezpieczenie kredytu eksportowego jest to więc pewien system, w ramach którego ubezpieczyciel

2. Dyrektywa 98/29/WE z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie harmonizacji głównych przepisów dotyczących ubezpieczenia kredytów eksportowych dla transakcji objętych ubezpieczeniem średnio- i długoterminowym, Dz. Urz. UE L 148 z 7/19.05.1998, str. 22, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 11, t. 28, str. 246.
3. *The Financing of exports. A guide for developing and transition economies*. International Trade Centre UNCTAD/WTO, Geneva 1997, ss. 47-48.
4. J. Lisowski, *Ubezpieczenie kontraktów eksportowych w Polsce (cz. I)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1996, nr 1/2/3, s. 15.
5. A. Olszewski, *Ubezpieczenia w handlu zagranicznym*, PZU, Warszawa 1977, s. 193.
6. *Ibidem*, s. 193.
7. *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych*, pr. zb. pod red. T. Sangowskiego, Poznań 1998, s. 252.

zapewnia ubezpieczającego, że pokryje jego wierzytelność zagraniczną w przypadku, gdyby tego nie mógł uczynić dłużnik zagraniczny z powodu przypadkowych okoliczności, zaistniałych w czasie realizacji kontraktu⁸. Według innej definicji, ubezpieczenie takie chroni eksporterów i podmioty ich finansujące przed szkodą wynikającą z każdej przyczyny będącej poza kontrolą tych eksporterów i przed szkodą wynikającą ze zdarzeń, które miały miejsce poza ich macierzystym krajem, które nie są zwyczajowo ubezpieczane przez inne typy umów ubezpieczenia, jak ubezpieczenie morskie lub ogniowe⁹. W przypadku ryzyka handlowego ubezpieczenie takiego ryzyka nie stanowi problemu dla zakładu ubezpieczeń, ponieważ dla ustalenia wielkości ryzyka i wielkości przewidywanych szkód istnieje możliwość skorzystania z technik ubezpieczeniowych i dokonywania kalkulacji opartych na rachunku prawdopodobieństwa. W odniesieniu jednak do ryzyka niehandlowego, nieprzewidywalność zdarzeń politycznych i brak możliwości oparcia na wcześniejszych doświadczeniach częstotliwości i zakresu zdarzeń, które wystąpią w przyszłości powodują, że metody statystyki ubezpieczeniowej nie mogą mieć tu zastosowania. Równocześnie, wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, np. wojny czy zakazu transferu, powoduje, że ogół podmiotów z danego regionu/kraju nie jest w stanie wypełniać swoich obowiązków kontraktowych. Stawia to ubezpieczycieli przed zadaniem likwidacji w krótkim czasie wielu szkód, których rozmiar wymaga zazwyczaj środków finansowych przekraczających kwoty wpłacone przez ubezpieczających tytułem składki ubezpieczeniowej¹⁰.

Z tych powodów nie zawsze prywatny rynek ubezpieczeń jest w stanie przyjąć do ubezpieczenia ryzyko niehandlowe związane z kredytem lub kontraktem wieloletnim, lub zlokalizowane na szczególnie wrażliwych politycznie rynkach. Jednocześnie ekspansja eksportowa jest korzystna gospodarczo, a czasem nawet politycznie. Ponadto ubezpieczenie kredytu eksportowego daje wymierne korzyści eksporterom:¹¹

1. mogą oni oferować swoim nabywcom konkurencyjne warunki płatności,
2. są chronieni przed ryzykiem i kosztami finansowymi wynikającymi z nieotrzymania zapłaty,
3. mają łatwiejszy dostęp do środków obrotowych,
4. eksporterzy są ubezpieczani od przyszłych szkód wynikających ze zmian w kursach walutowych w przypadku nieotrzymania zapłaty w sytuacji uwzględnienia zmian kursu przy wypłacie odszkodowania,
5. ubezpieczenie zmniejsza ich zapotrzebowanie na wymagane zabezpieczenia w przypadku negocjowania kredytu z bankami z uwagi na możliwość dokonania cesji praw do odszkodowania na bank udzielający kredytu,
6. dostarcza eksporterowi dodatkową weryfikację nabywcy poprzez dostęp do informacji o nabywcy zebranych przez ubezpieczyciela,
7. eksporterzy korzystają z wiedzy ubezpieczycieli kredytu na temat potencjalnych ryzyk płatniczych występujących na rynkach, na których działają za granicą oraz mają

8. A. Olszewski, *Ubezpieczenie kredytów eksportowych na tle zasad kredytowania i finansowania transakcji eksportowych*, TUiR „Warta” S.A., Warszawa 1975, s. 32.

9. *The Financing ...*, s. 40.

10. A. Olszewski, *Ubezpieczenia ...*, ss. 193-195.

11. *The Financing ...*, s. 39-40.

dostęp do pewnej wiedzy dotyczącej handlu, w tym informacji na temat zmian w przepisach odnoszących się do importu na te rynki.

W związku z powyższym, w niektórych krajach to państwo przejęło na siebie rolę podmiotu zabezpieczającego najbardziej ryzykowne transakcje, tworząc specjalne systemy kredytów eksportowych ze wsparciem państwa (*export credit insurance and guarantees*). W takim wypadku tworzone są najpierw mechanizmy umożliwiające przeniesienie przez eksporterów lub podmioty finansujące eksport (zazwyczaj banki) ryzyk związanych z niepowodzeniem transakcji na państwo lub specjalny podmiot (*export credit agency* – agencję kredytów eksportowych, organ administracji rządowej centralnego szczebla, agencję rządową lub spółkę prawa prywatnego z całkowitym lub dominującym udziałem bezpośrednio lub pośrednio instytucji rządowych). Następnie w przypadku urzeczywistnienia się ryzyka straty wypłata odszkodowań następuje bezpośrednio ze środków budżetu państwa lub jest zapewniana przez państwo temu podmiotowi w sytuacji, gdy kwota zebranych składek nie wystarcza na realizację wypłat. W takim przypadku kredyty korzystające z ubezpieczenia nazywane są kredytami oficjalnie wspieranymi (*officially supported credit*). Dodatkowo, w ramach niektórych systemów agencja kredytów eksportowych dostarcza również bezpośrednio środków finansowych importerowi w celu zakupu przez niego towarów/usług od eksportera, udzielając mu kredytu eksportowego (*official export credits*)¹². Oferta niektórych agencji kredytów eksportowych obejmuje również udzielanie na zlecenie dłużnika gwarancji ubezpieczeniowych, w szczególności gwarancji kontraktowych (*contract bonds*), zabezpieczających wykonanie kontraktu, a więc gwarancji zapłaty wadium (*bid bonds*), gwarancji dobrego wykonania kontraktu (*performance bonds*), gwarancji zwrotu zaliczki (*advance payment bonds*), i gwarancji usunięcia wad i usterek (*maintenance bonds*)¹³. Czasami oferowane są również tzw. *working capital guarantees*, pokrywające ryzyko banku finansującego eksporterowi kapitał niezbędny do wykonania jego zobowiązań kontraktowych¹⁴.

Przykładowo, w Niemczech prowadzenie ubezpieczeń eksportowych ze wsparciem państwa powierzone jest Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, spółce prywatnej, której jedynym udziałowcem jest francuska spółka wchodząca w skład Allianz Group. Jest ona upoważniona do ubezpieczania i udzielania gwarancji w imieniu i na rachunek rządu niemieckiego na podstawie pełnomocnictwa udzielonego w 1949 r. przez ministra gospodarki i technologii. Kwoty odszkodowań wypłacane są z budżetu państwa, podobnie wpływy, np. z tytułu składek ubezpieczeniowych, przekazywane są do budżetu. Ustawa budżetowa określa limit, którego nie mogą przekroczyć łączne zobowiązania z tytułu zawartych umów. Euler Hermes przyjmuje i analizuje wnioski o ubezpieczenie oraz podejmuje decyzje odnośnie ubezpieczeń w przypadku, gdy ich wartość nie przekracza określonej kwoty (5 mln EUR). Decyzje odnośnie wyższych kwot podejmuje minister gospodarki i technologii po przeprowadzeniu dyskusji w ramach Międzyresortowego Komitetu Gwarancji Eksportowych, w skład którego wchodzi przedstawiciele ministra gospodarki i technologii, ministra finansów, ministra spraw zagranicznych oraz ministra współpracy gospodarczej i rozwoju. W przypadku wypłaty odszko-

12. T. Bednarczyk, *Kredytowanie...*, ss. 673-674.

13. *Vademecum ...*, ss. 249-250.

14. *The Financing ...*, s. 49.

dowania Euler Hermes reprezentuje rząd w działaniach regresowych. Z tytułu wykonywanych czynności pełnomocnika Euler Hermes otrzymuje wynagrodzenie od rządu.

We Francji Coface – prywatna spółka, której jedynym udziałowcem jest NATEXIS Banques Populaires zarządza systemem ubezpieczenia kredytów z gwarancjami rządu francuskiego na podstawie porozumienia (umowa cywilnoprawna) zawartego z rządem francuskim. Działalność prowadzona jest w imieniu własnym, ale na „rachunek państwa”. Na rachunku tym zapisywane są wpływy ze składek i regresów, wypłaty odszkodowań oraz wynagrodzenie Coface. W rocznych okresach rozliczeniowych jednak nadwyżki środków są przekazywane do budżetu państwa lub środki na wypłatę odszkodowań są przekazywane z budżetu państwa na „rachunek państwa” w Coface w celu zapewnienia jego płynności. Decyzje o ubezpieczeniu są podejmowane przez Dyrektora Departamentu Skarbu Państwa i Polityki Gospodarczej (DGTPE) w Ministerstwie Gospodarki, Finansów i Przemysłu przy opinii Komisji Gwarancji i Kredytu dla Handlu Zagranicznego lub przez Coface w zakresie przyznanych kompetencji. Za zarządzanie powierzonymi ubezpieczeniami Coface otrzymuje wynagrodzenie na podstawie umowy zawartej z państwem. Wynagrodzenie to składa się z części stałej pokrywającej koszty Coface oraz części zmiennej stanowiącej procent wpływów z nowych umów i będących w toku. Zarówno Euler Hermes, jak i Coface prowadzą we własnym imieniu i na własny rachunek ubezpieczenia od ryzyka rynkowego.

W Czechach EGAP – Spółka ze 100 proc. udziałem Skarbu Państwa, w której prawa z akcji są wykonywane przez ministra finansów, ministra przemysłu i handlu, ministra rolnictwa oraz ministra spraw zagranicznych prowadzi wyłącznie działalność w zakresie ubezpieczeń ze wsparciem państwa. Ustawa budżetowa określa limit, którego nie mogą przekroczyć łączne zobowiązania EGAP z tytułu ubezpieczeń oraz kwotę dotacji z budżetu państwa na uzupełnienie funduszy ubezpieczeniowych EGAP. Fundusze ubezpieczeniowe EGAP są tworzone z podziału zysku oraz ww. dotacji. EGAP zarządza samodzielnie funduszami ubezpieczeniowymi oraz podejmuje decyzje o ubezpieczeniu. Pozostałe decyzje są podejmowane przez Dyrektora Generalnego albo Zarząd¹⁵.

Ubezpieczyciele kredytu wcześniej zaczęli koordynować swoją politykę w zakresie prowadzonej działalności. Celem współpracy jest wymiana doświadczeń i informacji technicznych, ochrona interesów agencji kredytów eksportowych wobec ponadnarodowych ciał – jak Unia Europejska, OECD i różne agencje Narodów Zjednoczonych zajmujące się handlem oraz wzrost liczby kontaktów między ubezpieczycielami w różnych krajach w celu wymiany doświadczeń i ustalenia wspólnych zasad oceny ryzyka¹⁶.

W 1924 r. powstał Międzynarodowy Związek Ubezpieczeń Kredytów (International Credit Insurance Association, ICIA) z siedzibą w Zurychu zrzeszający ubezpieczycieli prywatnych, natomiast Międzynarodowa Unia Ubezpieczycieli Kredytu i Inwestycji (*International Union of Credit and Investment Insurers*, Unia Berneńska) powstała w 1934 roku, skupia agencje kredytów eksportowych korzystających ze wsparcia państwa. Unia Berneńska jest platformą nawiązywania kontaktów i pozyskiwania informacji zarówno o zakresie prowadzonej działalności przez poszczególne agencje, typach oferowanych

15. P. Maciaszek, na podstawie materiałów własnych KUKE SA i stron internetowych agencji kredytów eksportowych.

16. *The Financing ...*, s. 71.

polis, jak i o doświadczeniach w odniesieniu do konkretnych uczestników życia gospodarczego (dłużników, banków) oraz ich standingu finansowym. Unia Berneńska wprowadza również jednolite zasady postępowania przy ubezpieczaniu kredytów, które co prawda nie mają charakteru prawnie wiążącego, jednak członkowie tej organizacji zobowiązani są wzajemnie do informowania o przyjętych odstępstwach¹⁷.

Równocześnie w ramach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju podjęte zostały prace nad ujednoczeniem reguł ubezpieczania kredytów eksportowych. W ramach OECD zasady średnio- i długoterminowego ubezpieczenia kredytów eksportowych (czyli z okresem spłaty dwa i więcej lat) zostały określone w Porozumieniu OECD w sprawie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych¹⁸. Porozumienie OECD określa warunki finansowe kredytów eksportowych, które mogą otrzymać oficjalne wsparcie państwa i w szczególności reguluje:

- maksymalny udział należności, który może być objęty ochroną ubezpieczeniową – co do zasady wynosi on do 85 proc. wartości eksportu (wartość kontraktu handlowego pomniejszona o wydatki lokalne w kraju dłużnika) oraz koszty lokalne czyli ponoszone w kraju dłużnika, do wysokości 30 proc. wartości eksportu,
- wysokość zaliczki kontraktowej – powinna ona stanowić kwotę nie niższą niż 15 proc. wartości eksportu,
- maksymalny okres spłaty ubezpieczonego kredytu – uzależniony jest od klasyfikacji kraju przeznaczenia i branży dłużnika,
- inne warunki spłaty kapitału i odsetek od ubezpieczonego kredytu – kapitał kredytu i odsetki powinny być spłacane w równych ratach nie rzadziej niż co 6 miesięcy, odsetki przypadające do spłaty nie są kapitalizowane, płatność pierwszej raty nie powinna nastąpić później niż po 6 miesiącach od początku okresu spłaty kredytu,
- za początek okresu spłaty kredytu (*starting point of credit*) uznaje się datę fizycznego przyjęcia towarów przez importera, datę przedłożenia faktur lub przyjęcia usługi, datę ukończenia budowy projektu inwestycyjnego lub przeprowadzenia prób eksploatacyjnych,
- minimalne stawki za ubezpieczenie – uzależnione od okresu ryzyka, kategorii kraju dłużnika, statusu dłużnika, zakresu ubezpieczonych ryzyk, procentu pokrycia szkody i ustanowionych zabezpieczeń,
- minimalne stopy oprocentowania dla kredytów o stałym oprocentowaniu – nie mogą być niższe od stopy referencyjnej oprocentowania rynkowego (tzw. stopy CIRR).

Dodatkowo porozumienie OECD zawiera odmienne od warunków ogólnych postanowienia w przypadku ubezpieczania kredytów dotyczących statków, samolotów cywilnych, elektrowni jądrowych, energetyki odnawialnej i inżynierii wodnej oraz transakcji *project finance* oraz przewiduje procedury notyfikacji odstępstw od zasad określonych w porozumieniu i wymiany informacji między agencjami.

Wspólnotowe regulacje ograniczające udzielanie pomocy publicznej¹⁹ wymagały określenia, w jakim zakresie dopuszczalne jest udzielanie oficjalnego wsparcia kredytom eksportowym. Z tego powodu porozumienie OECD stało się częścią prawa wspólnoto-

17. T. Bednarczyk, *Kredytowanie ...*, s. 679.

18. *The arrangement on officially supported export credits* z dnia 3.03.2011, TAD/PG(2011)4.

19. Art. 107 TFUE Dz. Urz. UE C 115 z 9 maja 2008 r.

wego na mocy decyzji Rady z dnia 4 kwietnia 1978 r. o wdrożeniu głównych wytycznych w zakresie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych²⁰, następnie zastąpionej decyzją Rady z dnia 22 grudnia 2000 r.²¹. Ponadto wydana została dyrektywa 98/29/WE z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie harmonizacji głównych przepisów dotyczących ubezpieczenia kredytów eksportowych dla transakcji objętych ubezpieczeniem średnio- i długoterminowym²², która stanowi podstawowy dokument harmonizujący zasady średnio- i długoterminowego ubezpieczenia kredytów eksportowych (z okresem ryzyka dwa i więcej lat) związanych z wywozem towarów i/lub usług pochodzących z państwa członkowskiego, o ile pomoc ta jest udzielana bezpośrednio lub pośrednio na rachunek lub przy wsparciu co najmniej jednego państwa członkowskiego, a więc prowadzone przez agencje kredytów eksportowych. Regulacje zawarte w dyrektywie 98/29/WE stosuje się do ubezpieczenia transakcji na warunkach kredytu dostawcy i kredytu dla nabywcy zawieranymi z podmiotami prywatnymi albo publicznymi. Dyrektywa 98/29/WE definiuje ryzyka obejmowane ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do dłużników prywatnych i publicznych (ryzyko handlowe i polityczne oraz ryzyko produkcji i kredytu) oraz określa zasady prowadzenia polityki ubezpieczeniowej wobec poszczególnych krajów i ich klasyfikację w zależności od ryzyka odwołując się do klasyfikacji OECD. Ustala również metody określania składki ubezpieczeniowej uzależniając jej wysokość od okresu ryzyka, kategorii kraju dłużnika, statusu dłużnika, zakresu ubezpieczonych ryzyk, procentu pokrycia szkody i ustanowionych zabezpieczeń. Dyrektywa 98/29/WE przewiduje również procedury notyfikacyjne, które dotyczą sytuacji odstąpienia od zasad określonych w dyrektywie 98/29/WE oraz wymiany informacji.

Kolejnym dokumentem unijnym wydanym w związku z określeniem granic dopuszczalnej pomocy publicznej w odniesieniu do ubezpieczeń kredytów eksportowych z okresem ryzyka do dwóch lat jest komunikat Komisji do Państw Członkowskich zgodnie z artykułem 93 ust. 1 Traktatu WE dotyczącego stosowania art. 92 i 93 Traktatu do krótkoterminowego ubezpieczenia kredytów eksportowych²³. Komunikat Komisji stanowi, że państwa członkowskie powinny prowadzić aktywną politykę na rzecz wspierania eksportu, jednakże w taki sposób, aby wsparcie to, wiążące się z dopłatami państwa w sektorze ubezpieczeń kredytów eksportowych, z jednej strony nie zakłócało konkurencyjności eksporterów z państw członkowskich, a z drugiej strony nie wpływało na konkurencję w Unii Europejskiej pomiędzy publicznymi i prywatnymi ubezpieczycielami. Komunikat wyróżnia sektor rynkowy (*marketable*) i nierynkowy (*non-marketa-*

20. Decyzja Rady z dnia 4 kwietnia 1978 r. o wdrożeniu głównych wytycznych w zakresie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych.

21. Decyzja Rady z dnia 22 grudnia 2000 r., zastępująca decyzję z 4 kwietnia 1978 o wdrożeniu głównych wytycznych w zakresie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych, 2001/76/EC, Dz. U. L 32, z 2.02.2001 r. str. 1.

22. Dyrektywa z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie harmonizacji głównych przepisów dotyczących ubezpieczenia kredytów eksportowych dla transakcji objętych ubezpieczeniem średnio- i długoterminowym, Dz. Urz. WE L 148 z 7.05.1998 str. 22, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 11, t. 28, str. 246.

23. Komunikat Komisji do Państw Członkowskich na podstawie art. 93 ust. 12 Traktatu WE o zastosowaniu art. 92 i 93 Traktatu do ubezpieczeń krótkoterminowych kredytów eksportowych Dz. U. C 281 z 17.09.1997 r., zmieniony Dz. U. C 217 z 2.08.2001 r., Dz. U. C 307 z 11.12.2004, Dz. U. C 325 z 22.12.2005 r. i Dz. U. C 329 z 7.12.2010 r.

b/e) krótkoterminowego ubezpieczenia kredytów eksportowych. Sektor rynkowy obejmuje, co do zasady, ryzyko handlowe i polityczne związane z publicznymi i niepublicznymi dłużnikami z siedzibami w krajach Unii Europejskiej oraz Australii, Kanadzie, Islandii, Japonii, Nowej Zelandii, Norwegii, Szwajcarii oraz Stanach Zjednoczonych. Wszelkie inne ryzyka, tj. ryzyko katastrofalne (czyli wystąpienie zdarzeń o charakterze naturalnym jak powódź, trzęsienie ziemi, tajfun) oraz ryzyko handlowe i polityczne, związane z krajami innymi niż wymienione powyżej uznaje się za nierynkowe. Komunikat Komisji ogranicza zakres działalności agencji ubezpieczeń eksportowych prowadzących działalność ze wsparciem państwa do sektora nierynkowego. W związku z powyższym, Komunikat Komisji w pkt 4.2 wskazuje następujące rodzaje dopłat państwowych (pomocy publicznej), które są zakazane w sektorze ryzyka rynkowego:

- gwarancje państwa dla pożyczek lub strat,
- zwolnienie z wymogu tworzenia odpowiednich rezerw,
- ulgi lub zwolnienia podatkowe lub zwolnienia z innych zazwyczaj płaconych opłat,
- udzielanie dopłat lub przydzielanie kapitału lub innych form środków finansowych w okolicznościach, w których inwestor prywatny działający w normalnych warunkach rynkowych nie inwestowałby w firmę lub na warunkach, jakich prywatny inwestor nie zaakceptowałby,
- świadczenie przez państwo usług rzeczowych, takich jak dostęp i wykorzystanie infrastruktury państwowej, udogodnień lub uprzywilejowanych informacji (np. informacji o dłużnikach zbieranych przez ambasady) na warunkach nieodzwoiercedlających ich kosztów,
- reasekuracja państwa zarówno bezpośrednia, jak i pośrednia poprzez publicznego lub wspieranego ze środków publicznych ubezpieczyciela kredytów eksportowych na warunkach bardziej korzystnych niż warunki proponowane przez prywatny rynek reasekuracji, co prowadzi zarówno do zaniżania cen reasekuracji, jak i sztucznego kreowania zdolności, które nie przyszłyby ze strony rynku prywatnego.

W celu przestrzegania wyżej wskazanych zasad i wykazania przez publicznych lub wspieranych ze środków publicznych ubezpieczycieli kredytów eksportowych, że nie korzystają z dopłat państwa przy ubezpieczaniu ryzyka rynkowego, ubezpieczyciele ci powinni prowadzić co najmniej osobne zarządzanie i osobną księgowość dla ubezpieczenia ryzyka rynkowego i nierynkowego w imieniu lub z gwarancją państwa.

Zakres dopuszczalnej pomocy publicznej w odniesieniu do ubezpieczeń kredytów eksportowych z okresem ryzyka do dwóch lat został poszerzony na okres trudności z uzyskaniem ubezpieczenia od prywatnych ubezpieczycieli w państwach członkowskich Unii Europejskiej na mocy Komunikatu Komisji – Tymczasowe unijne ramy prawne w zakresie pomocy państwa ułatwiające dostęp do finansowania w dobie kryzysu finansowego i gospodarczego²⁴. Warunkiem poszerzenia zakresu ubezpieczeń jest zatwierdzenie krajowego programu pomocy przez Komisję zgodnie z tymczasowymi ramami prawnymi, okres obowiązywania Komunikatu został ograniczony do 1.12.2011 r.

24. Komunikat Komisji – Tymczasowe unijne ramy prawne w zakresie pomocy państwa ułatwiające dostęp do finansowania w dobie kryzysu finansowego i gospodarczego Dz. Urz. C 6/05 z 11 stycznia 2011 r.

Także w odniesieniu do gwarancji ubezpieczeniowych określone zostały dopuszczalne rodzaje gwarancji oraz warunki ich udzielania, wykluczające istnienie pomocy państwa. W tym zakresie obowiązuje obwieszczenie Komisji w sprawie zastosowania art. 87 i 88 Traktatu WE do pomocy państwa w formie gwarancji²⁵. Wymogi stawiane takim gwarancjom są następujące:

- zleceniodawca gwarancji nie znajduje się w trudnościach finansowych w rozumieniu wspólnotowych wytycznych dotyczących pomocy państwa na rzecz wspomaganie i restrukturyzacji przedsiębiorstw przeżywających trudności,
- zleceniodawca gwarancji mógłby w zasadzie uzyskać gwarancję swoich zobowiązań na rynku finansowym na zasadach rynkowych,
- gwarancja jest związana z określonym kontraktem handlowym,
- gwarancja ma ustaloną kwotę maksymalną,
- kwota gwarancji wynosi nie więcej niż 80 proc. kwoty zobowiązania zleceniodawcy gwarancji,
- gwarancja nie jest nieograniczona (ma określony termin ważności).

Ponadto kredyty eksportowe są przedmiotem regulacji w ramach WTO (jako tzw. subsydia eksportowe), co tylko pośrednio odnosi się do kwestii związanych z ubezpieczeniem takiego kredytu. Kredyt eksportowy zgodny z porozumieniem OECD nie stanowi zakazanego subsydium eksportowego.

1. System ubezpieczeń eksportowych w Polsce

W Polsce potrzeba stworzenia systemu ubezpieczeń eksportowych zauważona została już w okresie międzywojennym przez Lilienthala i J. A. Jeziorańskiego. Jeziorański postulował równoczesne o:²⁶

1. powołanie silnej spółki akcyjnej zajmującej się pośrednictwem w handlu zagranicznym, która wyeliminowałaby prowadzenie w zasadzie wszelkiej działalności eksportowej przez Hamburg lub Triest,
2. stworzenie biura informacyjnego w formie spółki akcyjnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością,
3. stworzenie towarzystwa ubezpieczeń kredytów.

W celu pozyskania niezbędnych kapitałów proponował nawiązać kontakt z przedstawicielami przemysłu, rządu w osobie ministrów przemysłu i handlu oraz skarbu oraz przedstawicielami Banku Polskiego i Banku Gospodarstwa Krajowego.

W roku 1931 przewidziano gwarantowanie eksporterom dobrego wyniku transakcji poprzez ubezpieczenie eksportu do wysokości 50 proc. kwoty kontraktu, jednak w tej części stosowny akt prawny nie wszedł w życie, ponadto eksport dotyczył głównie towarów rolno-spożywczych i odbywał się za gotówkę²⁷.

25. Obwieszczenie Komisji w sprawie zastosowania art. 87 i 88 Traktatu WE do pomocy państwa w formie gwarancji, Dz. U. C 155 z 20.06.2008.

26. J.A. Jeziorański, *Sprawa ubezpieczenia kredytów handlowych w Polsce*, „Przegląd Ubezpieczeniowy”, rok VIII, zeszyt 2, marzec-kwiecień 1929, ss. 1-20.

27. A. Olszewski, *Ubezpieczenia ...*, s. 198.

W okresie powojennym początkowo zorganizowanie ubezpieczeń kredytów eksportowych powierzono Państwowemu Zakładowi Ubezpieczeń (w latach 1957-1959), a od 1959 roku – Towarzystwu Reasekuracyjnemu Warta SA w Warszawie. Podstawą działalności TU Warta SA w tym zakresie był – organizacyjnie – Statut, a prawnie – uchwały Rady Ministrów z 1971, 1974, 1975 i 1985 roku. W latach 1971-1974, w okresie obowiązywania uchwały Rady Ministrów Nr 221/71 z dnia 22 października 1974 r. w sprawie ubezpieczenia przez jednostki gospodarki uspołecznionej należności kredytowych od kontrahentów zagranicznych, ubezpieczenie obejmowało jedynie ryzyko handlowe kredytów krótko-, średnio- i długoterminowych: prawnie stwierdzoną niewypłacalność dłużnika, faktyczną niewypłacalność dłużnika, odmowę wykupienia dokumentów za dostarczony towar i niedokonanie zapłaty w ciągu 270 dni. Uchwałą Rady Ministrów Nr 142/74 z dnia 31 maja 1974 r. dotyczącą ubezpieczenia kredytów należności jednostek gospodarki uspołecznionej od kontrahentów zagranicznych z tytułu ryzyka handlowego i niehandlowego (politycznego, katastrofalnego, kursowego) rozszerzono zakres ubezpieczeń na ryzyko niehandlowe: ryzyko polityczne, katastrofalne, przewlekłej zwłoki dłużnika i poręczyciela publicznego.

TU Warta ubezpieczała ryzyko niehandlowe w imieniu własnym na rachunek funduszu ubezpieczeń powstałego z wpłaconych składek i regresów oraz ewentualnej dopłaty z budżetu. Jednak z uwagi na istniejącą zasadę antycypacyjnego finansowania przedsiębiorstwom handlu zagranicznego należności kredytowych przez bank niezależnie od terminu płatności i istniejących zabezpieczeń oraz pokrywanie strat z tytułu należności niezapłaconych przez budżet państwa, ograniczało zainteresowanie tych podmiotów ubezpieczeniem należności eksportowych. Ponadto w handlu między państwami socjalistycznymi, z uwagi na występowanie niemal wyłącznie podmiotów państwowych, ryzyko nieotrzymania płatności praktycznie nie istniało²⁸. Na podstawie art. 98 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. wszystkie akty prawne wydane na podstawie wcześniej obowiązującej ustawy o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, w tym ww. uchwały Rady Ministrów, straciły moc²⁹ i TUiR Warta ograniczyła ubezpieczenie kredytów eksportowych do ryzyka handlowego.

W dniu 7 lipca 1994 r. została uchwalona ustawa o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych („ustawa”)³⁰. W swoim pierwotnym brzmieniu ustawa posługiwała się pojęciem „ubezpieczenia kontraktów eksportowych”. Ustawa przewidywała udzielanie ochrony ubezpieczeniowej krajowym podmiotom gospodarczym na wypadek strat poniesionych w trakcie realizacji kontraktu eksportowego, mogących powstać zarówno przed wysyłką towarów lub realizacją usług (*pre-shipment risk*), jak i po wysyłce towarów lub zrealizowaniu usług (*post-shipment risk*) (art. 1 ust. 2 ustawy).

28. *Ibidem*, ss. 197-202.

29. Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. z 1990 r., Nr 59, poz. 344, z 1993 r. Nr 5, poz. 21 i Nr 44, poz. 201 oraz z 1994 r., Nr 4, poz. 17.

30. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych, tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 59, poz. 609, Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 143, poz. 1204 oraz z 2009 r. Nr 161, poz. 1277 i Nr 215, poz. 1662.

Ubezpieczenie kontraktów eksportowych obejmowało szkody poniesione przez ubezpieczającego w wyniku niemożności wykonania kontraktu eksportowego bądź w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania kontraktu przez kontrahenta zagranicznego, jeśli szkody te były następstwem zdarzeń określonych jako ryzyko nie-handlowe, czyli ryzyko polityczne, ryzyko katastrofalne i ryzyko przewlekłej zwłoki w wypełnieniu zobowiązań płatniczych przez zagranicznego dłużnika publicznego (art. 2 ust. 1 ustawy) i dodatkowo, w odniesieniu do kontraktów zawartych na warunkach kredytu powyżej jednego roku, również ryzyka o charakterze handlowym (stwierdzoną niewypłacalność oraz przewlekłą zwłokę kontrahenta zagranicznego). Wyżej wymienione kategorie ryzyka zdefiniowane były w ustawie, i tak ryzyko polityczne dotyczyło:

1. ogłoszenia powszechnego moratorium płatniczego przez rząd państwa dłużnika lub państwa uczestniczącego w regulowaniu należności,
2. wydania lub zmiany aktów prawnych lub decyzji rządu bądź innego organu państwowego państwa dłużnika lub państwa trzeciego, które uczestniczy w realizacji kontraktu, uniemożliwiających wykonanie kontraktu lub świadczenie zamówionych usług,
3. wprowadzenia zakazu transferu należności w walucie płatności lub zakazu wymiany waluty narodowej na walutę płatności,
4. odmowy dokonania zapłaty z przyczyn nie związanych z wykonaniem kontraktu, gdy dłużnikiem jest państwo, dłużnik publiczny lub inny dłużnik, za którego poręczyło państwo,
5. wydania przepisów prawnych lub decyzji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie handlu zagranicznego, które uniemożliwiają realizację kontraktu lub świadczenie zamówionych usług,
6. wybuchu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej działań wojennych, powstania, rewolucji, zamieszek, przewlekłych masowych strajków,
7. ogłoszenia aktów nacjonalizacji.

Ryzyko katastrofalne obejmowało trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, cyklon, tajfun, powódź, gwałtowny przyptyw morski oraz pożary o rozmiarach katastrofalnych. Ryzyko przewlekłej zwłoki zdefiniowane zostało jako opóźnienie w zapłacie przez kontrahenta zagranicznego, wynoszące co najmniej dwa miesiące od upływu ustalonego w kontrakcie terminu płatności.

W ustawie działalność w zakresie ubezpieczeń eksportowych powierzona została Korporacji Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych Spółce Akcyjnej („KUKA SA”). Pierwotnie Rada Ministrów zobowiązana była w terminie do 30 listopada każdego roku określić szczegółowe zasady działalności KUKA SA na rok następny, w zakresie objętym ustawą, a w szczególności:

- 1) rodzaje kontraktów, które mogą być objęte ubezpieczeniem od ryzyka niehandlowego,
- 2) rodzaje kontraktów, które mogą być objęte ubezpieczeniem od ryzyka handlowego,
- 3) wytyczne w zakresie ustalania wysokości stawek za ubezpieczenie kontraktów eksportowych.

Opracowaną przez Korporację, na podstawie wytycznych Rady Ministrów, taryfę stawek za ubezpieczenie kontraktów eksportowych zatwierdzał minister finansów po zasięgnięciu opinii ministra współpracy gospodarczej z zagranicą. Organem opiniodawczym w sprawach polityki ubezpieczeniowej był Komitet Ubezpieczeń, wyłoniony spośród członków Rady Nadzorczej KUKA SA.

W 1997 roku³¹ uprawnienia Rady Ministrów i Komitetu Ubezpieczeń powierzono Komitetowi Polityki Ubezpieczeń Kredytów i Gwarancji Ubezpieczeniowych, którego nazwa została następnie zmieniona na Komitet Polityki Ubezpieczeń Eksportowych³². Rozszerzono działalność KUKA SA o udzielanie gwarancji ubezpieczeniowych, wprost wskazano też, że KUKA SA może prowadzić działalność reasekuracyjną.

Ustawą z dnia 16 listopada 2000 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych³³ rozszerzono zakres działalności KUKA SA o ubezpieczenie inwestycji bezpośrednich za granicą i ubezpieczenie kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu. Równocześnie wprowadzono pojęcie „ubezpieczeń eksportowych” w miejsce „ubezpieczeń kontraktów eksportowych”, które przy nowej formule działalności KUKA SA okazało się zbyt wąskie.

Obecnie system gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych, którego podstawy prawne określone są w ustawie oraz aktach wykonawczych wydanych na podstawie jej przepisów, w szczególności w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 7 maja 2010 r. w sprawie określenia definicji ryzyka handlowego, politycznego i nierynkowego³⁴ („rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 maja 2010 r.”), rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. w sprawie warunków i tryby udzielania przez Skarb Państwa poręczeń kredytów bankowych zaciągniętych przez KUKA SA oraz udzielania i umarzania pożyczek ze środków budżetu państwa³⁵ („rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r.”) i rozporządzeniu ministra gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie maksymalnego procentowego udziału składników pochodzenia zagranicznego w eksportowanym w ramach kontraktu eksportowego produkcie finalnym, umożliwiającemu uznanie tego produktu za krajowy³⁶ („rozporządzenie ministra gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r.”) przedstawia się następująco:

1) Ustawa definiuje ubezpieczenia eksportowe jako ubezpieczenia, w wypadku których wypłata odszkodowań jest zapewniona w drodze przekazywania zakładowi

31. Ustawa z dnia 21 lutego 1997 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych, Dz. U. Nr 28, poz. 154.

32. Ustawa z dnia 16 listopada 2000 o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych, Dz. U. Nr 114 poz. 1190.

33. Ustawa z dnia 16 listopada 2000 o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych, Dz. U. Nr 114 poz. 1190.

34. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 maja 2010 r. w sprawie określenia definicji ryzyka handlowego, politycznego i nierynkowego, Dz. U. Nr 81, poz. 534.

35. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. w sprawie warunków i tryby udzielania przez Skarb Państwa poręczeń kredytów bankowych zaciągniętych przez KUKA S.A. oraz udzielania i umarzania pożyczek ze środków budżetu państwa, Dz. U. Nr 24, poz. 210 z późn. zm.

36. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie maksymalnego procentowego udziału składników pochodzenia zagranicznego w eksportowanym w ramach kontraktu eksportowego produkcie finalnym, umożliwiającemu uznanie tego produktu za krajowy, Dz. U. Nr 101, poz. 1097.

ubezpieczeń niezbędnych na ten cel środków przez Skarb Państwa. Działalność w zakresie ubezpieczeń eksportowych jest powierzona KUKE SA, która prowadzi tę działalność w imieniu własnym (art. 5 ust. 2 ustawy) co oznacza, że KUKE SA występuje jako strona w umowach ubezpieczenia i w umowach zlecenia udzielenia gwarancji ubezpieczeniowej oraz we własnym imieniu wystawia gwarancje ubezpieczeniowe na rzecz beneficjentów gwarancji. Na marginesie warto dodać, że równocześnie KUKE SA jest zakładem ubezpieczeń posiadającym zezwolenie na prowadzenie ubezpieczeń wymienionych w grupach 14-16 załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm. „ustawa o działalności ubezpieczeniowej”) i na podstawie tego zezwolenia oferuje ubezpieczenia finansowe znajdujące się poza systemem ubezpieczeń eksportowych ze wsparciem państwa.

2) Ubezpieczenia eksportowe obejmują:

- a) ubezpieczenie kredytów eksportowych, czyli ochronę jednostek finansujących kontrakt eksportowy (zazwyczaj są to banki) na wypadek strat poniesionych w związku z tym finansowaniem,
- b) ubezpieczenie kontraktów eksportowych, czyli ochronę eksporterów na wypadek strat poniesionych w związku z realizacją kontraktu eksportowego,
- c) ubezpieczenie kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu, czyli ochronę przedsiębiorców na wypadek kosztów i wydatków poniesionych w związku z poszukiwaniem zagranicznych rynków zbytu,
- d) ubezpieczenie inwestycji bezpośrednich za granicą, czyli ochronę przedsiębiorców na wypadek strat poniesionych w związku z realizacją inwestycji bezpośredniej za granicą,
- e) ubezpieczenie umów sprzedaży zawartych przez przedsiębiorców zależnych czyli ochronę przedsiębiorców zależnych na wypadek strat poniesionych w związku ze sprzedażą poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ubezpieczenia eksportowe mogą być realizowane w formie ubezpieczenia bezpośredniego, ubezpieczenia pośredniego (reasekuracji) lub udzielenia gwarancji ubezpieczeniowej. Celem gwarancji ubezpieczeniowych jest umożliwienie krajowym przedsiębiorcom zawarcia i realizacji kontraktów eksportowych.

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w stosunku do podmiotów prywatnych i publicznych, przy czym podmiot publiczny to taki podmiot, który w jakiegokolwiek formie reprezentuje władzę publiczną i nie może zostać uznany za niewypłacalny w drodze jakiegokolwiek postępowania sądowego lub administracyjnego. Ponadto podmiotem publicznym może zostać uznany każdy inny podmiot z uwagi na:

- a) jego status prawny,
- b) efektywność postępowania prawnego prowadzonego przeciwko niemu,
- c) jego źródła finansowania i dochodów,
- d) fakt, że może on również spłacać długi, korzystając ze źródeł niezwiązanych z funduszami administracji publicznej, w szczególności z przychodów uzyskanych z podatków lokalnych lub ze świadczenia usług publicznych,
- e) wpływ, jaki może na niego wywierać rząd kraju macierzystego lub kontrolę, którą może nad nim sprawować.

KUKE SA prowadzi ubezpieczenie kredytów i kontraktów eksportowych oraz ubezpieczenie umów sprzedaży zawartych przez przedsiębiorców zależnych od ryzyka handlowego, politycznego i nierynkowego, natomiast ubezpieczenie inwestycji bezpośrednich za granicą wyłącznie od ryzyka politycznego. Ubezpieczenie dotyczy ryzyka handlowego i politycznego, jeżeli kontrakt został zawarty na okres kredytu dwóch lub więcej lat a ryzyka nierynkowego, jeżeli kontrakt został zawarty na okres kredytu poniżej dwóch lat.

Ryzyko handlowe obejmuje:

- 1) prawne lub faktyczne stwierdzenie niewypłacalności dłużnika, który jest podmiotem prywatnym, oraz jego poręczyciela albo gwaranta, jeżeli występują i są podmiotami prywatnymi,
- 2) opóźnienie w spełnieniu świadczenia przez dłużnika, który jest podmiotem prywatnym, oraz jego poręczyciela albo gwaranta, jeżeli występują i są podmiotami prywatnymi,
- 3) jednostronne zerwanie kontraktu eksportowego przez dłużnika, który jest podmiotem prywatnym, rozumiane jako niewykonanie lub nienależyte wykonanie kontraktu eksportowego, w szczególności bezpodstawną odmową przyjęcia towarów lub usług.

Ryzyko polityczne obejmuje:

- 1) opóźnienie w spełnieniu świadczenia przez dłużnika, który jest podmiotem prywatnym, oraz jego poręczyciela albo gwaranta, którzy są podmiotami publicznymi,
- 2) opóźnienie w spełnieniu świadczenia przez dłużnika, który jest podmiotem publicznym, oraz jego poręczyciela albo gwaranta, jeżeli występują,
- 3) jednostronne zerwanie kontraktu eksportowego przez dłużnika, który jest podmiotem publicznym, rozumiane jako niewykonanie lub nienależyte wykonanie kontraktu eksportowego, w szczególności bezpodstawną odmową przyjęcia towarów lub usług,
- 4) środki lub decyzje kraju trzeciego, innego niż Rzeczpospolita Polska lub kraj ubezpieczającego, podjęte przez rząd kraju trzeciego lub jego władze publiczne w formie uznawanej za interwencję rządu, które uniemożliwiają wykonanie umowy finansującej kontrakt eksportowy lub kontraktu eksportowego,
- 5) ogłoszenie powszechnego moratorium płatniczego przez rząd kraju dłużnika lub kraju, który uczestniczy w dokonywaniu płatności w związku z umową finansującą kontrakt eksportowy lub kontraktem eksportowym,
- 6) niemożność lub opóźnienie w dokonywaniu transferu należności uiszczanych w związku z umową finansującą kontrakt eksportowy lub kontraktem eksportowym, spowodowane wydarzeniami politycznymi, trudnościami gospodarczymi, środkami prawnymi lub administracyjnymi, które wystąpiły lub zostały podjęte poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
- 7) przepisy prawne przyjęte w kraju dłużnika, zgodnie z którymi dokonanie przez dłużnika płatności w walucie lokalnej powoduje zwolnienie dłużnika z długu, bez względu na to, że w wyniku wahań kursu walutowego płatność dokonana przez dłużnika, przeliczona na walutę umowy finansującej kontrakt eksportowy lub kon-

traktu eksportowego, nie jest wystarczająca do spełnienia przez dłużnika świadczenia w całości według stanu na dzień dokonania płatności,

- 8) środki lub decyzje podjęte przez rząd Rzeczypospolitej Polskiej lub rząd kraju ubezpieczającego, łącznie ze środkami i decyzjami podjętymi przez Unię Europejską, odnoszące się do handlu między państwem członkowskim i krajami trzecimi, takie jak zakaz wywozu, jeżeli skutki takich środków lub decyzji uniemożliwiają należyte wykonanie umowy finansującej kontrakt eksportowy lub kontraktu eksportowego i nie są w inny sposób rekompensowane przez dany rząd,
- 9) siłę wyższą, której działanie występuje poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i obejmuje w szczególności następujące zdarzenia i ich skutki: wojnę, wojnę domową, powstanie, rewolucję, zamieszki, przewlekłe masowe strajki, trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, cyklon, tajfun, powódź, gwałtowną falę przyptywową, pożary o rozmiarach katastrofalnych, awarię nuklearną, akty piractwa morskiego.

Ryzyko nierynkowe obejmuje ryzyko handlowe i polityczne związane z dłużnikami mającymi siedziby w krajach innych niż kraje Unii Europejskiej, Australia, Kanada, Islandia, Japonia, Nowa Zelandia, Norwegia, Szwajcaria i Stany Zjednoczone. Ubezpieczenie kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu obejmuje uzasadnione koszty i wydatki poniesione w związku z poszukiwaniem zagranicznych rynków zbytu na wypadek nie zawarcia z kontrahentem zagranicznym na danym rynku zamierzonego kontraktu eksportowego z przyczyn niezależnych od przedsiębiorcy krajowego. Ubezpieczenie eksportowe może również dotyczyć ryzyka związanego ze zmianami kursów walutowych, a w sytuacjach uzasadnionych ważnym interesem gospodarczym Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, może wyrazić zgodę na ubezpieczenia kontraktów eksportowych od innego ryzyka niż wymienione powyżej.

Z ubezpieczeń eksportowych mogą korzystać przedsiębiorcy mający miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium RP, dokonujący eksportu krajowych produktów i usług, dokonujący inwestycji bezpośrednich za granicą lub poszukujący zagranicznych rynków zbytu, a także jednostki finansujące kontrakty eksportowe realizowane przez wyżej wymienionych przedsiębiorców. Od dnia 19 marca 2010 r.³⁷ z ubezpieczeń eksportowych mogą również korzystać przedsiębiorcy niemający siedziby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, których współnikami, akcjonariuszami, udziałowcami, założycielami, współwłaścicielami lub właścicielami są przedsiębiorcy mający miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej posiadający bezpośrednio więcej niż 50 proc. udziałów albo akcji u tych przedsiębiorców, zwani „przedsiębiorcami zależnymi”, w zakresie, w jakim ubezpieczenie eksportowe dotyczy towarów i usług, które stanowiły towary lub usługi krajowe.

W rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. maksymalny procentowy udział składników pochodzenia zagranicznego w eksportowanym w ramach kontraktu eksportowego produkcie finalnym, umożliwiającym uznanie tego produktu za krajowy, został co do zasady ustalony w wysokości 50 proc. wartości transakcyjnej. Wartość składników pochodzenia zagranicznego stanowi różnica między wartością transakcyjną a wartością składników pochodzenia krajowego. Dodatkowo, rozporzą-

37. Ustawa z dnia 20 listopada 2009 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych, Dz. U. Nr 215, poz. 1662.

dzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. wskazuje, że do wartości składników pochodzenia zagranicznego nie jest zaliczana m.in. wartość surowców i półfabrykatów pochodzących z importu, użytych do produkcji produktu finalnego, które nie są wydobywane i wytwarzane w Rzeczypospolitej Polskiej.

3) Powołany ustawą Komitet Polityki Ubezpieczeń Eksportowych („KPUE”), w skład którego wchodzi, w randze sekretarza albo podsekretarza stanu, przedstawiciele ministrów: finansów, gospodarki, Skarbu Państwa, rolnictwa, spraw zagranicznych oraz przedstawiciel Prezesa Narodowego Banku Polskiego, podejmuje decyzje w formie uchwał wiążących KUKĘ SA (art. 7 – 7c ustawy) w sprawach:

- a) ogólnych zasad prowadzenia działalności w zakresie gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeń eksportowych i gwarancji ubezpieczeniowych, zasad ustalania stawek ubezpieczeniowych i wynagrodzeń z tytułu udzielenia gwarancji ubezpieczeniowych oraz klasyfikacji krajów obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w zależności od stopnia ryzyka,
- b) indywidualnych wniosków o ubezpieczenie i zleceń udzielenia gwarancji ubezpieczeniowych, jeżeli wnioskowana suma ubezpieczenia lub kwota gwarancji ubezpieczeniowej przekracza ustalone przez KPUE limity uprawnień decyzyjnych KUKĘ SA.

KPUE uprawniony jest do przedstawiania ministrowi finansów propozycji zmian w działalności KUKĘ SA i rozpatruje roczne sprawozdania KUKĘ SA z jej działalności, obejmujące:

- I. stan zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia eksportowego, umów kredytowych, udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych oraz stopień wykorzystania limitu określonego w ustawie budżetowej,
- II. przychody ze składek, wynagrodzenia z tytułu udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych, wypłacone odszkodowania i kwoty gwarancji ubezpieczeniowych oraz uzyskane kwoty regresów,
- III. przewidywane zobowiązania z tytułu zawartych umów ubezpieczenia eksportowego i udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych na poszczególne lata.

4) Rozliczenia finansowe związane z działalnością w zakresie ubezpieczeń eksportowych prowadzone są przez KUKĘ SA na wyodrębnionym rachunku bankowym (art. 10 ustawy). Obecnie rachunek ten prowadzony jest w Narodowym Banku Polskim, są na nim gromadzone przede wszystkim:

- a) składki z tytułu ubezpieczeń eksportowych oraz wynagrodzenia z tytułu udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych,
- b) składki reasekuracyjne (reasekuracji czynnej),
- c) kwoty uzyskane w wyniku postępowań windykacyjnych i regresowych,
- d) odsetki od środków gromadzonych na wyodrębnionym rachunku.

Z rachunku tego pokrywane są przede wszystkim:

- a) odszkodowania i kwoty gwarancji ubezpieczeniowych,
- b) składki reasekuracyjne (reasekuracji biernej),
- c) zwroty składek,
- d) koszty postępowań windykacyjnych i regresowych,

- e) koszty likwidacji szkód,
- f) wydatki na utworzenie lokat,
- g) prowizje za prowadzenie gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeń eksportowych i udzielane gwarancje ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 14.

Środki zgromadzone na wyodrębnionym rachunku bankowym nie stanowią przychodu KUKE SA w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, w przypadku ogłoszenia upadłości KUKE SA, nie wchodzi one do masy upadłości, a minister finansów przeznaczają je na zaspokojenie roszczeń z tytułu zawartych przez KUKE SA umów ubezpieczenia eksportowego oraz udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych, ewentualną nadwyżkę przekazuje do budżetu państwa.

5) W przypadku braku środków na wyodrębnionym rachunku bankowym na wypłatę odszkodowań i kwot gwarancji, minister finansów w imieniu Skarbu Państwa:

- a) poręcza spłatę kredytu zaciągniętego przez KUKE SA w banku albo
- b) udziela pożyczki ze środków budżetu państwa (art. 13 ustawy) na warunkach wskazanych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r., zgodnie z którymi:

- I. KUKE SA może wystąpić z wnioskiem o udzielenie pożyczki lub poręczenie spłaty kredytu bankowego w przypadku, gdy w jej uzasadnionej ocenie, w okresie, którego dotyczy przedkładany wniosek, nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia sporządzenia wniosku, stan środków na wyodrębnionym rachunku bankowym może być niewystarczający na pokrycie wydatków na wypłatę odszkodowań z tytułu umów ubezpieczenia eksportowego i kwot gwarancji ubezpieczeniowych,
- II. kwota wnioskowanej pożyczki lub poręczenia nie może przekraczać kwoty roszczeń z tytułu odszkodowań i gwarancji ubezpieczeniowych, przewidywanych do wypłaty w okresie, którego dotyczy przedkładany wniosek, nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia sporządzenia wniosku.

Udzielenie i umorzenie pożyczki oraz poręczenie spłaty kredytu bankowego następuje po zasięgnięciu opinii KPUE.

Kwota pożyczki uzyskanej ze środków budżetu lub kredytu poręczonego przez Skarb Państwa zasila środki wyodrębnionego rachunku bankowego. Spłaty kredytów bankowych, odsetek tych kredytów oraz spłaty pożyczek otrzymanych ze środków budżetu państwa dokonywane są ze środków zgromadzonych na wyodrębnionym rachunku bankowym.

Limit, którego nie mogą przekroczyć w danym roku łączne zobowiązania KUKE SA z tytułu ubezpieczeń eksportowych oraz gwarancji ubezpieczeniowych, a także przewidywane na dany rok wypłaty ze środków budżetu państwa z tytułu poręczeń kredytów KUKE SA oraz pożyczek udzielonych KUKE SA określa ustawa budżetowa.

6) Za prowadzenie działalności powierzonych ustawą KUKE SA przysługuje prowizja, której wysokość i sposób finansowania określa umowa zawarta między KUKE SA i ministrem finansów (art. 14 ustawy). Prowizja naliczana jest jako procent należnej od ubezpieczającego albo od zleceniodawcy gwarancji odpowiednio składki ubezpieczeniowej lub wynagrodzenia z tytułu udzielenia gwarancji ubezpieczeniowej i pobierana jest przez KUKE SA z wyodrębnionego rachunku bankowego w mo-

mencie inkasa składki ubezpieczeniowej lub wynagrodzenia. Kwota prowizji zasila aktywa KUKE SA. Minister finansów sprawuje też nadzór nad działalnością KUKE SA prowadzoną na podstawie ustawy.

2. Postulowane zmiany uregulowań prawnych

Przedstawiony system ubezpieczeń eksportowych powstał w 1994 roku. Nowelizacje ustawy miały na celu przede wszystkim rozszerzenie zakresu działalności KUKE SA. Poza powołaniem KPUE i przeniesieniem na ten podmiot uprawnień przysługujących wcześniej Radzie Ministrów, jak i wewnątrz korporacyjnemu Komitetowi Ubezpieczeń, sam model systemu pozostał niezmienny i funkcjonuje już od 15 lat. W tym okresie wykazał on pewne „słabości ustrojowe”, które można sprowadzić do następujących spostrzeżeń:

- 1) System nie zapewnia możliwości uzyskania przez KUKE SA wsparcia państwa w postaci poręczenia lub pożyczki na realizację innych zobowiązań niż wypłata odszkodowań i kwot gwarancji. Ograniczenie wsparcia państwa do sytuacji braku środków na wyodrębnionym rachunku bankowym na wypłatę odszkodowań i kwot gwarancji nie zapewnia KUKE SA środków na realizację innych zobowiązań wymienionych w art. 10 ust. 2a ustawy, które powinny być pokrywane z wyodrębnionego rachunku bankowego. Istnieje więc ryzyko w pewnych przypadkach niemożności realizacji zobowiązań lub pokrycia wydatków, do dokonania których KUKE SA jest zobowiązana na mocy ustawy i zawartych umów ubezpieczenia oraz umów o udzielenie gwarancji ubezpieczeniowych. Sytuacja taka może wystąpić m.in. w razie konieczności zwrotu ubezpieczającym składek ubezpieczeniowych w przypadku skrócenia okresu odpowiedzialności KUKE SA w ramach umowy ubezpieczenia;
- 2) Wiarygodność gwarancyjnego charakteru zobowiązania Skarbu Państwa osłabiona jest poprzez:
 - brak konsekwentnego rozdzielenia masy majątkowej KUKE SA i środków zgromadzonych na wyodrębnionym rachunku bankowym,
 - ponieważ umowy ubezpieczenia eksportowego są zawierane w imieniu własnym przez KUKE SA, skierowanie roszczenia związanego z tymi zobowiązaniami przeciwko KUKE SA nie ogranicza się do środków zgromadzonych na wyodrębnionym rachunku bankowym, a w przypadku egzekucji komorniczej w odniesieniu do roszczeń powstałych w związku z umowami ubezpieczenia eksportowego możliwe jest prowadzenie postępowania egzekucyjnego nie tylko z wyodrębnionego rachunku bankowego, ale również ze środków własnych KUKE SA równocześnie, ponieważ „właścicielem” wyodrębnionego rachunku bankowego jest KUKE SA, egzekucja roszczeń z tytułu umów zawartych przez KUKE SA w związku z działalnością prowadzoną na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej wydaje się być możliwa także ze środków zgromadzonych na tym rachunku;
 - wątpliwości budzi prawna możliwość wystąpienia przez KUKE SA do Skarbu Państwa z roszczeniem o zawarcie umów poręczenia przez Skarb Państwa spłaty kredytu zaciągniętego przez KUKE SA w banku albo udzielenia pożyczki w przypadku gdyby wniosek KUKE SA o udzielenie pożyczki lub poręczenia złożony

zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. został rozpatrzonej odmownie przez ministra finansów,

- równocześnie w wyżej opisanej sytuacji system nie uprawnia ubezpieczających i beneficjentów gwarancji ubezpieczeniowych do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę kwoty ubezpieczenia/gwarancji lub z roszczeniem odszkodowawczym wprost do Skarbu Państwa,
 - w przypadku ogłoszenia upadłości KUKI SA środki z wyodrębnionego rachunku bankowego, nie wchodząc do masy upadłości, mają zostać przeznaczone przez ministra finansów na zaspokojenie roszczeń z tytułu zawartych przez KUKI SA umów ubezpieczenia eksportowego i udzielonych gwarancji ubezpieczeniowych, ustawa nie przewiduje żadnego mechanizmu na wypadek, gdy środki zgromadzone na tym rachunku okażą się niewystarczające na zaspokojenie całości roszczeń,
 - udzielanie wsparcia państwa w przypadku braku środków na rachunku bankowym, o którym mowa w art. 10 ustawy, w drodze poręczenia przez Skarb Państwa spłaty kredytu zaciągniętego przez KUKI SA w banku albo udzielenia pożyczki powoduje *de facto*, że kwota wsparcia stanowi zobowiązanie, które obciąża ten rachunek; konieczność spłaty tych zobowiązań wpływa ujemnie na stan środków na wyodrębnionym rachunku bankowym w przyszłości;
- 3) Zbyt duża wydaje się enigmatyczność postanowień ustawy odnośnie prowizji należnej KUKI SA za prowadzenie ubezpieczeń eksportowych, a ustalenie, że prowizja należna KUKI SA za prowadzenie działalności ze wsparciem państwa pobierana jest z wyodrębnionego rachunku bankowego, nie gwarantuje KUKI SA otrzymywania jej w przypadku braku środków na tym rachunku (niemożność otrzymania poręczenia kredytu lub pożyczki na ten cel). Ponadto wysokość prowizji powinna być z mocy ustawy ustalana w taki sposób, aby zapewnić co najmniej pokrycie kosztów prowadzonej działalności z uwzględnieniem nakładu pracy niezbędnego do zawarcia umowy ubezpieczenia eksportowego i jej obsługi;
- 4) Wątpliwości budzi charakter prawny uchwał KPUE ponieważ:
- ustawa nie określa charakteru tych decyzji w odniesieniu do przepisów prawa administracyjnego, jak i cywilnego,
 - członkami KPUE są przedstawiciele organów administracji państwowej, jednak decyzje KPUE ani nie spełniają wymogów KPA odnośnie decyzji administracyjnej,
 - decyzje KPUE wydawane w formie uchwał wiążą KUKI SA – ustawa nie przewiduje odwołania się od decyzji KPUE ani przez KUKI SA, ani przez podmioty, których interesu decyzje te dotyczą, jeżeli wydawane są w indywidualnych sprawach wnioskodawców o ubezpieczenie/gwarancję (art. 7 ust. 2 pkt 3);
- 5) Redakcja przepisów rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. cechuje się wyjątkowym brakiem przejrzystości; wskazanie, że wartość składników pochodzenia zagranicznego stanowi różnicę między wartością transakcyjną a wartością składników pochodzenia krajowego sprowadza do wniosku, że wszystkie składniki, które nie są pochodzenia zagranicznego stanowią składnik pochodzenia polskiego, co oznacza, że kryterium to spełniają koszty i marża przedsiębiorcy. Przepis rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r., że do wartości składników pochodzenia zagranicznego nie jest zaliczana wartość surowców

i półfabrykatów pochodzących z importu, użytych do produkcji produktu finalnego, które nie są wydobywane i wytwarzane w Polsce, zważywszy, że każdy surowiec/półfabrykat posiada jakieś parametry powoduje, że wykazanie, że akurat surowiec/produkt wymagany do realizacji kontraktu eksportowego nie jest wydobywany/wytwarzany w kraju nastęrcza ogromne trudności dowodowe. Ponadto uznanie że faktycznie mamy do czynienia z takim surowcem lub półfabrykatem powoduje, że wartość jego automatycznie jest zaliczana do składników pochodzenia polskiego (ponieważ zawsze składniki porównujemy do wartości transakcyjnej). Równocześnie rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. nie wskazuje, w jaki sposób poszczególnym składnikom należy nadawać przymiot „polskości” lub „zagraniczności”, dlatego całkiem uprawnione wydaje się w oparciu o przepisy tego rozporządzenia twierdzenie, że towar pochodzący w 100 proc. z importu, nabyty następnie od importera przez ubezpieczającego, staje się w 100 proc. składnikiem pochodzenia polskiego (przyjmujemy kryterium siedziby wystawcy faktury zakupu dla ubezpieczającego). Ponadto rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. w ogóle nie reguluje sytuacji, gdy przy ubezpieczeniu kredytu dostawcy lub kredytu dla nabywcy wykonanie kontraktu eksportowego zostaje przerwane przed zakończeniem jego realizacji i dostarczeniem produktu finalnego nabywcy, stąd nie wiadomo, jak określić w takich przypadkach procentowy udział składników pochodzenia zagranicznego w eksportowanym w ramach kontraktu eksportowego produkcie finalnym.

W związku z powyższymi uwagami, uzasadnione wydaje się rozważenie wprowadzenia następujących zmian do systemu ubezpieczeń eksportowych:

- a) zmianę przepisów art. 1 i 13 ustawy poprzez zapewnienie KUKA SA środków niezbędnych do funkcjonowania systemu ubezpieczeń eksportowych z uwzględnieniem ponoszenia przez Skarb Państwa, w przypadku braku środków na wyodrębnionym rachunku bankowym Interes Narodowy, kosztów wszelkich niezbędnych dla funkcjonowania systemu ubezpieczeń eksportowych wydatków, pokrywanych zgodnie z przepisem art. 10 ust. 2a ustawy z wyodrębnionego rachunku bankowego Interes Narodowy. Konieczne jest również dostosowanie art. 13 ustawy do brzmienia art. 1 ustawy tj. zapewnienie wsparcia Skarbu Państwa w drodze przekazywania niezbędnych na ten cel środków (a więc bezzwrotnie) wraz z mechanizmem umożliwiającym w określonych warunkach przekazywanie ewentualnej nadwyżki środków do budżetu państwa oraz zmianę przepisów rozporządzenia wydanego na podstawie art. 13 ustawy w taki sposób, aby mechanizm przepływu środków do systemu ubezpieczeń eksportowych umożliwiał utrzymanie płynności na rachunku, z którego system ten jest obsługiwany. Zmiany te wprowadziłyby równocześnie większą przejrzystość w finansowaniu kosztów systemu przez państwo oraz pewność dla eksporterów i banków odnośnie gwarancji rządowych ponoszenia kosztów systemu ubezpieczeń eksportowych w okresach, gdy środki zgromadzone na wyodrębnionym rachunku bankowym Interes Narodowy okazują się niewystarczające;
- b) rozdzielenia masy majątkowej KUKA SA i środków zgromadzonych na wyodrębnionym rachunku bankowym oraz ograniczenia odpowiedzialności KUKA SA z tytułu ubezpieczeń eksportowych do środków na rachunku wyodrębnionym wskazanym w art.

10 ustawy – (zmianę art. 5 ustawy), dla osiągnięcia tego celu można wykorzystać instytucję powiernictwa – wtedy KUKE SA występowałaby w umowach ubezpieczenia eksportowego w imieniu własnym ale na rzecz Skarbu Państwa lub posunąć się do przyjęcia rozwiązania niemieckiego, gdzie umowy tego typu zawierane są przez rząd. Rozwiązanie takie wzmocniłoby poczucie bezpieczeństwa eksporterów i banków co do autonomiczności środków zgromadzonych na wyodrębnionym rachunku bankowym Interes Narodowy;

- c) zagwarantowanie dla KUKE SA w przepisach rangi ustawowej takiej wysokości prowizji za prowadzenie ubezpieczeń eksportowych, aby zapewnić co najmniej pokrycie kosztów prowadzonej działalności oraz wskazanie źródeł pokrycia prowizji w przypadku braku środków na wyodrębnionym rachunku bankowym Interes Narodowy. Należy więc rozważyć wypłatę prowizji wprost z budżetu państwa.
- d) w związku z aktualnym brzmieniem przepisów należałoby wprowadzić zmianę przepisu art. 7 c ustawy poprzez wprowadzenie możliwości odwołania się od decyzji KPUE podejmowanych w sprawach indywidualnych wniosków o ubezpieczenie eksportowe oraz zleceń udzielenia gwarancji ubezpieczeniowych przez podmioty, których interesu decyzje te dotyczą oraz wyraźne stwierdzenie, że decyzje te stanowią decyzje administracyjne. Ponieważ jednak takie rozwiązanie wprowadza odmienny status decyzji w zależności od wnioskowanej sumy ubezpieczenia lub kwoty gwarancji ubezpieczeniowej (zgodnie z art. 7 ust. 2 pkt 4 ustawy decyzje dotyczące zawarcia umów ubezpieczenia eksportowego i udzielenia gwarancji ubezpieczeniowej do pewnych kwot podejmuje KUKE SA w oparciu o uprawnienia nadane jej przez KPUE i w takim przypadku nie można mówić o decyzjach administracyjnych), należy rozważyć pozbawienie KPUE uprawnień do podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych wniosków o ubezpieczenie eksportowe oraz zleceń udzielenia gwarancji ubezpieczeniowych i przeniesienie ich do organu spółki czyli KUKE SA lub ewentualnie powierzenie tych uprawnień radzie nadzorczej KUKE SA. W takim przypadku wnioskodawcy nie przysługiwałoby prawo odwołania od decyzji, w razie zmiany parametrów transakcji eksportowej lub warunków finansowych mógłby on ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie lub udzielenie gwarancji ubezpieczeniowej;
- e) zmianę przepisów ustawowych dotyczących wymogu krajowości produktów i usług oraz przepisów rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. w związku z brakiem przejrzystości tych przepisów oraz wprowadzenie kryterium tzw. „interesu narodowego”, jako warunku otrzymania wsparcia; kryterium „interesu narodowego” mogłoby przykładowo obejmować wpływ kontraktu eksportowego na gospodarkę krajową, wzrost zatrudnienia, renomę kraju, wsparcie dla sprzedaży towarów wyprodukowanych poza granicami kraju na zlecenie podmiotów krajowych lub ze składników w znacznym stopniu pochodzących z kraju. Z uwagi na nieprzejrzystość i niekompletność dzisiejszej regulacji polskość, zmiana ta wyeliminowałaby wiele wątpliwości, które powstają w związku z badaniem wypełnienia kryterium polskość przez kontrakt eksportowy. Zmiana przepisów w tym zakresie wprowadziłaby równocześnie większą pewność dla eksporterów i banków odnośnie spełniania przez kontrakt eksportowy warunków ubezpieczenia eksportowego określonych ustawą.

Podsumowanie

Polski system ubezpieczeń kredytu stworzony został 15 lat temu. Należy stwierdzić, że od tego czasu, co do zasady, spełnia on funkcję dla jakiej został powołany, czyli przyczynia się do tworzenia lepszych warunków konkurencyjności poprzez umożliwienie polskim eksporterom handlu na warunkach kredytowych. Wzmacnia przez to pozycję polskich eksporterów oraz oferowanych przez nich towarów i usług na rynku międzynarodowym. Jednakże system ten w swojej zasadniczej istocie przez cały okres funkcjonowania pozostaje niezmienny. Nowelizacje ustawy miały na celu przede wszystkim rozszerzenie zakresu ubezpieczeń prowadzonych przez KUKĘ SA ze wsparciem państwa. Doświadczenie zdobyte przez te wszystkie lata wskazuje jednak, że pomimo ogólnej pozytywnej oceny system ten wymaga pewnych poprawek. Artykuł przedstawia propozycje zmian w obszarach, w których powinny być one wprowadzone w pierwszej kolejności, a wydaje się, że przyczyniłyby się one do zwiększenia efektywności oraz przejrzystości systemu oraz bezpieczeństwa podmiotów z niego korzystających.

Wykaz źródeł:

Art. 107 TFUE Dz. Urz. UE C 115 z 9 maja 2008 r.

Decyzja Rady z dnia 4 kwietnia 1978 r. o wdrożeniu głównych wytycznych w zakresie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych.

Decyzja Rady z dnia 22 grudnia 2000 r., zastępująca decyzję z 4 kwietnia 1978 o wdrożeniu głównych wytycznych w zakresie oficjalnie wspieranych kredytów eksportowych, 2001/76/EC, Dz. U. L 32, z 2.02.2001 r.

Dyrektywa z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie harmonizacji głównych przepisów dotyczących ubezpieczenia kredytów eksportowych dla transakcji objętych ubezpieczeniem średnio- i długoterminowym, Dz. Urz. WE L 148 z 7.05.1998 str. 22, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne.

Dyrektywa 98/29/WE z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie harmonizacji głównych przepisów dotyczących ubezpieczenia kredytów eksportowych dla transakcji objętych ubezpieczeniem średnio- i długoterminowym, Dz. Urz. UE L 148 z 7/19.05.1998, str. 22, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne.

Export Credit Financing Systems In OECD Member and Non-member Countries, OECD, Paris 1995 i 1997, s. 1, za: T. Bednarczyk, *Kredytowanie i ubezpieczanie transakcji eksportowych jako elementy polityki proeksportowej*, *Ekonomista* 1998, nr 5-6.

Jeziorański J.A., *Sprawa ubezpieczenia kredytów handlowych w Polsce*, „Przegląd Ubezpieczeniowy”, rok VIII, zeszyt 2, marzec-kwiecień 1929.

Komunikat Komisji do Państw Członkowskich na podstawie art. 93 ust. 12 Traktatu WE o zastosowaniu art. 92 i 93 Traktatu do ubezpieczeń krótkoterminowych kredytów eksportowych Dz. U. C 281 z 17.09.1997 r., zmieniony Dz. U. C 217 z 2.08.2001 r., Dz. U. C 307 z 11.12.2004, Dz. U. C 325 z 22.12.2005 r. i Dz. U. C 329 z 7.12.2010 r.

Komunikat Komisji – Tymczasowe unijne ramy prawne w zakresie pomocy państwa ułatwiające dostęp do finansowania w dobie kryzysu finansowego i gospodarczego Dz. Urz. C 6/05 z 11 stycznia 2011 r.

Lisowski J., *Ubezpieczenie kontraktów eksportowych w Polsce (cz. I)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1996, nr 1/2/3.

Maciaszek P., na podstawie materiałów własnych KUKE SA i stron internetowych agencji kredytów eksportowych.

Obwieszczenie Komisji w sprawie zastosowania art. 87 i 88 Traktatu WE do pomocy państwa w formie gwarancji, Dz. U. C 155 z 20.06.2008.

Olszewski A., *Ubezpieczenia w handlu zagranicznym*, PZU, Warszawa 1977.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 maja 2010 r. w sprawie określenia definicji ryzyka handlowego, politycznego i nierynkowego, Dz. U. Nr 81, poz. 534.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. w sprawie warunków i tryby udzielania przez Skarb Państwa poręczeń kredytów bankowych zaciągniętych przez KUKE S.A. oraz udzielania i umarzania pożyczek ze środków budżetu państwa, Dz. U. Nr 24, poz. 210 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie maksymalnego procentowego udziału składników pochodzenia zagranicznego w eksportowanym w ramach kontraktu eksportowego produkcie finalnym, umożliwiającego uznanie tego produktu za krajowy, Dz. U. Nr 101, poz. 1097.

The arrangement on officially supported export credits z dnia 3.03.2011, TAD/PG(2011)4.

The Financing of exports. A guide for developing and transition economies. International Trade Centre UNCTAD/WTO, Geneva 1997.

Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. z 1990 r., Nr 59, poz. 344, z 1993 r. Nr 5, poz. 21 i Nr 44, poz. 201 oraz z 1994 r., Nr 4, poz. 17.

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych, tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 59, poz. 609, Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 143, poz. 1204 oraz z 2009 r. Nr 161, poz. 1277 i Nr 215, poz. 1662.

Ustawa z dnia 21 lutego 1997 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych, Dz. U. Nr 28, poz. 154.

Ustawa z dnia 16 listopada 2000 o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych, Dz. U. Nr 114 poz. 1190.

Ustawa z dnia 20 listopada 2009 r. o zmianie ustawy o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych, Dz. U. Nr 215, poz. 1662.

Vademecum ubezpieczeń gospodarczych, pr. zb. pod red. T. Sangowskiego, Poznań 1998.

Olszewski A., *Ubezpieczenie kredytów eksportowych na tle zasad kredytowania i finansowania transakcji eksportowych*, TUIR „Warta” SA, Warszawa 1975.

Polish system of state-supported export insurance – *de lege ferenda* comments – Summary

The purpose of the article is to provide analysis of the export insurance system in Poland due to the demand for this type of insurance cover among polish businesses. However, the experience learned during the time the system has been in place indicates that despite a general positive assessment, it does not meet fully the expectations of businesses, and therefore, it needs to be changed. The author diagnoses the terms applied currently in export insurance, identifies their weaknesses and presents postulates for changes in the system in order to ensure that future export insurance terms become more accessible to Polish exporters.

JOLANTA GAJDA jest radcą prawnym, Dyrektorem ds. Prawnych GSP w Korporacji Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych SA.

Recenzenci: Krzysztof Jasiński, Dariusz Poniewierka.

EUGENIUSZ KOWALEWSKI

Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych

Znowelizowana w dniu 25 marca 2011 r. ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza nowy tryb dochodzenia przez pacjentów roszczeń z tytułu szkód na osobie, jeśli szkody te będą następstwem tzw. zdarzeń medycznych. Ustalaniem tych zdarzeń będą zajmować się specjalne wojewódzkie komisje, powoływane przez wojewodów. Jednocześnie ustawa o działalności leczniczej z dn. 18 marca br. nakłada na wszystkie podmioty lecznicze prowadzące szpitale obowiązek zawierania ubezpieczeń na rzecz pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych; ubezpieczenie ma funkcjonować od dnia 1 stycznia 2012 r. Ustalenia wojewódzkiej komisji ds. zdarzeń medycznych będą wiążące dla właściwego ubezpieczyciela, który będzie zobligowany do wypłaty odszkodowania poszkodowanym pacjentom; maksymalne kwoty odszkodowania, zadośćuczynienia oraz ewentualnej renty przewidziane zostały w znowelizowanej ustawie o prawach pacjenta. Powyższe świadczenia wypłacane będą uprawnionym przez ubezpieczyciela, który zawarł z właściwym podmiotem leczniczym obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Artykuł przedstawia charakterystykę wskazanego ubezpieczenia, przybliżając jego specyfikę i podnosząc liczne problemy i wątpliwości z tym związane. Pod tym względem przepisy wprowadzające ten nowy rodzaj ubezpieczenia są niedopracowane i rodzą wiele znaków zapytania. Na najważniejsze z nich stara się udzielić odpowiedzi autor artykułu.

Wprowadzenie

Uchwalenie przez Sejm nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ oraz niektórych innych ustaw² jest swoistym krokiem milowym w polskich uregulowaniach dotyczących uprawnień pacjentów, którzy doznali szkody w następstwie udzielania im świadczeń medycznych (zdrowotnych); przyjęte rozwiązania zasługują nawet na

1. Ustawa z dnia 6.11.2008 r., Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.; zwana dalej jako „u. p. p.”. Nowelizację uchwalono w dniu 25.03.2011 r. (jeszcze nieopublikowana w Dz. U.). W chwili przekazania do publikacji niniejszego tekstu autor nie miał możliwości uwzględnienia poprawek Senatu do ww. ustawy.
2. W szczególności ustawy z dn. 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152, ze zm.; zwaną dalej „ust. ub. ob.”.

miano rewolucyjnych³. Od razu jednak należy zaznaczyć, że nowy system odnosi się jedynie do kompensacji szkód doznanych przez pacjentów w związku z udzielaniem im świadczeń medycznych przez tzw. podmioty lecznicze prowadzące szpital w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej⁴. Czyniąc pewne uproszczenie, możemy powiedzieć, że chodzi o świadczenia szpitalne⁵, udzielane zarówno w ramach systemu opieki zdrowotnej określonego do niedawna jako publiczny czy powszechny, jak i wszystkie inne podmioty lecznicze, niebędące samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Celem artykułu nie jest jednak przedstawienie całokształtu zagadnień dotyczących nowych procedur ustalania tzw. zdarzeń medycznych, ich specyfiki prawnej czy też kategoryzacji świadczeń pieniężnych (ich rodzajów i wysokości)⁶. Dalsze uwagi koncentrują się wyłącznie na problematyce prawno-ubezpieczeniowej, czyli innymi słowy na charakterystyce – związanego z tymi procedurami odszkodowawczymi – obowiązkowego ubezpieczenia pacjentów od następstw szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych (zwanego dalej „UPZM”). Właśnie w tym zakresie nowe rozwiązania systemowe rodzą najwięcej zastrzeżeń i znaków zapytania; niektóre z nich mają charakter fundamentalny. Kończąc, lapidarnie z konieczności, uwagi wprowadzające, należy jeszcze tylko dodać, że nowe rozwiązania prawno – ubezpieczeniowe, nawiązujące rzekomo do szwedzkiego systemu ubezpieczeń NFPI⁷, są chaotyczne, niejasne i w wysokim stopniu niedopracowane, co każe powątpiewać w ich efektywne funkcjonowanie w najbliższej przyszłości.

1. Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych jako ubezpieczenie obowiązkowe

Abstrahując w tym miejscu od kontrowersji wokół samego pojęcia ubezpieczenia obowiązkowego, eksponowanych w najnowszej literaturze⁸ należy stwierdzić, że nowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (UPZM) należeć będzie do kategorii ubezpieczeń obowiązkowych w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z 2003 r. (ust. ub. ob.). Przesądza o tym wspomniana nowelizacja u. p. p.,

3. Szerzej na ten temat – E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” z 2010 r. nr 4, s. 22 i nast.
4. Uchwalona w dniu 18.03.2011 (jeszcze nieopublikowana w Dz. U.).
5. Zob. definicja tego pojęcia w ustawie wymienionej w przypisie poprzednim.
6. Szerzej na ten temat – M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Prawo i Medycyna” z 2010 r. nr 4, s. 40 i nast.
7. *No Fault Patient Insurance*; co do istoty tego modelu ubezpieczeniowego zob: M. Nestorowicz, *Prawo Medyczne*, Wyd. IX, Toruń 2010, s. 414-416 oraz K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 199 i nast. W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie u.p.p. (druk sejmowy nr 3488) znajduje się *expressis verbis* stwierdzenie, że projektowane ubezpieczenie jest równoznaczne z przyjęciem szwedzkiego modelu NFPI, co jest nieprawdą. W istocie przyjęte rozwiązania mają charakter hybrydowy mieszający elementy modelu szwedzkiego oraz francuskiego; zob. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 23.
8. Zob. E. Kowalewski, *Dylematy prawne ubezpieczeń obowiązkowych a kodeks ubezpieczeń*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2010, z. 7, s. 8-9 oraz W. W. Mogiński *Zagadnienia legislacyjne ubezpieczeń obowiązkowych w Kodeksie ubezpieczeń (w:) O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, red. E. Kowalewski, Toruń, 2009 s. 184 i nast.

wprowadzająca stosowne rozszerzenie listy ubezpieczeń obowiązkowych, wymienionych w art. 4 ust. ub. ob.⁹

Jednocześnie, co może wydawać się nieco zaskakujące, dubluje się obowiązek zawierania UPZM przez podmioty lecznicze prowadzące szpital w art. 17 ust. 1 pkt. 4 ustawy o działalności leczniczej z dn. 18.03.2011 r.¹⁰

Można zatem skonstatować, że obowiązek ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych wprowadzają aż dwie ustawy, wchodzące w tym zakresie w życie z dniem 1.01.2012 r. Jaka była logika takiego nowatorskiego rozwiązania legislacyjnego, trudno dociec. Być może projektodawcy uznali, że w innej ustawie należy wprowadzić obowiązek ubezpieczenia jako taki, w innej zaś zakwalifikować ubezpieczenie, którego obowiązek nakłada ustawa o działalności leczniczej, do katalogu ubezpieczeń obowiązkowych w rozumieniu ust. ub. ob. Lecz i taka interpretacja wydaje się dość dziwna, skoro UPZM mieści się w istniejącym już zapisie art. 4 ust. 4 ust. ub. ob.¹¹

Kwestię dodatkowo komplikuje jednoczesne znowelizowanie art. 22 ust. ub. ob. poprzez dodanie nowego ust. 4; nakazuje on odpowiednio stosować ust. 2 i 3 tego przepisu do omawianego ubezpieczenia pacjentów (UPZM). Należy przypomnieć, że ust. 2 art. 22 odsyła w przedmiocie określania szczegółowego zakresu ubezpieczenia, terminu powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalnej sumy gwarancyjnej do odrębnych przepisów, co mogłoby sugerować, że chodzi o ustawę z 18.03.2011 r. o działalności leczniczej oraz stosownego rozporządzenia wykonawczego. Szkopuł tylko w tym, że wspomniana ustawa zapomniała o uregulowaniu tych kwestii odnoszących się do UPZM oraz nie zawiera stosownego upoważnienia dla ich określenia w rozporządzeniu wykonawczym¹². W tej sytuacji nie wiadomo jaki minister (finansów czy minister zdrowia), w jakiej formie i na jakiej podstawie prawnej ma określić ów szczegółowy zakres UPZM; wiadomo tylko, że jest to ubezpieczenie obowiązkowe. Te same

9. W art. tym dodano nowy pkt. 5 w brzmieniu: „ubezpieczenie podmiotów leczniczych prowadzących szpital w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.
10. W pierwotnej wersji projektu rządowego dotyczącego nowelizacji u. p. p. (zawartego w druku sejmowym nr 3488) proponowano, jako podstawę obowiązku UPZM, odpowiedni zapis w ustawie z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednol. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89).
Zob. na ten temat – E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 32.
11. Ubezpieczeniami obowiązkowymi są... „ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia”.
12. Tymczasem w rządowym projekcie nowelizacji u. p. p. (druk sejmowy nr 3488) znajdował się stosowny zapis, upoważniający ministra właściwego ds. instytucji finansowych do uregulowania tych kwestii w drodze rozporządzenia wykonawczego do proponowanego art. 17a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. Ustawa ta jednak została uchylona przez ustawę o działalności leczniczej z 18.03.2011 r., która przyjęła zapis dotyczący obowiązku zawierania UPZM w art. 17 ust. 1 pkt. 4 (b). Co prawda w ust. 2 tego przepisu znalazła się stosowna delegacja dla ministra właściwego ds. instytucji finansowych do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego zakresu ubezpieczenia, ale tylko w odniesieniu do ubezpieczenia OC podmiotów leczniczych (por. art.25 ust. 7 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt. 4.). Wygląda na to, że wspomniany minister nie jest *de lege lata* umocowany do określenia szczegółowego zakresu, terminu czy limitów sum ubezpieczenia w odniesieniu do UPZM. W tej sytuacji nie wiadomo czy jest to celowy zamysł legislacyjny, czy może zwykła niedoróbka legislacyjna.

zastrzeżenia odnieść można także do odpowiedniego stosowania w omawianym przedmiocie art. 22 ust. 3 ust. ob. ob., mówiącym o zasadach kontroli spełnienia obowiązku ubezpieczenia oraz konsekwencjach jego naruszenia.

Wreszcie, mówiąc o niefortunnej nowelizacji art. 22 ust. ob. ob., należy także zauważyć, że nakazuje ona (w nowym ust. 4) odpowiednie stosowanie do UPZM ust. 2 mówiącego między innymi o ustaleniu tzw. minimalnej sumy gwarancyjnej, która występuje tylko w ubezpieczeniu OC. Tymczasem wiadomo – a przesądził o tym sam ustawodawca – że przedmiotowe ubezpieczenie pacjentów z całą pewnością ubezpieczeniem OC nie jest¹³.

2. Adresat obowiązku ubezpieczenia

Z punktu widzenia pacjenta, któremu nowe rozwiązania w zakresie kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych miały ułatwić dochodzenie jego roszczeń odszkodowawczych oraz zagwarantować pewność ich uzyskania w możliwie krótkim czasie (z pominięciem tradycyjnej drogi sądowej) optymalnym rozwiązaniem byłoby odniesienie procedur odszkodowawczych do wszystkich sytuacji, w których udzielano mu świadczeń medycznych. Aby nowy system kompensacji takich szkód był efektywny, nie powinien on być uzależniony od rodzaju czy charakteru jednostki udzielającej mu świadczenia medycznego, w związku z którym nastąpiło ustalenie tzw. zdarzenia medycznego w rozumieniu znowelizowanej u. p. p. Należałoby zatem nowy model kompensacji następstw zdarzeń medycznych odnieść do wszystkich kategorii i rodzajów świadczeniodawców usług medycznych działających zarówno w tzw. publicznym systemie opieki zdrowotnej, jak i poza nim, a więc odnieść go także do niepublicznych zakładów leczniczych, włącznie z tymi, które działają w ramach tzw. prywatnej praktyki lekarskiej (medycznej). Nie wydaje się też uzasadnione zawężenie nowych procedur związanych z ustalaniem zdarzeń medycznych (a tym samym możliwości uzyskania przez poszkodowanych kompensacji ubezpieczeniowej z tytułu UPZM) jedynie do świadczeniodawców prowadzących szpitale¹⁴.

Przyjęte w tym zakresie rozwiązania nie spełniają, niestety, tych założeń, albowiem ograniczają się one jedynie do tzw. szpitalnych procedur udzielania świadczeń medycznych, choć trzeba przyznać, że nie różnicują sytuacji prawnej pacjentów od rodzaju czy formy prawnej podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, czy też udzielających tzw. świadczeń szpitalnych. Nałożenie na świadczeniodawców (podmioty lecznicze) obowiązku zawierania UPZM musiało zatem zostać jasno zdefiniowane przez ustawodawcę poprzez precyzyjne określenie adresatów obowiązku ubezpieczenia. Jednakże odpowiedź na pytanie, jaki jest to krąg świadczeniodawców, nie jest łatwe. Jest tak dlatego, że zarówno obowiązek ubezpieczenia w omawianym zakresie, jak i same pro-

13. Wynika to *expressis verbis* z art. 17 ust. 1 pkt.4 ustawy o działalności leczniczej, w którym mowa jest o umowie ubezpieczenia OC (podpunkt „a”) oraz umowie ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (podpunkt „b”).

14. „Nowy model kompensacji szkód powinien mieć charakter powszechny, a zatem obejmować swoim zakresem szkody wyrządzone przez wszystkich świadczeniodawców”. Zob. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 24.

cedury ustalania zdarzeń medycznych oraz związane z tym procedury ubezpieczeniowe zostały rozproszone w kilku aktach prawnych¹⁵, co sprawia, że nie wszystkie kwestie są jasne.

W miejscu tym ograniczymy się do określenia, jakie podmioty w sektorze usług leczniczych (medycznych) podlegają obowiązkowi zawierania UPZM, innymi słowy, kto jest adresatem tego obowiązku?

Odpowiedź znajdujemy w przepisach ustawy z 18.03.2011 r. o działalności leczniczej, a konkretnie w jej art. 17 ust. 1 pkt. 4. Przepis ten mówi o podmiocie leczniczym prowadzącym szpital¹⁶.

Podmiotami takimi są:

- 1 – przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- 2 – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3 – jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez poszczególnych ministrów (np. obrony narodowej, spraw wewnętrznych) posiadające w swej strukturze ambulatoria, izby chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4 – instytuty badawcze w rozumieniu ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych,
- 5 – fundacje i stowarzyszenia, których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz
- 6 – Kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe (ale tylko w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą).

Wyliczenie powyższych podmiotów leczniczych w omawianym przepisie ma – jak się wydaje – charakter taksatywny (zamknięty). Aby miały one obowiązek zawierania na rzecz pacjentów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, muszą być podmiotami prowadzącymi szpital w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Wynika z tego, że ubezpieczenie OC muszą zawierać i posiadać wszystkie wymienione podmioty lecznicze, natomiast UPZM – tylko te z nich, które prowadzą szpital.

3. Kontrola spełnienia obowiązku ubezpieczenia i konsekwencje jego naruszenia

Wprowadzenie określonego ubezpieczenia w formie obowiązkowej powinno łączyć się z jasnym określeniem zarówno podmiotów uprawnionych do kontroli spełnienia tego obowiązku, jak i procedur związanych z taką kontrolą, włącznie z odpowiednimi sankcjami stosowanymi wobec tych, którzy ustawowy obowiązek ubezpieczenia naruszają. W przeciwnym razie funkcjonowanie danego rodzaju ubezpieczenia może okazać się nieefektywne w tym znaczeniu, że po stronie adresatów obowiązku mogłoby się wytworzyć swoiste poczucie bezkarności czy lekceważenia takiej ustawowej powinno-

-
15. Ustawie o prawach pacjenta, ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, ustawie o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksie cywilnym (art. 805-834) oraz częściowo w k.p.c. (co do procedur ustalania zdarzeń medycznych przez tzw. wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – zob. art. 67. o. w zw. z art. 67. a – 67.m znowelizowanej u.p.p.).
 16. Ustawa zawiera w art. 2 tzw. słowniczek wyrażeń ustawowych, gdzie są zdefiniowane używane o niej pojęcia, takie jak np. podmiot leczniczy, szpital, świadczenie szpitalne itp.

ści i to ze szkodą dla osób mających korzystać z ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku omawianego ubezpieczenia pacjentów (UPZM) mogłoby to nawet doprowadzić do stanu, w którym ubezpieczeniowy system kompensacji stałby się niewydolny, przynajmniej w odniesieniu do niektórych poszkodowanych pacjentów.

Niestety, uregulowanie powyższych kwestii w odniesieniu do UPZM jest wysoce niejasne. Można nawet odnieść wrażenie, że po prostu zapomniano je uregulować. Nie mówi o nich ani ustawa o działalności leczniczej, ani znowelizowana u. p. p. Jest to zastanawiające o tyle, że w pierwotnych wersjach rządowego projektu nowelizacji u. p. p. (ujętych w druku sejmowym nr 3488) przewidywano stosowną delegację ustawową, upoważniającą ministra zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia zarówno szczegółowego zakresu przedmiotowego ubezpieczenia pacjentów, jak i wszystkich innych kwestii z tym obowiązkowym ubezpieczeniem związanych¹⁷.

Dla ścisłości należy jednak zauważyć, że ustawodawca nie pominął całkowicie omawianych tu kwestii, gdyż nawiązał do nich w znowelizowanym przepisie art. 22 ust. ub. ob., w którym dodano nowy ust. 4, nakazujący do umów obowiązkowego ubezpieczenia pacjentów (UPZM) stosować odpowiednio (poświęcony kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego) ust. 3 tegoż artykułu. Stanowi on, że zasady kontroli obowiązku ubezpieczenia (włącznie z konsekwencjami jego niespełnienia), określają odrębne ustawy. Pozostaje tylko pytanie, o jaką ustawę chodzi, skoro wprowadzająca ten obowiązek ubezpieczenia ustawa o działalności leczniczej kwestie te – jak już podkreślono – pominęła. Co więcej, nie zawiera też stosownej delegacji dla ministra zdrowia, dla uregulowania tych spraw w drodze rozporządzenia wykonawczego. Być może jednak pominięcie to było celowym zabiegiem legislacyjnym wobec trwających w Sejmie prac nad nowelizacją ust. ob., która – być może – unormuje w sposób całościowy konsekwencje naruszenia obowiązku ubezpieczenia (włącznie ze stosownymi karami pieniężnymi) w sposób jednolity w odniesieniu do wszystkich form i rodzajów ubezpieczeń obowiązkowych¹⁸.

4. Luka w ochronie – brak subsydiarnej odpowiedzialności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego

W sytuacji, w której adresat obowiązku ubezpieczenia obowiązek ten narusza, powstać może tzw. luka w ochronie ubezpieczeniowej wobec osoby ubezpieczonej lub uprawnionej z danej umowy ubezpieczenia. Nie trzeba dodawać, że sytuacja taka jest wysoce niekorzystna dla uprawnionych do kompensacji ubezpieczeniowej, którzy w takich przypadkach zostaliby pozbawieni ochrony. W celu wyeliminowania takich przypadków, wprowadzono w ust. ob. tzw. s u b s y d i a r n ą odpowiedzialność UFG¹⁹. Ogranicza się ona jednak wyłącznie do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczenia OC rolników. Wydaje się, że należało

17. Zob. na ten temat – E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, ss. 33-34.

18. Zob. rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (druk sejmowy nr 3960).

19. Por. art. 98 ust. 1 ust. ub. ob.

rozszerzyć ten obowiązek kompensacyjny UFG również na omawiane tu ubezpieczenie pacjentów (UPZM). Uzasadnienie jest bardzo proste: jest to przecież ubezpieczenie o tak znaczącym wymiarze społecznym, że żaden poszkodowany pacjent, wobec którego stwierdzono zaistnienie zdarzenia medycznego, nie powinien zostać pozbawiony kompensacji ubezpieczeniowej i to niezależnie od tego czy zobowiązany do zawarcia na jego rzecz ubezpieczenia obowiązek ten spełnił, czy nie. Aby wszystkim poszkodowanym zagwarantować taki przywilej kompensacyjny – aksjologicznie jak najbardziej uzasadniony i słuszny – należało odpowiednio rozszerzyć dyspozycję przepisu art. 98 ust. ub. ob. i dopisać do zadań UFG obowiązek pokrywania należnych pacjentom odszkodowań w sytuacjach, w których zobowiązany do zawarcia ubezpieczenia podmiot leczniczy nie zawarł wymaganej umowy ubezpieczenia, a tym samym naruszył prawa pacjentów. Pomimo zgłaszanych w literaturze propozycji w tym zakresie, nie zostały one przez ustawodawcę przyjęte²⁰.

W tym stanie rzeczy, pewna liczba poszkodowanych w następstwie zdarzeń medycznych pacjentów pozbawiona zostanie ochrony ubezpieczeniowej w tych wszystkich sytuacjach, w których (udzielający im świadczeń medycznych) podmiot leczniczy nie będzie posiadał wymaganego ubezpieczenia, choć trudno dziś przewidzieć w jakiej skali zjawisko to w przyszłości wystąpi. Jest jednak pewne, że sytuacje takie będą miały miejsce, podobnie jak w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i ubezpieczenia OC rolników; statystyki alarmują, że znaczący procent tych podmiotów – i to pomimo zastrzeżonych kar pieniężnych – narusza obowiązek zawierania tych ubezpieczeń.

5. Charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych

Określenie charakteru prawnego (natury) UPZM jest sprawą niezwykle istotną i to z wielu powodów. Pierwszy z nich dotyczy tzw. obowiązku przyjmowania ofert ubezpieczenia przez ubezpieczycieli, przewidzianego w art. 5 ust. 2 ust. ub. ob. Z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń prowadzących na naszym rynku działalność ubezpieczeniową jest niezwykle istotne zakwalifikowanie przedmiotowego ubezpieczenia pacjentów do określonego działu (a w jego ramach – odpowiedniej grupy) Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej²¹. W przeciwnym razie nie będzie wiadomo do jakiego ubezpieczyciela ów obowiązek będzie się odnosił. Co więcej, nie będzie wiadomo, jaki zakład ubezpieczeń będzie mógł w ogóle takie ubezpieczenie zawierać, wszak nie wszystkie mają zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej we wszystkich działach i grupach ubezpieczeń, określonych we wspomnianym załączniku. Aby rozstrzygnąć tę kwestię, należy najpierw odpowiedzieć na pytanie, czy przedmiotowe ubezpieczenie pacjentów jest ubezpieczeniem majątkowym czy osobowym? W tym celu należy przede wszystkim wziąć pod uwagę jako *fundamentum divisionis* dwa kryteria: przedmiot ochrony oraz charakter świadczenia ubezpieczeniowe-

20. Zob. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 34.

21. Ustawa z dnia 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).

go²². Nie ulega wątpliwości, że omawiane ubezpieczenie pacjentów ma chronić ich życie i zdrowie, a zatem *par excellence* dobra osobiste. Z tego zatem punktu widzenia należałoby przypisać przedmiotowe ubezpieczenie do osobowych. Z drugiej jednak strony, czyli z punktu widzenia charakteru świadczenia ubezpieczeniowego, mamy raczej do czynienia ze świadczeniem typu odszkodowawczego. Świadczy o tym pośrednio natura roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych przysługujących poszkodowanemu pacjentowi; mają one najwyraźniej charakter odszkodowawczy w rozumieniu k. c.²³. Co więcej, przepisy znowelizowanej u. p. p. odwołują się bezpośrednio do pojęć zadośćuczynienia i odszkodowania z tytułu szkody na osobie pacjenta²⁴. Co prawda, uprawnionemu do odszkodowania pacjentowi przysługuje wprawdzie odszkodowanie nie w pełnej wysokości (zgodnie z art. 361 k. c.), lecz w postaci tzw. *damage caps*, czyli w wysokości ryczałtów przewidzianych dla maksymalnego możliwego do uzyskania zadośćuczynienia i odszkodowania²⁵, ale bez wątpienia owe ryczałty mają charakter odszkodowawczy. Z tego więc punktu widzenia omawiane ubezpieczenie pacjentów należałoby zakwalifikować do ubezpieczenia typu majątkowego ze wszystkimi tego konsekwencjami (obowiązkiwanie zasady odszkodowania, zakazu kumulacji odszkodowań, możliwość stosowania regresu przez ubezpieczyciela, który wypłacił odszkodowanie itd.).

Pomimo owej kolizji kryteriów należałoby – zdaniem autora²⁶ – opowiedzieć się za naturą osobową omawianego ubezpieczenia pacjentów. Przemawia za tym wiele argumentów. Po pierwsze, charakter przedmiotu ubezpieczenia ma niejako wiodące znaczenie kwalifikacyjne. Po drugie, w ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela również może mieć charakter odszkodowawczy (z możliwością stosowania regresu ubezpieczeniowego²⁷). Po trzecie wreszcie, z techniczno-ubezpieczeniowego punktu widzenia, wyznacznikiem należnych uprawnionemu pacjentowi (ubezpieczonemu) świadczeń pieniężnych będą swoiste i niejako sztywne ryczałty, a więc dokładnie tak, jak w przypadku ubezpieczenia osobowego.

Skoro zatem uznalibyśmy UPZM za ubezpieczenie osobowe, to należałoby je (chyba?) umiejscowić w grupie 1 działu II Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Możliwe jest jednak w tej kwestii odmienne zapatrywanie np. że ubezpieczenie to plasuje się w grupie 16 działu II tegoż załącznika, choć nazywanie szkód na osobie stratami finansowymi wydaje się nieco kuriozalne.

Na koniec należałoby przedstawić dodatkowy jeszcze argument przemawiający za podobieństwem przedmiotowego ubezpieczenia do ubezpieczenia osobowego (NW).

22. Tak – W. Warkałło, W. Marek, W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe W-wa 1983*, s. 100 i nast. oraz s. 129 i nast. Zob. też E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz-Toruń 2006, ss. 21-25.

23. Por. art. 444-446 k. c. w zw. z art. 67 k. znowelizowanej u. p. p.

24. Por. art. 67 k. znowelizowanej u. p. p.

25. Wynoszą one: 100 000 zł (w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta) oraz 300 000 zł (w przypadku śmierci pacjenta).

26. Tak też W. Warkałło, op. cit., s. 129 i nast. Co prawda poglądy tego autora nie odnoszą się do UPZM w obecnym kształcie, ale za to mają istotny walor metodologiczny i klasyfikacyjny.

27. Zob. w tej kwestii W. Warkałło, *ibidem*, s. 131 i nast.

Otóż sama filozofia prawno-konstrukcyjna zdarzenia medycznego, warunkująca prawo do świadczeń ubezpieczeniowych, nawiązuje dość wyraźnie do konstrukcji nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniu NW. Najkrócej kwestię tę można byłoby skonkludować tezą, że zdarzenia medyczne²⁸ w rozumieniu znowelizowanej u. p. p. są niczym innym jak specyficzną kategorią nieszczęśliwych wypadków, UPZM zaś – ubezpieczeniem osobowym NW, czyli ubezpieczeniem od ujemnych następstw tych wypadków.

6. Czasowy zakres ochrony (*Trigger*)

Konstrukcja tzw. triggerów²⁹ występuje na tle ubezpieczeń OC i służy do określenia czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dotyczy ona zarówno dobrowolnych ubezpieczeń OC (art. 822 § 2-3 k. c.), jak i ubezpieczeń obowiązkowych (art. 9. a ust. ub. ob.). Tymczasem, nie wiadomo dlaczego, konstrukcja ta pojawia się na tle UPZM, które – jak to wykazano – nie jest ubezpieczeniem OC. Oto w art. 25 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej znajdujemy zapis, że „umowa ubezpieczenia... na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych... obejmuje zdarzenia medyczne..., które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej”.

Uregulowanie to najwyraźniej definiuje *trigger act committet* jako warunkujący tzw. czasowy zakres ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do UPZM. Wydaje się, że takie postawienie sprawy jest swoistą pozostałością rządowego projektu ustawy nowelizującej u.p.p. (w jego pierwotnej wersji), w którym pomieszczano ubezpieczenie pacjentów z ubezpieczeniem OC podmiotów leczniczych, na co zresztą już zwracano uwagę w krytycznych komentarzach doktryny³⁰.

Powyższa regulacja czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej nie dość, że jest nieadekwatna do ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia OC, to dodatkowo wprowadzi zamieszanie w zakresie konieczności umiejscawiania zdarzeń medycznych w czasie, co nie będzie łatwe. Wydają się, że stwarzać to będzie nie lada wyzwanie dla wszystkich wojewódzkich komisji ds. zdarzeń medycznych, aby w każdym przypadku określały czas zaistnienia zdarzenia medycznego, wszak od tego zależeć może istnienie bądź nie ochrony ubezpieczeniowej.

Trudno doprawdy dopatrzeć się jakiejś głębszej logiki w przyjętym rozwiązaniu, które z pewnością stanowić będzie w przyszłości swoisty węzeł gordyjski. Ale – co gorsza – może to dać ubezpieczycielom dogodny pretekst do odmowy udzielania ochrony z danej polisy, obowiązującej w dniu złożenia roszczeń przez poszkodowanego pacjenta.

Jeśli już ustawodawca zamierzał zająć się kwestią czasowego zakresu ochrony w odniesieniu do UPZM przy użyciu konstrukcji *act commited*, to było to zbyteczne,

28. Zob. na temat cech zdarzenia losowego E. Kowalewski, *Prawo...*, *op. cit.* ss. 54-55. W ujęciach dotyczących systematyki zdarzeń losowych, nieszczęśliwe wypadki zaliczane są do ich podgrupy (występującej w ubezpieczeniach NW).

29. Szerzej na ten temat – E. Kowalewski, *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 k. c.*, P.A. z 2003 r. nr 4, s. 13 i nast.

30. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 31 i nast.

wobec uregulowania już istniejącego w odniesieniu do wszystkich obowiązkowych ubezpieczeń OC (art. 9. a. ust. ub. ob.). Ponieważ jednak omawiane ubezpieczenie pacjentów nie jest – jak to wykazano – ubezpieczeniem OC, wystarczyło odesłać do odpowiedniego stosowania wymienionego przepisu ust. ub. ob., która wprowadza w omawianej kwestii właśnie zasadę *act commited*³¹.

Znacznie ważniejsze jest jednak to, czy przyjęta w zakresie czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej zasada *act commited* jest rozwiązaniem trafnym? Wydaje się, że nie jest ono zbyt korzystne z punktu widzenia ubezpieczonych (pacjentów), gdyż w praktyce może się okazać, że mimo stwierdzenia wobec nich zaistnienia zdarzenia medycznego (które miało miejsce np. jakiś czas przed wydaniem orzeczenia komisji w tej sprawie, albo nawet przed datą złożenia przez poszkodowanego wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego a jednocześnie momentem zgłoszenia przez niego roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie) dany ubezpieczyciel odmówi udzielenia ochrony ubezpieczeniowej z uwagi na zaistnienie zdarzenia przed zawarciem danej umowy ubezpieczenia przez odpowiedzialny podmiot leczniczy, a zatem przed rozpoczęciem się ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku szkód związanych z leczeniem, sytuacje takie występować mogą często, z uwagi na ich specyfikę i tzw. inkubacyjny charakter. Szkody te bowiem występują (lub są odkrywane przez osoby poddane leczeniu szpitalnemu) z pewnym – często znacznym – opóźnieniem, czasem nawet po upływie wielu lat.

Z tego powodu rozwiązaniem bardziej adekwatnym w odniesieniu do kryterium tzw. czasowego zakresu ochrony, byłaby inna formuła, np. *loss occurrence, loss discovery* a być może *claims made*³².

7. Terminy wypłaty odszkodowań ubezpieczeniowych

Kolejnym problemem, zasługującym na krytyczną ocenę jest kwestia postępowania o uzyskanie od właściwego ubezpieczyciela odszkodowania z tytułu stwierdzonego zdarzenia medycznego. Widać wyraźny brak korelacji proponowanych procedur stosowanych przez komisje ds. zdarzeń medycznych³³ z zasadami (zwłaszcza terminami!) wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, które wiążą ubezpieczyciela. Przyjęte rozwiązanie sprawia, że ubezpieczyciele wpadać będą – i to nie ze swej winy – w pułapkę opóźnienia lub nawet zwłoki w wypłacie odszkodowań ubezpieczeniowych należnych ubezpieczonym pacjentom.

31. Takie odesłanie można było umiejscowić w art. 25 ustawy o działalności leczniczej, który wprowadza obowiązek UPZM i zupełnie niepotrzebnie nawiązuje do koncepcji *act commited* (w ust. 1 pkt. 2.)

32. Precyzyjne wyjaśnienie tych triggerów – E. Kowalewski, *Koncepcja triggerów...*, *op. cit.*, s. 13 i n. oraz M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC (w:) Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, red. E. Kowalewski, Bydgoszcz-Toruń 2006, ss. 398-402; zob. również K. Malinowska-Kamińska, *Konstrukcja „claims made policy” na gruncie prawa polskiego*, „Prawo Asekuracyjne” 2001 nr 1, ss. 17-30.

33. Zostały one uregulowane w roz. 13. a. (art. 67.a-67o.) znowelizowanej u. p. p.

W odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych terminy te oraz procedury są określone w art. 14 ust. ub. ob., gdzie mowa jest – jako podstawowym – o terminie 30 dni od dnia złożenia ubezpieczycielowi przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie (ust. 1). Co prawda termin ten może ulec przedłużeniu w sytuacjach określonych w ust. 2 tegoż artykułu, ale – co do zasady – maksymalnie do 90 dni, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Jak widać, w dyspozycji tego przepisu nie przewiduje się postępowań przed komisjami przyznającymi odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych. Zatem okoliczność tę należało w tym artykule po prostu dopisać. W ten sposób obowiązujący ubezpieczyciela termin spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia zostałby wprawdzie – w przypadku dochodzenia odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych – wydłużony, lecz rozwiązanie prawne byłoby w tej kwestii spójne z ustawą nowelizującą u. p. p. w zakresie procedur przyznawania odszkodowań z tytułu UPZM. Tymczasem w obecnym stanie prawnym zakłady ubezpieczeń (oczekujące na ustalenia komisji ds. zdarzeń medycznych) będą automatycznie popadać w opóźnienie, naruszając obowiązujące je terminy wypłaty odszkodowań określone *de lege lata* w art. 14 ust. ub. ob.

Niezależnie od tego brak jest korelacji pomiędzy postępowaniem przed komisjami ds. zdarzeń medycznych (mogącym się toczyć wiele miesięcy)³⁴ a postępowaniem likwidacyjnym z tytułu umowy ubezpieczenia. W szczególności nie wiadomo czy pierwsze z nich powodować będzie przerwę (ewentualnie zawieszenie) biegu terminów przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia?

8. Swoboda kontraktowa ubezpieczyciela ustalającego OWU

Innym bardzo istotnym problemem, wymagającym krytycznego omówienia jest kwestia ograniczenia swobody kontraktowej ubezpieczycieli w zakresie stosowania w OWU różnego rodzaju warunków, ograniczeń i wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej, które – jak wiadomo – powszechnie są praktykowane. Trzeba bowiem pamiętać, że postulowane ubezpieczenie za szkody wynikłe ze zdarzeń medycznych należeć będzie, z chwilą wejścia w życie,³⁵ do kategorii tzw. ubezpieczeń obowiązkowych niepowszecznych, co oznacza, że jego szczegółowe warunki (OWU) nie zostaną określone ustawowo (w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych), lecz ustalane będą przez poszczególne zakłady ubezpieczeń. W rezultacie będą się różnić w zależności od tego, jaki zakład ubezpieczeń będzie ich autorem. Wynika to zresztą z zasady swobody kontraktowej w zakresie ustalania tzw. wzorców umownych (zob. art. 384 k. c. w zw. z art. 22 ust. 1 u. u. ob.).

34. Wojewódzka komisja ds. zdarzeń medycznych wydaje orzeczenie nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia wniosku (art. 67. j. 2 ust. p. p.; zgodnie z proponowaną poprawką Senatu, termin ten ma zostać wydłużony do 4 miesięcy). Jeśli złożony zostanie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, powinien on być rozpatrzony w terminie 30 dni (art. 67.j. 7-8). Procedurę przedłuży o kolejne 30 dni złożenie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji ds. zdarzeń medycznych (art. 67.m. 1).

35. Nastąpi to z dniem 1.01.2012 r.

Swoboda ta powinna być ograniczona przez akt wykonawczy (rozporządzenie właściwego ministra) ustalający tzw. szczegółowy zakres ubezpieczenia, termin powstania obowiązku oraz minimalną sumę gwarancyjną (ubezpieczenia). Niestety – jak to już wcześniej podkreślono – wydania takiego rozporządzenia wykonawczego nie przewiduje ani ustawa o działalności leczniczej³⁶, ani znowelizowana u. p. p.³⁷.

Wygląda więc na to, że ubezpieczyciele jako autorzy OWU, będą zachowywać swobodę kontraktową, oczywiście z ograniczeniami wynikającymi także z ogólnych przepisów dotyczących umów ubezpieczeń obowiązkowych, zawartych w art. 1-22 ust. ub. ob. W pozostałym zakresie, zastosowanie znajdą kodeksowe przepisy o umowie ubezpieczenia (art. 805-834) oraz inne (np. art. 384 i nast.). Te zaś zezwalają na wydawanie przez proponenta wzorców umów, w tym także OWU.

Z przedstawionych uwag wynika, że poszczególne zakłady ubezpieczeń nadal będą ustalać swoje OWU i to także w zakresie postulowanego obowiązkowego ubezpieczenia za szkody będące następstwem zdarzeń medycznych. To zaś oznacza, że warunki te będą się między sobą różniły, w szczególności w zakresie katalogu rozmaitych wyłączeń i ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej. W konsekwencji prowadzić to będzie do umniejszania praw poszkodowanych pacjentów do kompensacji ubezpieczeniowej lub nawet – w skrajnych przypadkach – prawo to niweczyć. W związku z powyższym należałoby postulować jak najszybsze wydanie stosownych przepisów wykonawczych³⁸, które określą szczegółowy zakres UPZM (także termin powstania obowiązku ubezpieczenia wraz z minimalną sumą ubezpieczenia).

W tym zakresie nie wolno zezwolić ubezpieczycielom na stosowanie w OWU jakichkolwiek dodatkowych wyłączeń lub ograniczeń ochrony, jeśli komisja ds. zdarzeń medycznych ustali zaistnienie takiego zdarzenia w stosunku do poszkodowanego pacjenta. Innymi słowy, każdy taki przypadek odszkodowawczy musi podlegać ochronie ubezpieczeniowej (zasada automatyzmu) i nie może być w OWU ograniczony dodatkowymi warunkami, a tym bardziej wyłączany z ochrony w ramach postulowanego ubezpieczenia pacjentów w zakresie szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. W treści stosownego rozporządzenia wykonawczego³⁹ powinna zatem znaleźć się wyraźna klauzula, że jakiegokolwiek ograniczenia czy wyłączenia kompensacji ubezpieczeniowej (jeśli komisja orzekła o zaistnieniu zdarzenia medycznego) w OWU bądź

36. Art. 25 tej ustawy, wprowadzający obowiązek ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych nie zawiera stosownej delegacji. Odesłanie zaś do odpowiedniego stosowania art. 22 ust. 2 ust. ub. ob. (zob. znowelizowany art. 22 ust. 4), nie wydaje się być wystarczającą delegacją ustawową.

37. Ustawa ta w art. 2 ust. 3 zmienia jedynie art. 22 ust. ub. ob. w ten sposób, że dodaje nowy ust. 4 w brzmieniu: „przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio do umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 4 pkt. 5”. Przepis art. 22 ust. 2 ust. ub. ob. – jak to już wyjaśniono – mówi jedynie, że szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego (innego niż ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów, OC rolników i budynków rolniczych), wraz z określeniem terminu powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalnej sumy gwarancyjnej określają odrębne przepisy. W odniesieniu do UPZM przepisów takich nie ma, przynajmniej do chwili obecnej.

38. Np. na podstawie art. 22 ust. 2 w związku z nowym ust. 5 (dodanym przez znowelizowaną u. p. p.).

39. Wydaje się, że wydanie takiego rozporządzenia leży w gestii ministra zdrowia (ewentualnie w porozumieniu z ministrem właściwym ds. instytucji finansowych).

umowie ubezpieczenia uznaje się za bezskuteczne. Innymi słowy, orzeczenie wspomnianej komisji powinno być bezwzględnie wiążące dla właściwego ubezpieczyciela i zarazem być równoznaczne z jego obowiązkiem przyznania odszkodowania ubezpieczeniowego⁴⁰.

9. Ewentualne uprawnienia regresowe ubezpieczyciela

Kolejnym zagadnieniem wymagającym omówienia na tle projektowanego ubezpieczenia pacjentów od szkód z tytułu zdarzeń medycznych jest także ewentualna dopuszczalność roszczeń zwrotnych ubezpieczyciela do odpowiedzialnego cywilnie podmiotu (np. szpitala, lekarza czy osoby trzeciej). Dotyczy to w szczególności pewnych newralgicznych sytuacji odszkodowawczych, takich jak np. „dopuszczenie się” przez ubezpieczającego (np. szpital) umyślnego zdarzenia medycznego, błędu medycznego w warunkach wyczerpujących znamiona przestępstwa itp. Wprawdzie w znowelizowanych przepisach u. p. p. wprowadza się model odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu zdarzenia medycznego oderwany od przesłanki zawinienia podmiotu wykonującego procedury medyczne⁴¹, to jednak – zwłaszcza z punktu widzenia zobowiązanego zakładu ubezpieczeń – świadczenia odszkodowawcze będą wypłacane także w sytuacjach, w których zdarzenie medyczne będzie zawinione, a więc istnieć będzie odpowiedzialność cywilna (szpitala, lekarza czy osoby trzeciej). Zatem niezwykle istotne jest to, jaka będzie sytuacja prawna (ewentualnie regresowa) ubezpieczyciela po wypłacie przez niego odszkodowania. Czy zakładowi ubezpieczeń na przykład, w sytuacjach, gdy stwierdzone zdarzenie medyczne będzie związane z winą kwalifikowaną ubezpieczającego (umyślność lub rażące niedbalstwo), przysługiwać będzie regres? Jakie obowiązywać tu będą przepisy prawne? Czy zakład ubezpieczeń będzie mógł się powołać na jakąś podstawę prawną, uzasadniającą jego roszczenia zwrotne od cywilnie ubezpieczonego sprawcy, a jeśli tak, to w jakich przypadkach i w jakim zakresie (wysokości)? Czy znajdzie tu zastosowanie np. art. 828 k. c. w zw. z art. 22 u. u. ob.⁴² Należy przy tym pamiętać, że świadczeniodawcy usług medycznych (zwłaszcza szpitale) mają obowiązek zawierać stosowne ubezpieczenia OC⁴³, chroniące ich także przed roszczeniami regresowymi ze strony ubezpieczyciela, który uprzednio wypłacił odszkodowanie za szkodę medyczną z tytułu innej umowy ubezpieczenia (w tym także UPZM).

Jeśli zaś ubezpieczyciel odpowiedzialny z tytułu UPZM będzie jednocześnie tym samym zakładem ubezpieczeń, w którym ubezpieczył swoją odpowiedzialność cywilną podmiot leczniczy (ponoszący odpowiedzialność za szkodę wynikłą ze zdarzenia medycznego) to czy przysługiwać mu będzie tzw. regres od samego siebie? Wszystkie te pytania i problemy pozostają otwarte, ponieważ ustawodawca w omawianych uregulowaniach w ogóle ich nie dostrzegł. A szkoda.

40. Wynika to także z art. 13 ust. 1 ust. ob. (w wersji znowelizowanej przez art. 2 pkt. 2 u. p. p.).

41. Zob. na ten temat – M. Tanenbaum – Kulig, op. cit., s. 40 i nast. oraz E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *ibidem*, s. 22 i nast.

42. Przepis art. 11 ust. 3 nie wchodzi w grę, gdyż reguluje tzw. regres szczególny wyłącznie na tle obowiązkowych ubezpieczeń OC.

43. Zob. art. 17 i nast. ustawy z 18.03.2011 r. o działalności leczniczej (jeszcze niepublikowana).

Podsumowanie

Nowe rozwiązania prawne w zakresie kompensacji szkód pacjentów, wobec których świadczeniodawcy usług medycznych dopuścili się tzw. zdarzeń medycznych idą we właściwym kierunku. Ich celem jest ułatwienie, przyspieszenie i odformalizowanie tradycyjnych procedur dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez poszkodowanych pacjentów. Wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia w zakresie szkód doznanych w następstwie tzw. zdarzeń medycznych (ustalanych w specjalnym trybie przez powołane do tego wojewódzkie komisje i aksjologicznie oderwanych od kryterium zawinienia świadczeniodawcy) powinno nie tylko przyspieszyć uzyskanie przez pacjentów należnej kompensacji, ale nade wszystko dać im realną gwarancję, że szkody te zostaną efektywnie skompensowane z funduszu ubezpieczeniowego.

Jednakże przyjęte w tym zakresie rozwiązania prawne – rozproszone w wielu aktach prawnych i wewnętrznie nieskorelowane – zasługują na ocenę krytyczną. Zawierają one liczne mankamenty i niedoróbki legislacyjne. Niektóre z nich – zwłaszcza omówione w treści artykułu – wydają się mieć charakter fundamentalny. W konsekwencji, należy wyrazić wątpliwość, czy wdrożenie w naszym kraju powszechnego modelu ubezpieczeń *no fault* pacjentów (częściowo wzorowanego na rozwiązaniach szwedzkiego systemu NFPI z elementami rozwiązań francuskich)⁴⁴ spełni pokładane w tych uregulowaniach oczekiwania i nadzieje.

Wykaz źródeł:

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

Kowalewski E., *Dylematy prawne ubezpieczeń obowiązkowych a kodeks ubezpieczeń*, *Studia Iuridica Toruniensia* 2010.

Kowalewski E., *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 k. c.*, P.A. z 2003.

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

Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, *Prawo i Medycyna* z 2010 r. nr 4.

Malinowska-Kamińska K., *Konstrukcja „claims made policy” na gruncie prawa polskiego*, „*Prawo Asekuracyjne*” 2001 nr 1.

Mogilski W.W., *Zagadnienia legislacyjne ubezpieczeń obowiązkowych w Kodeksie ubezpieczeń (w:) O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, red. Kowalewski E., Toruń, 2009.

Nesterowicz M., *Prawo Medyczne*, Wyd. IX, Toruń 2010.

Serwach M., *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC (w:) Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, red. Kowalewski E., Bydgoszcz-Toruń 2006.

Tenenbaum-Kulig M., *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „*Prawo i Medycyna*” z 2010 r. nr 4.

Warkałło W., Marek W., Mogilski W., *Prawo ubezpieczeniowe W-wa* 1983.

44. Szerzej – E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *ibidem*, ss. 22-23.

Obligatory patient insurance against medical incidents – Summary

The amendment of the Act on Patient Rights and Patient Ombudsman, effective as of 25 March 2011, introduces a new procedure for patient claims for damage to person, if the damage is a consequence of the so called medical incidents. The incidents will be investigated by special Voivodship Commissions appointed by Voivods. At the same time, the Act on Healthcare Activity of 18 March 2011 obliges all healthcare entities which manage hospitals to obtain patient insurance against damages caused by medical incidents; the insurance is to be effective as of 1 January 2012. The findings of the Voivodship Commissions for Medical Incidents will be binding on the given insurer and the insurer will be obliged to pay compensation to the aggrieved patients; the maximum amounts of damages, compensation, and potential disability allowance are set out in the amended Act on Patient Rights.

The payments will be made to claimants by the insurer which has entered into the obligatory patient insurance against medical incidents with the relevant healthcare entity.

The article provides an overview of the patient insurance, presents its characteristics, and points out the related numerous problems and doubts. In this aspect, the regulations which introduce the new type of insurance are flawed and raise many questions. This article attempts to address the most significant of those questions.

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

Recenzenci: prof. dr hab. Eugeniusz Stroiński, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.

MARCIN ORLICKI

Kilka uwag o technice tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia

Autor formułuje kilka dyrektyw właściwej redakcji ogólnych warunków ubezpieczenia, dzięki którym ubezpieczyciele mogą zapewnić swojej ofercie rynkowej lepszą jakość i zgodność z obowiązującym prawem przy jednoczesnym jak najpełniejszym wykorzystaniu wszelkich możliwości kształtowania kontraktu ubezpieczeniowego, jakie prawo to stwarza. Omówiono kwestie: kształtowania w treści ogólnych warunków ubezpieczenia praw i obowiązków stron umowy w sposób odbiegający od bezwzględnie obowiązujących przepisów ustaw, przenoszenia regulacji ustawowych do treści warunków ubezpieczenia, priorytetu umowy indywidualnej względem wzorca, ram czasowych regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia, ujmowania w treści wzorca wszystkich elementów uznanych przez ustawodawcę za konieczne oraz zrozumiałości i jednoznaczności zapisów zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Wprowadzenie

Jednym z najistotniejszych zadań, przed którymi stają niektóre osoby zajmujące się zawodowo ubezpieczeniami jest redagowanie ogólnych warunków ubezpieczeń (dalej: o.w.u.). Nie trzeba nikogo przekonywać, jak ważne jest, by zadanie to zostało wykonane w sposób odpowiedni. Twórca o.w.u. musi w jak najpełniejszy sposób zrealizować biznesowe założenia danego „produktu” ubezpieczeniowego, a zarazem spełnić wszelkie wymogi prawne stawiane wzorcowi umownemu, w szczególności zaś nie naruszać chronionych prawem interesów ubezpieczających i ubezpieczonych.

Od lat przedstawiciele doktryny prawa ubezpieczeń wskazywali na liczne mankamenty ogólnych warunków ubezpieczeń stosowanych na polskim rynku¹. Diagnoza ta straciła nieco na aktualności, bowiem w ostatnich latach jakość o.w.u. istotnie się poprawiła. Pomogła w tym ingerencja ustawodawcy, który poprzez wprowadzenie pakietu ustaw ubezpieczeniowych z roku 2003 i nowelizację kodeksu cywilnego wymusił na ubezpieczycielach rezygnację z najbardziej kontrowersyjnych klauzul umownych zamieszczanych zwykle w o.w.u. Do poprawy jakości o.w.u. przyczyniła się aktywność Rzecznika

1. Por. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia* (w:) A. Wąsiewicz (red.) *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, tom 3, Bydgoszcz 1997, s. 104, tenże, *Kilka uwag na tle funkcjonowania ogólnych warunków ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 1998, Nr 4, s. 3 i nast.

Ubezpieczonych, Komisji Nadzoru Finansowego i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Decydujące znaczenie miało jednak zapewne to, że w ostatnich latach rynek ubezpieczeniowy w Polsce stał się coraz bardziej konkurencyjny. Choć głównym czynnikiem konkurencji między ubezpieczycielami była i wciąż pozostaje wysokość składki ubezpieczeniowej, to jednak nie bez znaczenia jest również jakość oferty. Nie sposób oferować dobrego ubezpieczenia bez dobrych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Nie jest przedmiotem niniejszego opracowania określanie charakteru prawnego ogólnych warunków ubezpieczeń i mechanizmów ich stosowania w obrocie ubezpieczeniowym. Dość wspomnieć, że według większości przedstawicieli doktryny prawa ubezpieczeniowego ogólne warunki ubezpieczeń są wzorcami umów w rozumieniu art. 384 kodeksu cywilnego² (dalej: kc) i należy stosować w odniesieniu do nich wszystkie przepisy, które dotyczą wzorców umów³. Stanowisko takie wydaje się szczególnie aktualne po nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego z roku 2007⁴ w części dotyczącej umowy ubezpieczenia. Uchylono wówczas przepis art. 812 §1 kc, który określał obowiązek doręczania o.w.u. w sposób odmienny od zasad ogólnych dotyczących innych wzorców umownych, zaś zmodyfikowana treść art.812 §2 kc (wskazująca co powinny określać o.w.u.) znalazła się w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Ustawodawca dał w ten sposób jasny sygnał, że odrębność o.w.u. od pozostałych wzorców umownych zaznacza się wyłącznie na płaszczyźnie prawa publicznego, nie dotyczy zaś prawa prywatnego⁵.

Autor niniejszego opracowania postawił sobie zadanie praktyczne – sformułowanie kilku wskazówek, którymi powinny kierować się osoby piszące o.w.u. Wskazane niżej dyrektywy wynikają bezpośrednio lub pośrednio z obowiązujących przepisów, które obszernie regulują materię ogólnych warunków ubezpieczeń. Przestrzeganie tych przepisów i stosowanie się do opartych na ich treści dyrektywach tworzenia o.w.u. pozwoli ubezpieczycielowi nie tylko uniknąć interwencji organu nadzoru i instytucji chroniących prawa konsumentów, ale również podnieść jakość oferty i wzmocnić swą pozycję w rywalizacji rynkowej.

W wielu przypadkach stosowanie się do przepisów prawa określających technikę tworzenia o.w.u. pozwala na zapewnienie skuteczności wszystkich ich postanowień i wykorzystanie stworzonej przez ustawodawcę możliwości elastycznego kształtowania treści stosunku prawnego ubezpieczenia poprzez klauzule o.w.u. W niniejszym artykule podjęto próbę sformułowania tylko niektórych dyrektyw tworzenia o.w.u. – w ocenie autora szczególnie ważnych i szczególnie opatrzenie odczytywanych lub zgoła niedostrzeganych przez osoby tworzące wzorce umowne stosowane w obrocie ubezpieczeniowym.

2. Kodeks cywilny – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.).

3. Por. M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 33, M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia – Art. 805 – 834 KC – Komentarz*, Warszawa 2004, s. 105.

4. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 82, poz. 557).

5. Por. B. Wojno, *Stosowanie ogólnych warunków ubezpieczenia w obrocie ubezpieczeniowym w świetle projektu nowelizacji kodeksu cywilnego – wybrane zagadnienia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007, Nr 1(2), s.55 i n., J. Pokrzywniak (w:) M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia – Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008, ss. 144 – 148.

1. Ogólne warunki ubezpieczenia a przepisy ustaw

Pierwsza dyrektywa tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia to zakaz kształtowania w o.w.u. praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia w sposób odbiegający od bezwzględnie obowiązujących przepisów ustaw. Jeśli ubezpieczyciel decyduje się na przejście treści przepisów do o.w.u., powinien zachować ich integralność. Zakazane jest natomiast jakiegokolwiek zmienianie ich treści. Choć zabieg taki jest prawnie bezskuteczny, to jednak może dezinformować ubezpieczających, w szczególności zaś tych z nich, którzy są konsumentami.

Bez wątplenia ogólne warunki ubezpieczenia nie są przepisami prawa, w których byłyby zawarte normy szczególne w stosunku do powszechnie obowiązujących regulacji ustawowych. Nie powinno być więc wątpliwości, że ubezpieczyciel redagując treść ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest uprawniony do wprowadzania postanowień, które byłyby niezgodne z treścią bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawowych. Ubezpieczyciel formułując o.w.u. musi pamiętać o wszystkich imperatywnych przepisach ustaw i w żadnym razie nie może określać warunków umowy w sposób z nimi sprzeczny.

Nie ma przy tym konieczności powtarzania w treści o.w.u. przepisów ustaw. Praktyka taka jest jednak powszechna. Ubezpieczyciele tłumaczą swe postępowanie koniecznością pełnego ukazania praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które przecież określone są również w przepisach ustawowych. Powtarzanie treści ustawy w o.w.u. może być usprawiedliwione względami edukacji ubezpieczeniowej – należy bowiem pamiętać, że znacząca część ubezpieczających nie zna regulacji prawnych dotyczących ubezpieczeń. Zdarza się jednak niekiedy, że ubezpieczyciele zamiast powtarzać w o.w.u. regulacje prawne, odwołują się do ich treści wskazując na miejsce ich publikacji. Praktyka taka jest najpowszechniejsza w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, przy których zawieraniu ubezpieczyciele informują, że prawa i obowiązki stron umowy określone są w przepisach prawa (w szczególności ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz rozporządzeniach Ministra Finansów dotyczących danego rodzaju ubezpieczeń). Wskazywanie przez ubezpieczycieli przepisów nie jest wymagane, choć oczywiście jest w pełni dopuszczalne i zasługuje na akceptację.

Trudno również znaleźć przekonujące argumenty dla negowania praktyki powtarzania treści ustaw w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jeśli tylko powtarzanie to dokonywane jest w sposób rzetelny. Zupełnie jednak inaczej trzeba ocenić cytowanie w o.w.u. przepisów ustaw z „drobnymi” zmianami. Dla przykładu, ubezpieczyciele zobowiązują się niekiedy w ogólnych warunkach ubezpieczenia do dokonania zwrotu na rzecz ubezpieczającego kosztów wynikłych z zastosowania dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, w granicach określonego procentu sumy ubezpieczenia. Zmiana w stosunku do treści art.826 §4 kc jest w swej istocie, próbą modyfikacji bezwzględnie obowiązującego przepisu ustawy i jako taka nie odnosi skutku prawnego. Podobnie rzecz się ma ze „wzbogacaniem” treści art.813 kc. Skoro ustawo-

dawca nie przewidział w nim żadnych dodatkowych przesłanek dla zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, ani nie wymienił czynników, które powodowałyby obniżenie wysokości zwracanej składki, należy wnioskować, że twórcy o.w.u. nie mogą wprowadzać tego rodzaju elementów.

2. Priorytet umowy względem wzorca

Drugą dyrektywą tworzenia ogólnych warunków ubezpieczeń jest nakaz respektowania priorytetu postanowień umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczyciela z określonym ubezpieczającym nad postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie powinien podejmować prób wymuszenia pierwszeństwa o.w.u. nad umową poprzez zakazywanie w treści o.w.u. zawierania umowy ubezpieczenia dotyczącej określonych ryzyk, określonych podmiotów czy też umowy ubezpieczenia o określonych postanowieniach. Tego rodzaju zapisy o.w.u. są nieskuteczne i dezinformują ubezpieczających, bowiem zawsze istnieje możliwość zawarcia umowy na warunkach odbiegających od o.w.u., jeśli tylko kontrahenci wyrażą taką wolę.

Umowa ubezpieczenia zawierana przy użyciu o.w.u. nie ma oparcia w rzeczywistej zgodzie stron na jej warunki, lecz w szczególnym rodzaju fikcji zgody po stronie ubezpieczającego. Owa fikcja zgody po stronie ubezpieczającego opiera się na zawarciu umowy ubezpieczenia po doręczeniu mu o.w.u. i zarazem na braku indywidualnych uzgodnień dotyczących treści umowy, które modyfikowałyby ogólne warunki ubezpieczenia.

Bez wątplenia więc, indywidualne uzgodnienia między stronami umowy ubezpieczenia mają pierwszeństwo przed postanowieniami wzorca umownego. One – w przeciwieństwie do o.w.u. – opierają się na rzeczywistym zgodnym zamiarze stron i celu umowy, wyrażają więc rzeczywistą wolę stron. Należy przy tym pamiętać, że z mocy art. 65 §2 kc, przy dokonywaniu wykładni oświadczenia woli pierwszoplanowym przedmiotem badania powinien być właśnie zgodny zamiar stron i cel umowy.

Priorytet umowy indywidualnej nad wzorcem został wyrażony w treści art.385 §1 kc. Z uwagi na to, że przepis ten jest bezwzględnie obowiązujący, nie jest możliwe wskazanie w treści o.w.u. postanowień, których nie można skutecznie zmienić w umowie indywidualnej. Mimo to, niektórzy ubezpieczyciele wciąż podejmują próby absolutyzacji ogólnych warunków poprzez wskazywanie zakresu możliwych modyfikacji ich treści lub zgoła stwierdzenie, że nie podlegają one żadnym modyfikacjom.

Jeśli z treści umowy indywidualnej wynika, że przedmiotem ubezpieczenia jest określony interes majątkowy, to ubezpieczyciel nie może powoływać się na wyłączenia odpowiedzialności dotyczące tegoż interesu zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia⁶. Należy wnioskować, że pozbawione jakiegokolwiek znaczenia prawnego są zapisy o.w.u. głoszące, że określone osoby nie mogą zawrzeć umowy ubezpieczenia lub że określone interesy majątkowe nie mogą stanowić przedmiotu ubezpieczenia,

6. Por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 grudnia 2005 roku, sygn. akt I ACA 670/05.

jeśli ubezpieczyciel zawiera umowy z takimi osobami lub też obejmuje ochroną takie interesy majątkowe. Tego rodzaju zapisy powinny znajdować się w instrukcji dla agenta, a nie w o.w.u.

Co więcej, treść umowy indywidualnej powinna być odczytywana nie tylko z jej literalnego brzmienia (zapisanego zwykle w formie pisemnej), lecz również z okoliczności, w których została zawarta. Gdy potencjalny ubezpieczający zwraca się do ubezpieczyciela (lub do agenta ubezpieczeniowego) o ubezpieczenie określonego interesu majątkowego lub sytuacji osobistej, ma prawo liczyć, że umowa ubezpieczenia, która zostanie zawarta, będzie dotyczyła tegoż interesu lub sytuacji – bez względu na to, co stanowią ogólne warunki ubezpieczenia i czy ewentualne postanowienia o.w.u. wyłączone odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do określonej kategorii wypadków, zostały uchylone w treści umowy indywidualnej.

Dla przykładu rozważmy sytuację, gdy osoba w wieku 67 lat zwraca się do ubezpieczyciela o zawarcie na jej rachunek umowy ubezpieczenia na życie, zaś ubezpieczyciel zawiera z nią umowę doręczając wcześniej o.w.u., w których jego odpowiedzialność jest ograniczona do wypadków ubezpieczeniowych dotyczących osób, które nie skończyły jeszcze 65 lat. Jeśli tylko ubezpieczyciel jest świadom tego, że dana osoba ubezpieczająca (i zarazem ubezpieczona) skończyła 65 lat, należy uznać, że umowa została zawarta na warunkach indywidualnych – bez ograniczeń wiekowych. Nie jest przy tym istotne, czy w treści umowy indywidualnej (i w treści dokumentu ubezpieczenia) wyraźnie wskazano, że ograniczenia wiekowe nie będą stosowane.

3. Ramy czasowe regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia

Trzecią dyrektywą tworzenia ogólnych warunków ubezpieczeń jest nakaz respektowania zasady, w myśl której skuteczność o.w.u. rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że nie ma sensu regulowanie w nich zachowań jakichkolwiek podmiotów w fazie przedumownej, w szczególności – przy zawieraniu umowy ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia determinują prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia. Należy więc wnioskować, że pozbawione są skuteczności jakiegokolwiek ich postanowienia, które określają sposób działania podmiotów, które nie są jeszcze stronami umowy. W fazie przedumownej nie wiążą bowiem przyszłych kontrahentów postanowienia umowy, która ma być dopiero zawarta (której treść ma być sformułowana przez postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia). Związanie kontrahenta prawidłowo doręczonymi o.w.u. jest skutkiem zawarcia umowy ubezpieczenia.

W szczególności bezskuteczne i pozbawione jakiegokolwiek znaczenia prawnego są próby wskazywania w o.w.u., w jakiej formie powinna zostać zawarta umowa ubezpieczenia lub jakie są procedury czy też przesłanki jej zawarcia. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w innej formie niż wskazana w o.w.u. lub też mimo braku spełnienia przesłanek określonych w o.w.u. Nie będzie więc skuteczne postanowienie o.w.u., w myśl którego zgoda ubezpieczonego na zawarcie umowy następuje poprzez

podpisanie przygotowanego przez ubezpieczyciela formularza i doręczenie go do siedziby ubezpieczyciela, ani też takie, które zakłada, że warunkiem zawarcia umowy jest złożenie przez ubezpieczającego prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zapłata pierwszej składki.

Zamiast określać w ogólnych warunkach ubezpieczenia formę i przesłanki zawarcia umowy, lepiej wskazać, kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela po zawarciu umowy ubezpieczenia. Tego rodzaju postanowienie określa prawa i obowiązki stron umowy po jej zawarciu.

4. Kompleksowy charakter ogólnych warunków ubezpieczenia

Czwartą dyrektywą tworzenia ogólnych warunków ubezpieczeń jest nakaz ujmowania w nich całej materii wskazanej przez ustawodawcę. Pominięcie któregośkolwiek z obligatoryjnych elementów materii ogólnych warunków ubezpieczenia może spowodować negatywną reakcję ze strony organu nadzoru.

Tworząc ogólne warunki ubezpieczenia nie wolno zapominać o tym, że ustawodawca określił minimalną ich treść. W art. 12a ustawy o działalności ubezpieczeniowej nakazano, by ogólne warunki ubezpieczenia określały w szczególności:

- rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia;
- zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- przy ubezpieczeniach majątkowych – sposób ustalania rozmiaru szkody;
- sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych;
- sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;
- metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują;
- tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Trudno znaleźć przekonujące argumenty, dla których ustawa miałyby narzucać ubezpieczycielom obligatoryjną treść o.w.u. Mimo jednak, że projekt nowelizacji kodeksu cywilnego w części dotyczącej umowy ubezpieczenia, który został przyjęty w roku 2007 pierwotnie zakładał uchylenie regulacji prawnych określających minimalną zawartość o.w.u., w wersji uchwalonej znalazł się cytowany wyżej przepis art.12a ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Kwestionując celowość obowiązywania danej normy prawnej nie można jednak nie dostrzegać konieczności stosowania się do niej. Warto więc poświęcić kilka słów każdemu z obligatoryjnych elementów ogólnych warunków ubezpieczeń.

A. RODZAJ UBEZPIECZENIA I JEGO PRZEDMIOT

Wydaje się, że przy określaniu rodzaju ubezpieczenia i jego przedmiotu, ubezpieczyciel nie ma obowiązku odwoływania się do klasyfikacji zawartej w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Gdyby obowiązek taki istniał, powinien być wyraźnie wyartykułowany w ustawie. W związku z tym, że nie funkcjonuje w Polsce instytucja standardowych ogólnych warunków ubezpieczenia, których powtórzeniem lub modyfikacją byłyby konkretne o.w.u., nie ma również obowiązku przyporządkowania danego ubezpieczenia do określonej standardowej kategorii ubezpieczeń. Kategorie takie nie zostały bowiem wyróżnione w sposób obowiązujący.

Wnioskować więc należy, że każdy ubezpieczyciel może w sposób swobodny określać „rodzaj ubezpieczenia” i definiować jego „przedmiot”⁷ w sposób przez siebie ustalony. Jednakże ograniczeniem dowolności w sposobie określania rodzaju ubezpieczenia w o.w.u. (zwykle już w tytule o.w.u.) jest art.12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który nakazuje formułowanie o.w.u. w sposób jednoznaczny i zrozumiały oraz przepisy ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym⁸.

Należy zwrócić szczególną uwagę na art. 5 ust. 1 tejże ustawy, który głosi, że praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął oraz na jej art. 6 ust.1, który stanowi, że praktykę rynkową uznaje się za zaniechanie wprowadzające w błąd, jeżeli pomija istotne informacje potrzebne przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji dotyczącej umowy i tym samym powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Ustawodawca stanowi, że wprowadzającym w błąd zaniechaniem może być w szczególności zatajenie lub nieprzekazanie w sposób jasny, jednoznaczny lub we właściwym czasie istotnych informacji dotyczących produktu.

Choć więc brak jest ścisłych i jednoznacznych dyrektyw dotyczących wskazywania w o.w.u. rodzaju i przedmiotu ubezpieczenia, ubezpieczyciel musi dbać o to, by te najistotniejsze z punktu widzenia komunikowania się z ubezpieczającym postanowienia wzorca, nie wprowadzały go w błąd. W szczególności należy unikać sytuacji, w której określenie rodzaju i przedmiotu ubezpieczenia służy przede wszystkim celom marketingowym, nie zaś informacyjnym. Wszelka przesada, typowa dla przekazów reklamowych, w ogólnych warunkach ubezpieczenia musi być kwalifikowana jako dezinformacja. Należy bowiem pamiętać, że zawarte w o.w.u. określenie rodzaju i przedmiotu ubezpieczenia stanowi podstawową informację o cechach danego „produktu” ubezpieczeniowego, zaś nierzetelność w tym zakresie może być bardzo niebezpieczna dla klientów, w tym w szczególności konsumentów usług ubezpieczeniowych.

7. Definiowanie w o.w.u. przedmiotu ubezpieczenia polega na ogólnym wskazaniu rodzaju interesu majątkowego lub na ogólnym określeniu sytuacji osobistej osoby ubezpieczonej, której ubezpieczenie ma dotyczyć, nie zaś na ich konkretyzacji w odniesieniu do danego ubezpieczonego (co możliwe jest dopiero w indywidualnej umowie ubezpieczenia) – por. J. Pokrzywniak (w:) M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 146.

8. Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r.o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. Nr 171, poz.1206).

Warto przy tym poczynić jedną uwagę szczegółową. Jeśli ubezpieczenie ma charakter hybrydowy⁹ (co oznacza, że w jednej umowie zostały połączone różne rodzaje ubezpieczeń), ubezpieczyciel obowiązany jest poinformować o tym ubezpieczającego w treści ogólnych warunków ubezpieczenia wyraźnie określając każdy z rodzajów ubezpieczeń. W wielu przypadkach ubezpieczyciele definiując rodzaj ubezpieczenia pomijają jednak jego hybrydowy charakter nie wspominając, że np. ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej towarzyszy ubezpieczenie ochrony prawnej, zaś ubezpieczeniu majątku – ubezpieczenie *assistance*.

B. WARUNKI ZMIANY SUMY UBEZPIECZENIA LUB SUMY GWARANCYJNEJ, JEŻELI OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TAKĄ ZMIANĘ PRZEWIDUJĄ

Jak słusznie podkreśla J. Pokrzywniak, fakt, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej nakazuje określać warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej (jeżeli zmiana taka jest przez nie przewidywana), nie może być interpretowany jako blankietowe upoważnienie ubezpieczyciela do wprowadzania dowolnych zasad dokonywania zmian sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej. Klauzule o.w.u. dotyczące tej kwestii muszą pozostawać w zgodzie z ogólnymi zasadami prawa zobowiązań, w szczególności zaś ich treść nie może prowadzić do stworzenia sytuacji, w której ubezpieczyciel byłby umocowany do arbitralnego wyznaczania wysokości sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej – bez zgody swego kontrahenta i bez uwzględnienia wskazanych w treści o.w.u. czynników o charakterze obiektywnym¹⁰.

C. PRAWA I OBOWIĄZKI KAŻDEJ ZE STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

Określenie praw i obowiązków każdej ze stron umowy ubezpieczenia polega przede wszystkim na „napelnieniu treścią” względnie obowiązujących lub semiimperatywnych przepisów ustaw. Chodzi przede wszystkim o te przepisy kodeksu cywilnego zawarte w tytule XXVII (Umowa ubezpieczenia), które nie określają w sposób stanowczy zakresu praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, lecz odsyłają do regulacji kontraktowej wskazując jednocześnie jej możliwy kształt (np. art.808 § 3, 814 §1 i 3, 815 § 2, 818 § 1 i 2, 822 § 3, 823 § 1 i 2, 824 § 1, 824¹ § 1, 826 § 2, 827 § 1,2 i 3, 828 § 1, 830 § 1 i 2, 831 § 1¹, 832 § 2, 833, 834 kc). Jak widać, lista przypadków, w których ustawodawca dopuszcza określanie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia poprzez ogólne warunki ubezpieczenia jest długa. Należy dodać, że kodeks cywilny dopuszcza również kształtowanie w o.w.u. praw i obowiązków osób, które nie są stronami umowy, lecz podmiotami stosunku prawnego ubezpieczenia – osób ubezpieczonych.

D. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

Postanowienia określające zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń należą do grupy najistotniejszych klauzul ogólnych warunków ubezpieczenia. Dlatego powinny one być zredagowane z najwyższą starannością, w sposób jasny, precyzyjny i zrozumiały. Dobrą praktyką formułowania postanowień o.w.u. dotyczących zakresu odpowie-

9. Szerzej o ubezpieczeniach hybrydowych: M. Orlicki, *O łączeniu w jednej umowie różnych rodzajów ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, Nr 2, s. 13 i nast.

10. J. Pokrzywniak (w.): M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia...*, ss. 146 – 147.

działności ubezpieczyciela jest ich skupienie w jednym fragmencie o.w.u. Zarówno postanowienia dotyczące zakresu odpowiedzialności, jak i te, które dotyczą jej wyłączeń nie powinny być rozrzucone po całym tekście o.w.u., lecz skomasowane w jednym miejscu, tak by ubezpieczający mógł łatwo ocenić, w jakich przypadkach można liczyć na ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez ubezpieczyciela.

Skupienie w jednym miejscu określenia zakresu odpowiedzialności i jej wyłączeń ma tę zaletę, że demaskuje spotykaną niekiedy naganną praktykę polegającą na tym, że przypadki wyłączeń odpowiedzialności pokrywają się z całym lub prawie całym pozytywnie wskazanym zakresem odpowiedzialności. W takich przypadkach powstaje swista „wydmuszka” ubezpieczeniowa. W szczególności w ubezpieczeniach konsumentskich, tego rodzaju fortel powinien spotkać się z negatywną oceną sądu, Komisji Nadzoru Finansowego i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Należy dodać, że przy określaniu zakresu odpowiedzialności nie mogą być stosowane czynniki podlegające arbitralnej ocenie zakładu ubezpieczeń, lecz wyłącznie czynniki natury obiektywnej.

E. SPOSÓB USTALANIA ROZMIARU SZKODY

Ustalając w treści o.w.u. sposób ustalania rozmiarów szkody, ubezpieczyciel może szczegółowo opisać obowiązujące w tym względzie zasady lub też odwołać się do zewnętrznych, obiektywnych systemów wyceny. Zasadą powinno być stosowanie tych samych systemów wyceny do ustalania wartości i sumy ubezpieczenia, jak i szkody. Niedopuszczalne są stosowane niekiedy fortele polegające na zawyżaniu wyceny pozostałości (przy tzw. szkodzie całkowitej) przy jednoczesnym zaniżaniu wyceny poniesionych szkód.

Jeśli ubezpieczenie obejmuje szkody, które definiowane są w specyficzny sposób, ogólne warunki ubezpieczenia nie powinny zadowolić się użyciem fachowej terminologii prawniczej lub ubezpieczeniowej. W takim przypadku należy w sposób precyzyjny i zarazem zrozumiały wskazać jak określana będzie wielkość szkody i w jaki sposób obliczane będzie odszkodowanie. Dotyczy to przede wszystkim ubezpieczeń obejmujących tzw. czyste straty finansowe oraz ubezpieczeń w wartości nowej (wartości odtworzeniowej).

Brak określenia sposobu ustalania rozmiaru szkody należy interpretować jako akceptację dla zasad ogólnych stosowanych w prawie cywilnym. Tylko w nielicznych rodzajach ubezpieczeń (np. ubezpieczeniach ochrony prawnej, *business interruption* czy też ubezpieczeniu kosztów leczenia) zasady ogólne mogą być trudne do zastosowania¹¹. W takich przypadkach konieczne jest wyraźne określenie sposobu ustalania rozmiaru szkody w o.w.u.

F. SPOSÓB OKREŚLANIA SUMY ODSZKODOWANIA LUB INNEGO ŚWIADCZENIA

Należy domniemywać pełne pokrycie szkody przez ubezpieczyciela w zakresie sumy ubezpieczenia. Jeśli ubezpieczyciel chce ograniczyć wysokość należnego odszkodowania w sposób dalej idący, może uczynić to poprzez właściwie sformułowane klauzule o.w.u. lub umowy ubezpieczenia.

11. Por. J. Pokrzywniak (w:) M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 147.

Wyżej poczynione uwagi dotyczące sposobu ustalania rozmiaru szkody odnoszą się w całej rozciągłości do sposobu określania w o.w.u. sumy odszkodowania lub innego świadczenia. Również gdy chodzi o określenie wysokości świadczenia ubezpieczyciela i wskazanie szczególnych mechanizmów limitujących to świadczenie (system odpowiedzialności na pierwsze ryzyko/odpowiedzialności proporcjonalnej, system wyczerpywania/odnawiania sumy ubezpieczenia, franszyzy/udziału własnego) konieczne jest jasne i zrozumiałe wyjaśnienie.

G. SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ, METODA I SPOSÓB INDEKSACJI SKŁADEK

W świetle omawianego przepisu ustawy o działalności ubezpieczeniowej należy sądzić, że taryfa ubezpieczeniowa jest w swej istocie elementem ogólnych warunków ubezpieczenia. Ustawodawca założył bowiem, że z samej treści o.w.u. powinien wynikać sposób ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej. W szczególności wzorzec może określać zasady podwyższania i obniżania wysokości składki (bonus/malus), zasady stosowania zniżek marketingowych oraz wysokość składki w razie doubezpieczenia (przy zwiększeniu prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, podwyższeniu sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej oraz w przypadku konsumpcji sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej).

Określając sposób opłacania składki ubezpieczyciel nie tylko determinuje to, czy składka będzie opłacana jednorazowo, czy też w ratach, ale również podejmuje decyzje o zastosowaniu mechanizmu dyscyplinującego ubezpieczających do terminowego wpłacania składek (art. 814 § 3 kc).

Jeśli składka ma być indeksowana, ubezpieczyciel obowiązany jest do wskazania obiektywnych metod jej indeksacji.

H. TRYB I WARUNKI DOKONANIA ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA ZAWARTEJ NA CZAS NIEOKREŚLONY

Ubezpieczyciel powinien wskazać tryb i przesłanki podejmowania przez strony umowy ubezpieczenia działań służących zmianie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony. Oznacza to w praktyce stworzenie mechanizmu renegotjacji kontraktu ubezpieczeniowego lub określenie zasad, według których jeden z kontrahentów wypowiada umowę ubezpieczenia (zgodnie z art. 365¹ kc) i jednocześnie składa ofertę zawarcia umowy na nowych warunkach¹².

I. PRZESŁANKI I TERMINY WYPOWIEDZENIA UMOWY PRZEZ KAŻDĄ ZE STRON

Bez wątpienia, udzielone przez ustawodawcę ubezpieczycielowi upoważnienie do określania w treści o.w.u. przesłanek i terminów wypowiedzenia nie powinno być interpretowane jako samodzielna podstawa prawna dla wypowiedzania umów ubezpieczenia przez ubezpieczyciela¹³. Chodzi raczej o to, by ubezpieczyciele „napelniali” treścią przepisów kodeksu cywilnego dotyczące wypowiedzenia umowy ubezpieczenia: art.

12. Por. J. Pokrzywniak (w:) M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 148.

13. Por. M. Orlicki, *Uwagi o wypowiedzaniu i zmianie treści umów ubezpieczenia dokonywanych przez ubezpieczyciela*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2006, Nr 1, s. 27 i nast.

812 §5 oraz 830 §1 i 2 kc. Może więc znaleźć się w o.w.u. katalog ważnych (wskazanych w sposób konkretny i wyraźny) powodów wypowiedzenia umowy ubezpieczenia (art.812 §5 kc) oraz postanowienie określające termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego przez ubezpieczającego. W przypadku umów ubezpieczenia zawartych na czas nieoznaczony (innych niż na życie), w ogólnych warunkach ubezpieczenia może być wskazany termin wypowiedzenia umowy przez każdą z jej stron (art. 365¹ kc).

5. Język i stopień zrozumiałości o.w.u. – art.12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Piątą dyrektywą tworzenia ogólnych warunków ubezpieczeń jest nakaz ich formułowania w sposób jednoznaczny i zrozumiały.

Doskonale ujął istotę tego nakazu Sąd Okręgowy w Łodzi, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 28 lutego 1996 r. (I ACr 37/96) pisał: „Przy formułowaniu tych warunków zachowana powinna być bardzo staranna i precyzyjna redakcja zawartych w nich postanowień, zwłaszcza co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dotyczy to zarówno formy tych postanowień, jak również systematyki i terminologii. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń, polegające na możliwości dowolnej ich interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora tych warunków. W takim wypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela – mimo określonych zapisów zawartych w warunkach ubezpieczenia – może być w praktyce znacznie szersza niż to ubezpieczyciel zakładał.”¹⁴

Wnioski sformułowane przez sąd w cytowanym fragmencie uzasadnienia, mają obecnie bardzo silną podstawę normatywną w postaci przepisu art.12 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który stanowi, że „postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”.

Należy zgodzić się z M. Lemkowskim, który pisał, że w interpretowaniu ogólnych warunków ubezpieczeń „decydująca jest percepcja adresata o.w.u. oraz jego wyraźna zgoda na takie, a nie inne rozumienie wzorca. Ponieważ jednak ze swej istoty wzorce stosuje się w umowach masowych, bez jakichkolwiek indywidualnych negocjacji z klientami, a ubezpieczenia kierowane do prawników mają znaczenie marginalne, w praktyce zatem zawsze decydujące będzie pozaprawne (potoczne) znaczenie użytych w nich pojęć.”¹⁵

Jeśli ubezpieczyciel danego pojęcia nie definiuje, wówczas musi godzić się z tym, że będzie ono rozumiane w sposób taki, w jakim jest ono używane w języku potocznym tej społeczności, do jakiej dany „produkt” ubezpieczeniowy jest adresowany. Dotyczy to również braku ścisłości pojęciowej, której przejawem jest niemożność ostrego oddzielenia desygnatów danego pojęcia od przedmiotów, które desygnatami tego pojęcia już nie są.

14. OSA 1996/9/43.

15. M. Lemkowski, *Różnice w wykładni warunków ubezpieczeń dobrowolnych i obowiązkowych* (w:) P. Wiliński (red.) *Prawo wobec wyzwań współczesności – Tom II*, Poznań 2005, s. 305.

Brak definicji może spowodować, że niektóre użyte w o.w.u. pojęcia nie będą w ogóle zrozumiane. Należy więc je definiować i to definiować w taki sposób, by zyskać pewność, że potencjalny ubezpieczający definicję tę rozumie.

Podsumowanie

W pracy sformułowano i rozważono pięć dyrektyw tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia, które powinny przyczynić się do poprawy ich jakości. Jest to tylko mała część skomplikowanej wiedzy o formułowaniu wzorców umownych w ubezpieczeniach. Należy żywić nadzieję, że coraz lepsze zrozumienie istoty o.w.u., dopasowanie ich do percepcji odbiorców oraz rzetelność ubezpieczycieli sprawią, że warunki ubezpieczeń będą coraz częściej czytane i rozumiane. Stanie się to z pożytkiem dla ubezpieczających, ale i z korzyścią dla samych ubezpieczycieli, bo świadomy klient jest co prawda bardziej wymagający, ale i bardziej przewidywalny w swych wyborach. O takiego klienta walczy się jakością usługi ubezpieczeniowej (bo on umie ją docenić), a nie tylko składką. A o to przecież chodzi.

Wykaz źródeł:

- Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia – Art. 805 – 834 KC – Komentarz*, Warszawa 2004.
- Lemkowski M., *Różnice w wykładni warunków ubezpieczeń dobrowolnych i obowiązkowych* (w:) P. Wiliński (red.) *Prawo wobec wyzwań współczesności – Tom II*, Poznań 2005.
- M. Orlicki, O łączeniu w jednej umowie różnych rodzajów ubezpieczeń, *Prawo Asekuracyjne* 2010, Nr 2.
- Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002.
- Orlicki M., *Uwagi o wypowiedaniu i zmianie treści umów ubezpieczenia dokonywanych przez ubezpieczyciela*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2006, Nr 1.
- Pokrzywniak J. (w:) Orlicki M., Pokrzywniak J., *Umowa ubezpieczenia – Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008.
- Wąsiewicz A., *Kilka uwag na tle funkcjonowania ogólnych warunków ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 1998, Nr 4.
- Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia* (w:) A. Wąsiewicz (red.) *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, tom 3, Bydgoszcz 1997.
- Wojno B., *Stosowanie ogólnych warunków ubezpieczenia w obrocie ubezpieczeniowym w świetle projektu nowelizacji kodeksu cywilnego – wybrane zagadnienia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007, Nr 1(2).

Comments on quality of general insurance terms – summary

The author formulates a number of editorial directives for general insurance terms which should help insurers to improve the quality of their market offer and ensure compliance with the law, while at the same time taking full advantage of all available legal possibilities to adequately shape the insurance contract. The topics discussed in the article include:

implementation of rights and obligations of the parties in contents of the general insurance terms in a manner differing from mandatory provisions of the law, implementation of statutory regulations in contents of the terms of insurance, priority of the individual agreement over the general terms, timeframes of regulations provided in the general terms, inclusion of all elements which the legislators deem necessary in the general terms, and clarity and explicitness of provisions in the general insurance terms.

Dr MARCIN ORLICKI, LL.M. (Universität Potsdam) jest adiunktem w Katedrze Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, a także radcą prawnym prowadzącym kancelarię specjalizującą się w sprawach z zakresu prawa odszkodowawczego i ubezpieczeniowego.

Recenzenci: Piotr Narloch i dr Justyna Talarek, prof. dr hab. Eugeniusz Stroiński.

SYLWIA BOŻEK

Aktywność inwestycyjna europejskich ubezpieczycieli na tle globalnego kryzysu finansowego

Celem opracowania jest przedstawienie aktywności inwestycyjnej ubezpieczycieli europejskich w kontekście realizacji ryzyka globalnego. Do ryzyka globalnego zaliczono ryzyko kryzysu finansowego. W latach 2008-2009 miało miejsce pogłębienie kryzysu finansowego w skali globalnej, w tym także dla przemysłu ubezpieczeniowego. Podkreśla się, że europejscy ubezpieczyciele znaleźli się w stosunkowo dobrej pozycji wyjściowej w obliczu kryzysu. Jednak zauważa się, że polityka inwestycyjna na skutek realizacji ryzyka uległa modyfikacji.

Wprowadzenie – uwarunkowania kryzysu finansowego w sektorze ubezpieczeń

Kryzys finansowy, który na wielką skalę ujawnił się w drugiej połowie 2007 roku w Stanach Zjednoczonych wraz z załamaniem funkcjonowania zintegrowanego systemu finansowego miał daleko idące skutki dla stanu gospodarki światowej. Szersza geneza kryzysu wykracza poza ramy tego opracowania, niemniej zarysowanie przyczyn kryzysu jest uzasadnione z powodu jego wpływu na aktywność rynków ubezpieczeniowych. A zatem przyczyną kryzysu finansowego była dość lekkomyślna polityka amerykańskiego rządu, który właściwie zachęcał do nabywania nieruchomości z ich prawami własności. Niskie oprocentowanie było zachęcające a podmioty udzielające pożyczek hipotecznych (np. *mortgage brokers*) chętnie świadczyły usługi, stosując własne instrumentarium jako zabezpieczenie¹. Skutkiem takich poczynań były produkty tworzone w celu sekurytyzacji pożyczek (*products for securitizing mortgages*), których ryzyko kredytowe nie było równe dla pożyczkodawców i pożyczkobiorców, obciążało w zasadzie inwestorów. Produkty te (obligacje) uznawane były za bezpieczne z wysoką AAA notą ratingową i szeroko nabywane, ponieważ zwrot z nich był znacznie wyższy niż innych produktów sekurytyzowanych z oceną ratingową AAA². Pożyczki hipoteczne

1. Por. J. Hull, *Risk Management and Financial Institutions*, Pearson Education Inc., International Edison, 2010, ss. 348-349.
2. *Ibidem*.

charakteryzowały się niskim *teaser rate* na dwa do trzech lat, po tym okresie stopa procentowa znacząco wzrastała stając się obciążeniem dla pożyczkobiorców. W efekcie wystąpiła, na szeroką skalę, niezdolność do spłaty rat kapitałowych i wysokich odsetek, co doprowadziło do narastającej niewypłacalności i zbywania nieruchomości, których ceny w 2007 roku zaczęły spadać (po wzrostach w latach 2000-2006)³. W 2007 roku spekulacyjne poczynania na transakcjach bankowych (w tym pożyczkach hipotecznych i instrumentach je zabezpieczających) stały się nie do opanowania rozprzestrzeniając się poza granice Stanów Zjednoczonych

Począwszy od 2007 roku rozpoczęła się fala dokapitalizowań, niewypłacalności, upadłości instytucji zintegrowanego systemu finansowego⁴. Kryzysowa sytuacja rozwijała się i narastała z kolejnymi miesiącami w 2008 roku i początkowymi kwartałami w 2009 roku w Stanach Zjednoczonych i w różnym natężeniu w krajach europejskich. Już w 2007 roku spowolnienie gospodarki z powodu kryzysu było odczuwalne w Stanach Zjednoczonych, Japonii oraz krajach Europy Zachodniej, choć w mniejszym zakresie⁵. Można stwierdzić, że w latach 2008-2009 miało miejsce pogłębienie światowego kryzysu gospodarczego⁶. Znamiona kryzysu stały się szczególnie wyraźne w 2009 roku (zwłaszcza w jego pierwszych kwartałach) kiedy to liczne gospodarki narodowe popadły w stan recesji. Aby tę sytuację przezwyciężyć wdrażano instrumentarium ekonomiczne, prawne, a nawet społeczne.

Instytucje zglobalizowanego systemu finansowego, w tym także instytucje sektora ubezpieczeń, nie były w stanie udźwignąć skutków ryzyka kryzysu finansowego. Podaje się, że w Europie miała miejsce zmiana strategii inwestycyjnej ubezpieczycieli w zakresie lepszego szacowania ryzyka, po skutkach finansowych tragicznych wydarzeń z 2001⁷, po to by w przyszłości przygotować się na ewentualne pojawienie się ryzyka globalnego. Zmiana dotyczyła także roli podmiotów odpowiedzialnych za zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie, zwłaszcza *chief of risk officer*⁸ (CRO)⁹. Na koniec pierwszego kwartału 2008 roku International Monetary Fund szacował straty z tytułu kryzysu na około 945 mld USD, z czego aż 12 proc. (105-130 mld) wygenerowane przez ubezpieczycieli (głównie w Stanach Zjednoczonych)¹⁰. Według Standard & Poor's straty europejskich ubezpieczycieli szacowane po pierwszym półroczu 2008 roku osiągnęły wartość 7 mld USD¹¹. Uważa się, że ubezpieczenia w Europie były w mocnej pozycji star-

3. *Ibidem*.

4. Por. S. Bożek, *Tendencje rozwojowe europejskich ubezpieczycieli*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Prace Naukowe Nr 105, Wrocław 2010, s. 30.

5. *Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 36, CEA 2008, s. 21. (pdf)

6. *Annual Report 2008-2009*, CEA 2009, s. 9. (pdf)

7. *Ibidem*.

8. Przyjmuje się, że podmiot ten odpowiedzialny za korporacyjne zarządzanie ryzykiem został po raz pierwszy powołany przez oddział General Electric w 1993 roku – Por. H. Skipper, W. Kwon, *Risk Management and Insurance. Perspectives in a Global Economy*, Blackwell Publishing 2007, s. 289.

9. Por. M. Power, *Organizational Responses to Risk: the Risk of the Chief Risk Officer*, [w:] *Organizational Encounters with Risk*, B. Hutter, M. Power (ed.), Cambridge University Press 2005, ss. 136-137.

10. *Annual Report 2008-2009 ... op. cit.*

11. *Ibidem*.

towej w obliczu kryzysu (w porównaniu choćby do banków), głównie dlatego, że przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe nie były w dużym stopniu narażone na oddziaływanie ryzyka kredytowego oraz jego bezpośrednie skutki przejawiające się załamaniem transakcji kredytowych i pożyczkowych¹². Jednak działalność inwestycyjna ubezpieczycieli, należących do ważniejszych inwestorów instytucjonalnych¹³, była i jest narażona na negatywne skutki kryzysu, szczególnie w zakresie polityki alokacyjnej. Uważa się, że polityka inwestycyjna ubezpieczycieli musi być zrównoważona i bezpieczna, ponieważ nadrzędnym celem inwestowania w aktywa jest równoczesna zdolność do zabezpieczania zobowiązań względem właścicieli umów ubezpieczenia¹⁴. W związku z powyższym ubezpieczyciele koncentrują się na inwestowaniu w przedsięwzięcia (instrumenty, produkty), których *cash flow* jak też profil ryzyka jest klarownie opisany i skorelowany z poziomem zobowiązań, regulowanych w ramach rezerw techniczno-ubezpieczeniowych¹⁵. Takie postępowanie wynikające z podstawowego charakteru i celu ubezpieczeń czyni przemysł ubezpieczeniowy stosunkowo (w porównaniu z innymi segmentami usług finansowych) mniej podatny na zmienne i niepewne zachowania rynków finansowych. W dobie wychodzenia z kryzysu, jak wynika z obserwacji¹⁶, ubezpieczyciele sformułowali spostrzeżenia ze skutków kryzysu finansowego i odczuwają potrzebę podjęcia działań skierowanych na głębszą ochronę i poprawę ich aktywności. Ubezpieczyciele specjalizujący się w ubezpieczeniach majątkowych w zasadzie nie ponieśli większych strat, w przeciwieństwie do prowadzących działalność w obszarze ubezpieczeń na życie. W ubezpieczeniach na życie skutki kryzysu wpłynęły przede wszystkim na osłabienie efektywności działalności inwestycyjnej oraz zmianę tendencji produktywnej w kierunku produktów tradycyjnych¹⁷. Wobec powyższego podstawowym celem opracowania jest charakterystyka aktywności inwestycyjnej i jej zmian europejskich ubezpieczycieli w czasie kryzysu finansowego.

1. Ryzyko kryzysu finansowego a ubezpieczenia

W dobie kryzysu instytucje międzynarodowe zaangażowane są w konstruowanie oraz wdrażanie procedur i inicjatyw jego rozpoznania, minimalizacji i ograniczania. Do jednych z takich inicjatyw należy zaliczyć aktywność CEA na polu International Accounting Standards Broad¹⁸ (Rada Międzynarodowych Standardów Rachunkowości, IASB), która w październiku 2008 roku zaowocowała przedstawieniem IASB sytuacji sektora ubezpieczeń w dobie kryzysu. Efektem było ustanowienie przez IASB oraz the US Financial Accounting Standards Board (FASB) instytucji pod nazwą Financial Crisis Advisory

12. Por. *Ibidem*.

13. Por. *Annual Report 2008-2009 ... op. cit.* s. 9 oraz S. Bożek-Węglarz, *Inwestycyjna działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005, s. 14.

14. *Annual Report 2008-2009 ... op. cit.* s. 9

15. Por. *Ibidem*.

16. *Lessons from Change. Regaining Balance in the Insurance Industry*, Ernst & Young's 2009, s. 5. (pdf)

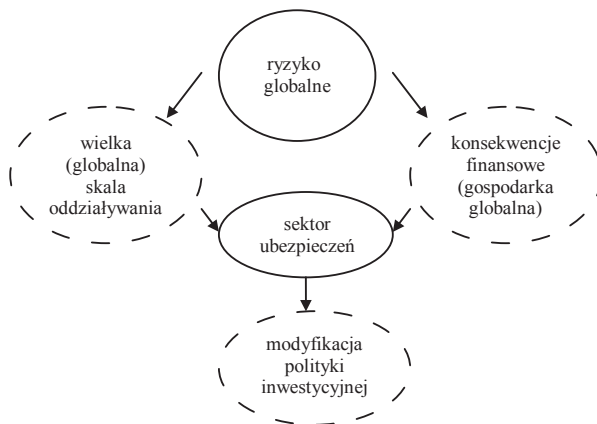
17. *Ibidem*. s. 5

18. Rada powstała w 2001 r. w wyniku przekształcenia Komitetu Międzynarodowych Standardów Rachunkowości (International Accounting Standards Committee – IASC).

Group (FCAG), która identyfikowała zmiany zasad funkcjonowania organizacji w obliczu kryzysu. W kwietniu 2009 roku CEA weszła w kontakt z FCAG tworząc wskazówki wspierające europejskich ubezpieczycieli w zakresie różnych sposobów i wariantów pomiaru instrumentów finansowych¹⁹.

Funkcjonowanie przedsiębiorstw, także przedsiębiorstw ubezpieczeniowych jest stale narażone na występowanie ryzyka. Ryzyko w ubezpieczeniach jest szeroko opisane w literaturze przedmiotu²⁰. Zakres możliwych zagrożeń nie jest zamknięty, ponieważ pojawiają się nowe, niekiedy wymuszające zmianę przyjętych i utrwalonych paradygmatów.

Rys. 1. Wpływ ryzyka globalnego na przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe oraz ich aktywność inwestycyjną



Źródło: opracowanie własne.

Atak terrorystyczny z 2001 roku spowodował, że pojawił się nowy rodzaj ryzyka o wymiarze katastroficznym (choć nie w klasycznym rozumieniu tego ryzyka) o wielkiej skali oddziaływania i co najważniejsze skutkach oddziaływania o charakterze finansowym na skalę globalną. Ryzyko kryzysu finansowego ujawnionego na dużą skalę już w 2007 roku zaliczyć można do tego samego typu ryzyka co ryzyko ataku terrorystycznego z 2001 roku, ponieważ jest to ryzyko wielkiej skali oddziaływania, czyli globalne, a przede wszystkim wpływa na funkcjonowanie gospodarki światowej²¹.

19. *Annual Report 2008-2009 ... op. cit.*, s. 11.

20. Por. W. Ronka-Chmielowiec., *Ryzyko jako przedmiot ubezpieczenia*, [w:] *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002, ss. 133-138; T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń – mechanizmy i funkcje*, J. Monkiewicz (red.), t. I, Poltext, Warszawa 2000, ss. 33-39; *Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny*, T. Michalski (red.), A. Karmańska, A. Śliwiński, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004., ss. 56-64; A. Śliwiński, *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, ss. 20-29.

21. Por. A. Saunders, M. Millon Cornett, *Financial Institutions Management: A Risk Management Approach*, Fourth Edition, MCGRAW-HILL IRWIN 2008, s. 75 i nast.; S. Bożek, *Funkcjonowanie*

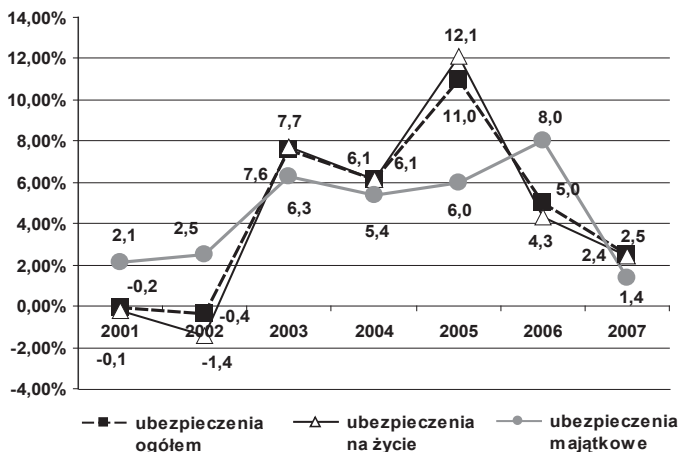
Oczywiście charakter obu rodzajów ryzyka jest różny, jednak łączy je po pierwsze skala zjawiska, po drugie finansowe konsekwencje dla gospodarki światowej, także przemysłu ubezpieczeniowego, w tym jego aktywności inwestycyjnej. Ryzyko kryzysu finansowego jest ryzykiem globalnym. Na przykład ryzyko globalne w ubezpieczeniach wyraża się zmniejszonym poziomem aktywności inwestycyjnej oraz przemodelowaniem struktury portfeli ubezpieczycieli w latach 2001-2002 w porównaniu do okresów późniejszych na skutek zaistnienia zdarzeń terrorystycznych²².

2. Aktywność inwestycyjna europejskich ubezpieczycieli

Kryzys finansowy poważnie wpłynął na gospodarkę w Europie od jesieni 2007 roku, zgodnie z danymi Eurostatu, po wzroście o 0,7 proc. w 2008 r., realny produkt krajowy brutto (PKB) w Europie zmniejszył się o około 4 proc. w 2009 roku²³. Dla inwestorów instytucjonalnych jakimi są przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe spadki notowań akcji wyraźne na rynkach giełdowych w 2008 roku miały istotny wpływ na konstrukcję portfeli. Inwestycje ubezpieczycieli z europejskich rynków ubezpieczeniowych w 2008 roku zmniejszyły się do 6 800 mld euro²⁴, podczas gdy w 2007 roku wyniosły 7 284 mld euro²⁵ (wartość rynkowa). W 2007 roku odnotowano wzrost inwestycji ogółem (realny) dla krajów Europy (członków CEA) zaledwie o 2,3 pkt. proc. w stosunku do 2006 roku, w którym odnotowano wzrost o 4,8 pkt. proc. Dynamika wzrostowa w obu tych okresach jest znacznie niższa niż w 2005 roku (realny wzrost o 10,5 pkt. proc. względem poprzedniego roku). Zatem w 2008 roku zagregowany portfel inwestycji ubezpieczycieli europejskich odnotował dynamikę spadkową (o 4 pkt. proc.),²⁶ co można porównać z sytuacją kryzysową w latach 2001-2002. W latach 2005-2007 dynamika wzrostowa inwestycji ogółem europejskich ubezpieczycieli systematycznie się zmniejszała, po czym dalej przeszła w spadkową w 2008 roku. Podkreśla się, że już w 2007 roku, zwłaszcza jego drugiej połowie niski realny wzrost był spowodowany rysującą się trudną sytuacją na rynkach giełdowych na skutek ujawniającego się kryzysu finansowego²⁷.

przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w warunkach ryzyka. Standaryzacja zarządzania ryzykiem. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2010, s. 19 i nast.

22. S. Bożek-Węglarz, *Parametry oceny działalności inwestycyjnej przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, [w:] E. Kucka (red.), Zakład Poligraficzny Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2008, s. 88 i nast.
23. *European Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 42, CEA 2010, s. 25. (pdf)
24. Co znajduje też odzwierciedlenie w bieżącym kursie walutowym (*current exchange rates*), który zmniejszył się o ok. 6 proc., podczas gdy stała stopa (*constant exchange rates*) jedynie 2 proc.; Por. *Annual Report 2008-2009... op. cit.*, s. 8.
25. *European Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 36... *op. cit.*, s. 20.
26. *Annual Report 2008-2009... op. cit.*, s. 8.
27. Por. *European Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 36... *op. cit.*, s. 20.

Wykres.1. Realna zmiana¹ lokat ogółem w ubezpieczeniach w krajach UE w latach 2001-2007 (w %)

¹ – rok 2000 (nie ujęty na rys.) dla dynamiki skorygowanej inflacją = 100%

Źródło: *European Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 36, CEA 2008 (xls) oraz opracowanie na tej podstawie.

Wykres 1 prezentuje realne zmiany poziomu lokat ubezpieczycieli europejskich, na skutek zaistnienia ryzyka globalnego, manifestującego się obniżeniem aktywności inwestycyjnej ubezpieczycieli w latach 2001-2002 (po ataku terrorystycznym) oraz w 2007 roku (na który przypada początek kryzysu finansowego). Pierwsze obniżenie aktywności inwestycyjnej ubezpieczycieli, które miało miejsce w Europie w latach 2001-2002 najmocniej dotknęło sektor ubezpieczeń na życie, ponieważ głównie on przyjął na siebie skutki finansowe z okresu „post WTC”. Natomiast drugie obniżenie poziomu lokat (w analizowanym okresie), rozpoczęte w 2007 roku, choć nie dynamiką spadkową jak w przypadku z 2001 roku (spadek o 0,4 pkt. proc.) ale niską wzrostową (wzrost o 2,5 pkt. proc.), zaobserwowano zwłaszcza w ubezpieczeniach majątkowych. Z powodu braku szczegółowych danych statystycznych z lat 2008-2009 (w tej konkretnej materii), a zwłaszcza z 2009 roku, trudno jednoznacznie ocenić czy podtrzymane było obniżenie aktywności inwestycyjnej w ubezpieczeniach majątkowych, jak też czy inwestycje w ubezpieczeniach na życie również w znacznym stopniu odczuły skutki kryzysu na rynkach finansowych, czego domniemanie istnieje. Tym niemniej generalnie można stwierdzić, że aktywność inwestycyjna na europejskich rynkach ubezpieczeniowych zaczęła się zmieniać pod koniec marca 2009 roku po wyraźnym „odbiciu” na rynkach finansowych. Szacuje się, że zagregowany portfel inwestycyjny ubezpieczycieli ogółem w Europie odrobił straty na poziomie od 6 500 mld euro w 2008 roku do 6 800 mld euro w 2009 roku. Sytuacja ta przekłada się na wzrost inwestycji europejskich ubezpieczycieli o ponad 5 pkt. proc. w porównaniu do odnotowanego spadku o 8 pkt. proc. w 2008 roku²⁸.

28. *Annual Report 2009-2010*, CEA 2010, s. 9. (pdf)

Tab.1. Portfel lokat przedsiębiorstw ubezpieczeniowych ogółem w Unii Europejskiej w latach 2007-2008 (w proc.)

Kategorie lokat	2007	2008
	w proc.	
1. Nieruchomości	4,0	3,9
2. Lokaty w jednostkach powiązanych	4,3	4,8
3. Akcje i inne papiery wartościowe o zmiennej kwocie dochodu	34,5	26,9
4. Papiery wartościowe o stałej kwocie dochodu	34,1	39,5
5. Pożyczki, w tym hipoteczne	15,4	17,1
6. Lokaty terminowe w instytucjach kredytowych	2,5	3,2
7. Pozostałe lokaty	5,0	4,7

Źródło: *European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 37, CEA 2009 (xls), European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 40, CEA 2010 (xls)* oraz opracowanie na tej podstawie.

Generalnie na skalę aktywności inwestycyjnej europejskich ubezpieczycieli wpływa przede wszystkim aktywność w ubezpieczeniach na życie, bowiem udział ubezpieczeń na życie w 2008 roku wyniósł ponad 80 proc. przemysłu ubezpieczeniowego ogółem²⁹. W strukturze portfela ubezpieczycieli europejskich w 2008 roku przeważają dłużne papiery wartościowe i inne o stałej stopie dochodu, przed akcjami i innymi instrumentami o zmiennej stopie dochodu³⁰.

W zasadzie przyjmuje się, że po pierwszym znaczącym kryzysie finansowym, który wystąpił po 2001 roku (choć o innej genezie niż ten zapoczątkowany w drugiej połowie 2007 roku) w portfelu lokat europejskich ubezpieczycieli nastąpiły zmiany w kierunku zmniejszenia znaczenia akcji i innych instrumentów o zmiennej stopie dochodu na rzecz (korzyść) dłużnych papierów wartościowych i innych o stałej stopie dochodu. Podaje się, że już od 2002 r. udział akcji w zagregowanym portfelu ubezpieczycieli europejskich ogółem wzrósł z poziomu 26,5 proc. do poziomu nieco ponad 34 proc., stając się dominującą lokatą portfela europejskich ubezpieczycieli³¹. Jednak tendencja ta po raz drugi (po 2001 roku) uległa odwróceniu na skutek globalnego kryzysu finansowego (ujawnionego w drugiej połowie 2007 roku w Stanach Zjednoczonych) doprowadzając ponownie do zmniejszenia udziału akcji i innych instrumentów o zmiennej stopie dochodu w portfelu ubezpieczycieli europejskich do poziomu ponad 26 proc. w 2008 roku³².

Zmienna sytuacja w strukturze portfeli europejskich ubezpieczycieli jest reakcją na wydarzenia kryzysowe, które w minionej dekadzie miały dwukrotnie miejsce. W sytuacji niestabilności rynków finansowych w obliczu realizacji ryzyka globalnego (atak terrory-

29. Por. *Annual Report 2008-2009... op. cit., s. 8.*

30. *Ibidem.*

31. *European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 42 ... op. cit. s. 26.*

32. Por. *Ibidem.*

styczny, globalny kryzys finansowy) następuje wręcz na zasadzie łańcucha przyczynowo skutkowego zmniejszenie zaangażowania inwestycyjnego inwestorów (instytucjonalnych, indywidualnych), także przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w instrumenty najbardziej ryzykowne na rzecz tych, które są bardziej bezpieczne, w efekcie podnoszących poziom dywersyfikacji ryzyka portfeli. Z zestawienia struktury portfeli europejskich ubezpieczycieli (Tab. 1) prowadzących aktywność inwestycyjną w warunkach kryzysu finansowego wynika także przesunięcie potencjału inwestycyjnego w lokaty stosunkowo bezpieczne (w okresie kryzysu) jakimi są lokaty terminowe w instytucjach finansowych.

Tab. 2. Udział lokat ubezpieczycieli majątkowych oraz na życie w odniesieniu do lokat ogółem krajów członków CEA²

Kraj	Lokaty			
	Ubezpieczenia majątkowe	Ubezpieczenia na życie	Ubezpieczenia majątkowe	Ubezpieczenia na życie
	2007		2008	
	w procentach			
Niemcy	43,1	11,6	41,3	13,4
Francja	13,7	22,3	14,3	24,3
Wielka Brytania	10,2	31,2	9,3	27,1
Szwajcaria	6,5	3,2	7,6	3,3
Włochy	5,9	6,6	6,6	7,0
Szwecja	3,8	3,9	4,0	3,9
Holandia	2,8	4,8	3,4	5,3
Belgia	2,3	2,9	2,6	3,3
Austria	1,5	0,9	2,0	1,0
Norwegia	1,6	1,6	1,9	1,7
Dania	1,4	3,0	1,5	3,7
Polska	0,8	0,3	1,1	0,5
Finlandia	0,8	1,7	0,9	1,7
Irlandia	0,8	1,4	0,8	1,2
Portugalia	0,5	0,7	0,7	0,8
Turcja	0,3	0,1	0,4	0,1
Czechy	0,2	0,1	0,3	0,2
Luksemburg	0,2	1,0	0,3	1,1
Grecja	0,2	0,1	0,3	0,2
Słowenia	0,1	0,1	0,1	0,1
Słowacja	0,1	0,0	0,1	0,0
Chorwacja	0,1	0,0	0,1	0,0
Malta	0,1	-	0,1	-
Islandia	0,1	-	0,0	-
Hiszpania	2,6	2,2	-	-
CEA	100	100	100	100

² – dla krajów o dostępnych danych oraz których udział w CEA przynajmniej przyjmuje wartość 0,1 proc. dla Działu I i Działu II.

Źródło: *European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 40, CEA 2010. (xls)*

Największymi rynkami dla europejskich inwestycji ubezpieczeniowych w obszarze ubezpieczeń na życie są Wielka Brytania, Francja i Niemcy, co stanowi 65 proc. całego zagregowanego portfela lokat europejskich ubezpieczycieli prowadzących ubezpieczenia na życie³³. Rynkiem dominującym w inwestowaniu w ubezpieczeniach na życie jest Wielka Brytania. Natomiast w ubezpieczeniach majątkowych Wielka Brytania plasuje się dopiero na trzeciej pozycji po rynku niemieckim, który właściwie pełni rolę lidera w aktywności inwestycyjnej w tym obszarze ubezpieczeń, oraz francuskim. Pozostałe rynki, w których aktywność inwestycyjna na tle Europy (tu CEA) jest warta odnotowania to w ubezpieczeniach na życie: Włochy, Holandia, Szwecja, Dania, zaś w ubezpieczeniach majątkowych: Szwajcaria, Włochy, Szwecja, Holandia.

Można sformułować opinię, że kryzys finansowy przyczynił się, w określonym zakresie pozytywnie do otworzenia się ubezpieczycieli na nowe możliwości, przy czym wyraźnie uwrażliwił na nowe lub niedostatecznie identyfikowane wcześniej zagrożenia. Swoistą nauką wyniesioną z ryzyka kryzysu finansowego jest także zwiększona rozważa w planowaniu inwestycji na rynkach finansowych, zwłaszcza w obszarze ubezpieczeń na życie (które szczególnie dotkliwie odczuły wahania i spadki na rynkach finansowych)³⁴. W efekcie produkty ubezpieczeniowe bardziej zależne od sytuacji finansowej ubezpieczyciela i wahań na rynkach finansowych (głównie z opcją inwestycyjną) zostały okresowo zredukowane i zastąpione tymi, które dawały większe bezpieczeństwo dla kondycji finansowej ubezpieczyciela oraz odbiorcy usługi ubezpieczeniowej, choćby ten ostatni został pozbawiony dodatkowych korzyści wynikających z tak zwanych agresywniejszych produktów ubezpieczeniowych³⁵.

Podsumowanie

Skutki ryzyka globalnego jakim jest ryzyko kryzysu finansowego ujawnionego na dużą skalę w 2007 roku spowodowały zmiany w gospodarce światowej. Dysfunkcje w aktywności poszczególnych instytucji oraz mechanizmów systemu finansowego Stanów Zjednoczonych (ale też niektórych krajów Europy) przeszły w 2007 roku w fazę finalną, ponieważ ujawniły się już znacznie wcześniej. Kolejne lata, łącznie z pierwszymi kwartałami 2009 roku to umocnienie kryzysu i deregulacja systemu finansowego w skali globalnej, odczuwanego z różnym natężeniem przez poszczególne gospodarki narodowe. Instytucje tworzące strukturalnie zręby systemu finansowego w skali globalnej w zróżnicowanym stopniu przyjęły i odpowiedziały na ryzyko wystąpienia kryzysu. Wydaje się, że instytucje sektora ubezpieczeniowego uczestniczące w tej strukturze były nieźle przygotowane na adaptację tego ryzyka, w porównaniu do innych instytucji tworzących system globalny. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone, w pewnym stopniu wręcz trudne do jednoznacznej identyfikacji. Wydaje się jednak, że poza uwarunkowaniami wynikającymi z samej natury mechanizmów ochrony ubezpieczeniowej (mniej wrażliwej na spekulatywny charakter transakcji finansowych, w porównaniu choćby do instytucji sektora bankowego) nie bez znaczenia są tu doświadczenia wynie-

33. *European Insurance in Figures*, CEA Statistics Nr 42 ... *op. cit.* s. 25.

34. S. Bożek, *Funkcjonowanie przedsiębiorstw ubezpieczeniowych ... op. cit.*, s. 75.

35. Por. *Ibidem*.

sione przez przemysł ubezpieczeniowy z realizacji ryzyka ataku terrorystycznego z 2001 roku. Otóż, realizacja tego ryzyka na trwałe zmodyfikowała politykę inwestycyjną europejskich ubezpieczycieli, a także w ogóle podejście do metod zarządzania ryzykiem³⁶. Warto z ryzyka, które wystąpiło (na skalę globalną), wyciągać wnioski by nie dopuścić do powstania nowych zagrożeń tej skali, a przynajmniej we właściwym momencie je zminimalizować. Uznaje się, że pomimo wysiłków ryzyka nie były właściwie identyfikowane i obsługiwane w określonym czasie co doprowadziło do prawie kompletnego załamania zglobalizowanych systemów finansowych³⁷.

Wykaz źródeł:

Annual Report 2008-2009, CEA 2009. (pdf)

Annual Report 2009-2010, CEA 2010. (pdf)

Bożek-Węglarz S., *Inwestycyjna działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005.

Bożek-Węglarz S., *Risk management process – allocate an appropriate method by means of using a risk management matrix*, [w:] *The insurance of catastrophic risk in the European Union and the global changes*. I. Jędrzejczyk, S. Bożek-Węglarz (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2007.

Bożek-Węglarz S., *Parametry oceny działalności inwestycyjnej przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, E. Kucka (red.), Zakład Poligraficzny Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2008.

Bożek S., *Funkcjonowanie przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w warunkach ryzyka. Standardyzacja zarządzania ryzykiem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2010.

Bożek S., *Tendencje rozwojowe europejskich ubezpieczycieli*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Prace Naukowe Nr 105, Wrocław 2010.

European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 36 , CEA 2008. (pdf)

European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 42, CEA 2010. (pdf)

European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 37, CEA 2009. (xls)

European Insurance in Figures, CEA Statistics Nr 40 , CEA 2010. (xls)

Hull J., *Risk Management and Financial Institutions*, Pearson Education Inc., International Edison, 2010.

Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń – mechanizmy i funkcje*, J. Monkiewicz (red.), t. I, Poltext, Warszawa 2000.

Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny, T. Michalski (red.), A. Karmańska, A. Śliwiński, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004.

36. Por. S. Bożek-Węglarz, *Risk management process – allocate an appropriate method by means of using a risk management matrix*, [w:] *The insurance of catastrophic risk in the European Union and the global changes*. I. Jędrzejczyk, S. Bożek-Węglarz (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2007, s. 111 i nast.

37. D. A. Lane, M. Down, *The Art of Managing for the Future: Leadership of Turbulence*, „Management Decision” Vol. 48: 2010, nr 4, s. 522.

Lane D. A., Down M., *The Art of Managing for the Future: Leadership of Turbulence*, „Management Decision” Vol. 48: 2010, nr 4.

Lessons from Change. Regaining Balance in the Insurance Industry, Ernst & Young’s 2009, s. 5. (pdf)

Power M., *Organizational Responses to Risk: the Risk of the Chief Risk Officer*, [w:] *Organizational Encounters with Risk*, B. Hutter, M. Power (ed.), Cambridge University Press 2005.

Ronka-Chmielwiec W., *Ryzyko jako przedmiot ubezpieczenia*, [w:] *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, W. W. Ronka-Chmielwiec (red.), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.

Saunders A., Millon Cornett M., *Financial Institutions Management: A Risk Management Approach*, Fourth Edition, MCGRAW-HILL IRWIN 2008.

Skipper H., Kwon W., *Risk Management and Insurance. Perspectives in a Global Economy*, Blackwell Publishing 2007.

Śliwiński A., *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002.

Investment activity of European insurers and the global financial crisis – Summary

The purpose of the study is to present investment activity of European insurers in the context of the global risk materialisation. The financial crisis risk is classified as a part of the global risk. The years 2008-2009 saw the deepening of the financial crisis on a global scale, also for the insurance industry. It is stressed that European insurers had a relatively good starting position at the time of the crisis. However, it is believed that investment policy has been modified as result of the risk materialisation.

Dr SYLWIA BOŻEK jest adiunktem w Katedrze Rynku Ubezpieczeniowego Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.

Recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Jędrzejczyk, prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec.

MARZANNA LAMENT

Wybrane aspekty wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji dla potrzeb bilansowych oraz oceny wypłacalności

Wycena aktywów i pasywów pozwala uzyskać obraz sytuacji finansowej jednostki gospodarczej. Aby jednak obraz ten był wiarygodny wycena ta powinna opierać się na określonych zasadach. W odniesieniu do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji zagadnienie to jest regulowane nie tylko w przepisach prawa bilansowego, ale także w regulacjach dotyczących oceny wypłacalności. Niestety prace nad Wypłacalnością II wskazują, że nie będzie zgodności zasad wyceny aktywów i pasywów według prawa bilansowego i według regulacji wypłacalnościowych, pomimo zapisu, aby wycena dla celów nadzorczych w możliwie największym stopniu była zgodna z międzynarodowymi regulacjami w dziedzinie rachunkowości, by ograniczyć obciążenia administracyjne dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Wycena dokonywana na potrzeby prawa bilansowego opiera się na wartości godziwej lub koszcie historycznym, zaś wycena przeprowadzana na potrzeby oceny wypłacalności w ramach Wypłacalności II opierać się będzie na wartości ekonomicznej. Występujące rozbieżności w regulacjach prawnych, a także specyfika wyceny, jako procesu wartościowania stanowią istotny problem dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Wprowadzenie

Wycena należy do najbardziej złożonych i skomplikowanych zagadnień w systemie rachunkowości, jednocześnie posiada bardzo duże znaczenie, gdyż odnosi się do każdej pozycji aktywów i pasywów, a także wpływa na poprawność ustalenia wyniku finansowego.

Poprawna i wiarygodna wycena to zatem podstawowy cel informacyjny rachunkowości, niestety bardzo złożony i niejednoznaczny, który aby był wiarygodny powinien posiadać określone cechy jakościowe.

Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji oprócz wyceny dokonywanej na moment sporządzania sprawozdania finansowego, czyli zgodnie z prawem bilansowym, doko-

nują także wyceny dla potrzeb oceny wypłacalności. Aktualnie w Polsce w ramach *Wypłacalności I* zasady wyceny dla tych dwóch potrzeb są w zasadzie spójne. Sytuacja ta diametralnie ulegnie zmianie wraz z implementacją przez nasz kraj dyrektywy *Wypłacalność II (Solvency II)*¹. Zgodnie z dyrektywą *Wypłacalność II*, podstawową kategorią i celem wyceny jest wartość ekonomiczna, oparta na ryzyku ekonomicznym. Ma to zwiększyć wiarygodność wyceny, a także doprowadzić do bardziej precyzyjnej oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Niestety pomiędzy tymi rozwiązaniami występują rozbieżności, co dodatkowo utrudnia proces wyceny.

Celem opracowania jest przedstawienie znaczenia i złożoności procesu wyceny w systemie rachunkowości, wskazanie na cechy jakościowe, które powinny posiadać informacje uzyskiwane w procesie wyceny, a także zaprezentowanie specyfiki wyceny aktywów i pasywów, występującej w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji, stanowiących przedmiot uregulowań w ich polityce rachunkowości, w szczególności dokonywanej na potrzeby sporządzenia sprawozdania finansowego oraz na potrzeby oceny wypłacalności.

W opracowaniu zastosowano metodę analizy opisowej i porównawczej.

1. Wycena w prawie bilansowym

Wycena to proces określania wartości przedmiotu, czyli jego pomiar. Jest to proces bez którego rachunkowość nie mogłaby funkcjonować, a jednocześnie stanowi jedną z najbardziej skomplikowanych jej dziedzin.

Wg W. Gosa pomiar jest sednem rachunkowości i bez ustalenia tego, co jest mierzone i jak jest mierzone nie jest możliwe właściwe zrozumienie rachunkowości². Natomiast wg E. Nowaka wycena jest zabiegiem rachunkowym, którego celem jest ustalenie wartości poszczególnych składników aktywów i pasywów w bilansie,³ co w zasadzie odpowiada definicji wyceny ujętej w MSSF – proces zmierzający do ustalenia kwot pieniężnych, w jakich składniki sprawozdania finansowego mogą zostać ujęte i wykazanie w bilansie oraz w rachunku zysków i strat⁴.

Wycena jest zatem procesem wartościowania, przypisywania wartości obiektom, przedmiotom, ale także procesom i zdarzeniom w związku z koniecznością (obowiązkiem) ich zaprezentowania w sprawozdaniu finansowym. Powinna ona uwzględniać zmiany, które zaszły w czasie posiadania danego składnika przez jednostkę. Można, zatem wyróżnić dwa podstawowe rodzaje wyceny:

- wstępną – występującą kiedy składnik ujmowany jest w księgach rachunkowych po raz pierwszy, głównie na podstawie dokumentów zewnętrznych,

1. 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. U. UE z dnia 17 grudnia 2009 L/335).
2. W. Gos, *Vademecum samodzielnego księgowego*, Polska Akademia Rachunkowości, Warszawa 2005, s. 100.
3. E. Nowak, *Rachunkowość, PWE*, Warszawa 2008, s. 51.
4. *Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF) 2007*, IASB, Londyn 2007, tom I, s. 1767.

- bilansową – dokonywaną na dzień bilansowy (na koniec okresu sprawozdawczego), w związku z zamykaniem ksiąg rachunkowych i koniecznością weryfikacji posiadanych składników aktywów i pasywów i ujęciem ich w realnej (rzeczywistej) wartości.

Zarówno wycena wstępna, jak i bilansowa, powinny uwzględniać aktualną (rzeczywistą) wartość przedmiotu wyceny. Niestety nie jest to zadaniem łatwym ze względu na samą specyfikę pomiaru oraz różnorodność interpretacji przepisów prawnych.

Uzyskanie zatem wiarygodnego obrazu jednostki gospodarczej, prezentowanego w sprawozdaniu finansowym jest podstawowym celem rachunkowości, który można osiągnąć przez odpowiednie rozwiązania systemowe. Jednym z takich rozwiązań jest wycena. Określenie kategorii wyceny oraz jej zasad powinno skutkować uzyskaniem wiarygodnych informacji ekonomicznych, opisujących sytuację finansową jednostki.

Należy jednak zwrócić uwagę na ryzyko towarzyszące procesowi wyceny wynikające z zastosowania parametrów subiektywnych dotyczących:

- określenia pojęcia wartości – złożoność elementów kształtujących pojęcie wartości,
- metod wyceny – koszt historyczny, wartość godziwa,
- kategorii wyceny (pomiaru) – zastosowanie konkretnych kategorii wyceny, często bazujących na danych szacunkowych.

Wartość jest pojęciem wieloznacznym, niejednakowo definiowanym przez różne dziedziny nauki. „Nowy słownik języka polskiego PWN” określa wartość jako to, ile coś jest warte pod względem materialnym, cecha jakiejś rzeczy dająca się wyrazić równoważnikiem pieniężnym lub innym środkiem płatniczym, cena, a także cecha lub zespół cech właściwych danej osobie lub rzeczy, stanowiących o jej walorach (np moralnych, artystycznych), cennych dla ludzi, mogących zaspokoić jakieś ich potrzeby, ważność, znaczenie czegoś⁵.

Dla potrzeb rachunkowości pomiarowi podlegają wartości użytkowe przedmiotów, rzeczy, które przedstawiają dla jednostki gospodarczej ekonomiczną użyteczność i które można wyróżnić równoważnikiem pieniężnym. Proces nadawania wartości musi uwzględniać takie elementy jak: czas, korzyści ekonomiczne, poniesione nakłady, stopień zużycia, przyszłe przepływy pieniężne, bieżącą wartość.

Ilość wymienionych elementów, a także często bardzo duży udział subiektywizmu w ich ocenie powodują niejednoznaczność w procesie nadawania wartości. Problemu tego nie rozwiązuje również wycena wg wartości godziwej,⁶ tj. kwoty za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązаныmi ze sobą stronami⁷.

5. *Słownik języka polskiego PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 1110.

6. Innego zdania jest wielu ekonomistów, którzy uważają wprowadzenie wartości godziwej do teorii i praktyki rachunkowości za kamień milowy jej rozwoju, zob. D.N. Chorafas, *Reliable Financial Reporting and Internal Control, A Global Implementation Guide*, John Wiley&Sons Inc., New York 2000, s. 244, D. Derlant, R. Browning, G. Foster, *How Hewlett-Packard Gets Number It Can Trust*, w: *The New Accounting*, Harvard Business Review, Harvard University 1991, ss. 49-52, M. Gawart, *Ryzyko w kontekście polityki rachunkowości przedsiębiorstwa*, w: A. Karmańska (red.), *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa 2008, s. 198.

7. Art. 28 ust. 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jedn. Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz.1223 z późn. zm.) – zwana dalej *ustawą o rachunkowości*.

Zastosowanie wartości godziwej pozwala zachować jednoznaczność wyceny tylko w stosunkowo prostych przypadkach, np. istnienie aktywnego rynku dla danego składnika aktywów. W pozostałych przypadkach wycena wiąże się z dużą niepewnością co do jej trafności, mimo korzystania z usług specjalistów, którzy jak pisze S.T. Surdykowska dostarczają stronom transakcji poczucia bezpieczeństwa wynikającego z przekonania, że zrobili wszystko, co było możliwe, aby wycenę uwiarygodnić⁸.

Oznacza to, zatem, że w im większym stopniu odchodzimy od kosztu historycznego, tym większy jest zakres uznaniowości w wycenie, bowiem brak aktywnego rynku powoduje, że nie można mieć pewności co do trafności dokonywanych wycen, a weryfikacja dokonywanych ekspertyz nie znajduje uzasadnienia ze względu na obowiązującą w rachunkowości zasadę, że koszt uzyskania informacji powinien być niższy od korzyści z jej uzyskania.

Zatem brak aktywnego rynku jest największym problemem wiarygodnej wyceny aktywów i pasywów, wpływającym na konieczność stosowania w procesie wyceny wartości szacunkowych, tj. kategorii subiektywnych uzależnionych od wiedzy i doświadczenia osób wyceniających, co zawsze niesie ryzyko błędnej wyceny, mimo istnienia pewnych wzorców płynących z rynku, dokonywanych ekspertyz, czy metod wyceny.

Wycena jest zatem procesem narażonym na ryzyko ze względu na zakres pojęciowy i złożoność pojęcia, wartość, przyjęcie określonej metody wyceny (np. koszt historyczny, wartość godziwa), zastosowanej kategorii wyceny (pomiaru), która może zniekształcać sytuację finansową ze względu na zastosowane dane szacunkowe.

Jednocześnie należy podkreślić, że wycena posiada w systemie rachunkowości znaczenie fundamentalne. Odnosi się bowiem do każdej pozycji aktywów i pasywów oraz wpływa na wartość wyniku finansowego i poprawność jego ustalenia. Wpływa zatem na wizerunek jednostki prezentowany w sprawozdaniu finansowym i ocenę jej sytuacji finansowej, a tym samym może zwiększać ryzyko błędnych decyzji inwestycyjnych.

2. Cechy jakościowe informacji ekonomicznej

Wycena należy do najbardziej skomplikowanych a zarazem najważniejszych elementów rachunkowości ze względu na dostarczane informacje ekonomiczne, które aby spełniały swoją rolę powinny być rzetelne i wiarygodne, czyli spełniać określone wymagania jakościowe.

Jakość informacji tworzonych przez rachunkowość należy interpretować jako zespół cech stanowiących o zdolności do spełniania wymagań, wynikających z pełnionych przez rachunkowość funkcji. Za najistotniejsze cechy informacji objęte treścią rachunkowości, określające ich prawidłowość (jakość) można uznać:⁹

-
8. S. T. Surdykowska, *Mikroekonomiczne uwarunkowania kryzysu finansowego: reakcje na kryzys 2008-2009, a w ich ramach zakwestionowanie Market-to-Market Accounting*, w: M. Kutera, S. T. Surdykowska, *Kryzysy gospodarcze a wiarygodność sprawozdań finansowych*, Difin, Warszawa 2009, s. 102.
 9. B. Micherda, *Problemy wiarygodności sprawozdania finansowego*, Difin, Warszawa 2006, s. 10 i dalsze.

- realność,
- wartość poznawczą,
- operatywność,
- ekonomiczność.

Wg B. Stefanowicza jakość informacji powinna być główną jej cechą i powinna spełniać następujące cechy cząstkowe:¹⁰

- dokładność,
- aktualność,
- terminowość,
- szczegółowość,
- jednoznaczność,
- zrozumiałość,
- kompletność,
- selektywność,
- istotność – znaczenie użytkowe, waga,
- wiarygodność.

Wg J. Markowskiego jakość informacji to cecha złożona, opisująca uogólniony stopień usatysfakcjonowania ze względu na rozpatrywany obiekt. Składają się na nią następujące cechy cząstkowe:¹¹

- przydatność,
- poprawność,
- użyteczność,
- doznaniowość,
- opłacalność (oszczędność, efektywność).

Cechy jakościowe informacji zostały określone w ramach konceptualnych *Financial Accounting Standards Board (FASB)* i *International Accounting Standards Committee/International Accounting Standards Board (IASC/IASB)*, przy czym zakres preferowanych cech jakościowych różnił się zarówno na przestrzeni lat, jak i w poszczególnych krajach¹².

Warto zaznaczyć, że uregulowania zawarte w ramach konceptualnych zorientowane są na generowanie informacji użytecznej przy podejmowaniu decyzji (*the decision usefulness approach*), co traktowane jest jako nadrzędny cel sprawozdawczości finan-

10. B. Stefanowicz, *Informacyjne systemy zarządzania*, SGH, Warszawa 2007, s. 72 i dalsze.

11. J. Markowski, *Ocena jakości wykonania systemów informatycznych zarządzania*, SGPiS, Warszawa 1984, za: B. Stefanowicz, op.cit., s. 73.

12. Współczesne ramy konceptualne kręgu angloamerykańskiego składają się z ram konceptualnych powstałych w USA, Australii, Kanadzie, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii, RPA, Komitecie MSR (IASC). Można je podzielić na ramy konceptualne pierwszej i drugiej generacji. Obecnie prowadzony jest wspólnie przez IASB i FASB projekt ram regulacyjnych trzeciej generacji, obejmujący osiem podstawowych zagadnień: cele i charakterystyki jakościowe sprawozdań finansowych, elementy sprawozdań finansowych i uznawanie, pomiar, podmiot sprawozdawczy, prezentacje i ujawnienia, cel i statut ram konceptualnych, aplikacja do jednostek nie dla zysku, pozostałe zagadnienia, IASB Work Plan – Projected timetable as at 25 January 2009, www.isab.org.

sowej¹³. Informacje generowane przez sprawozdawczość finansową powinny posiadać określoną użyteczność, tj. określone cechy jakościowe, które zostały określone następująco w poszczególnych uregulowaniach ram konceptualnych:

- ramy konceptualne US FASB (1980) – odpowiedniość/przydatność (*relevance*), wiarygodność/miarodajność (*reliability*), neutralność/bezstronność, porównywalność, ważkość/materialność,¹⁴
- ramy konceptualne IASC/IASB (1989/2001) – zrozumiałość, odpowiedniość/przystawalność/przydatność, ważkość/materialność, wiarygodność, wierność odwzorowania, treść ponad formę, neutralność/bezstronność, rozważa/roztropność (*prudence*), kompletność/zupełność/całościowość, porównywalność, bariery dla odpowiedniej/przydatnej i wiarygodnej informacji, terminowość, równowaga korzyści i kosztów, równowaga cech jakościowych. Jako podstawę ram konceptualnych przyjęto zasadę memoriału oraz kontynuacji działania, a także postulat wiernego i rzetelnego obrazu (*true and fair view*) i postulat rzetelnej prezentacji (*fair presentation*),¹⁵
- kanadyjskie ramy konceptualne (*Financial Statement Concept by the Canadian Institute of Chartered Accountants*, March 1991) – relewancja (przystawalność, odpowiedniość) – przydatność do predykcji oraz przydatność do sprzężenia zwrotnego i terminowość, wiarygodność – wierność odwzorowania, sprawdzalność, neutralność, konserwatyzm, porównywalność, kompromis cech jakościowych,¹⁶
- nowozelandzkie ramy konceptualne (*Statement of Concept for General Purpose Financial Reporting*, *New Zealand Society of Accountants*, 1993) – odpowiedniość/przystawalność/przydatność, zrozumiałość, wiarygodność, porównywalność. Przyjęto również założenia stanowiące podstawę preparacji raportów finansowych – zasada kontynuacji działania, podejście memoriałowe, a także określono czynniki wpływające na cechy jakościowe – równowaga między cechami jakościowymi, równowaga między korzyściami a kosztami, ważkość/materialność, roztropność/konserwatyzm,¹⁷
- nowozelandzkie ramy konceptualne drugiej generacji (*New Zealand Equivalent to the IASB Framework for the Preparation and Presentation of Financial Statements*, 2005) – zrozumiałość, relewancja (przystawalność/odpowiedniość) – materialność, wiarygodność – wierne odwzorowanie, treść ponad formę, neutralność, roztropność, kompletność, porównywalność, ograniczenia relewantnej i wiarygodnej informacji – terminowość, równowaga korzyści i kosztu, równowaga między charakterystykami jakościowymi, prawdziwa i rzetelna prezentacja. Jako podstawowe założenia sporządzania sprawozdań finansowych przyjęto bazę memoriałową i zasadę kontynuacji działania,¹⁸

13. Par. 10 Założeń koncepcyjnych sporządzania i prezentacji sprawozdań finansowych, *Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF) 2007*, op. cit., s. 47.

14. Deklaracja Nr 2 Pojęć i Idei Rachunkowości Finansowej: *Cechy jakościowe informacji rachunkowości/z rachunkowości*, US FASB SFAC 2, May 1980.

15. *Framework of the preparation and presentation of financial statements*, IASC, July 1989, IASB, April 2001.

16. *Financial Statement Concept*, The Canadian Institute of Chartered Accountants, March 1991.

17. *Statement of Concept for General Purpose Financial Reporting*, New Zealand Society of Accountants, 1993.

18. *New Zealand Equivalent to the IASB Framework for the Preparation and Presentation of Financial Statements*, New Zealand Institute of Chartered Accountants, June 2005.

- brytyjskie ramy konceptualne (*The Statement of Principles for Financial Reporting, UK Accounting Standards Board, 1999*) – odpowiedniość/przystawalność/przydatność, wiarygodność – wierne odwzorowanie, neutralność/bezstronność, zupełność/pełność/kompletność i brak błędów materialnych, rozważa/roztropność, zrozumiałość, ważkość/materialność. Określono także ograniczenia cech jakościowych – odpowiedniość/przydatność a wiarygodność, bezstronność/neutralność a rozważa/roztropność, zrozumiałość,¹⁹
- australijskie międzygeneracyjne ramy konceptualne (*Statement of Accounting Concept SAC 3, Australian Accounting Research Foundation – AARF, 1990*) – cechy jakościowe dotyczące selekcji informacji – przystawalność/odpowiedniość/przydatność, wiarygodność, cechy jakościowe dotyczące prezentacji sprawozdań finansowych – porównywalność, zrozumiałość, ograniczenia przystającej i wiarygodnej informacji finansowej – terminowość, koszty *versus* korzyści,²⁰
- australijskie ramy konceptualne drugiej generacji (*Framework for the Preparation and Presentation of Financial Statements, Australian Accounting Standards Board, 2004*) – zrozumiałość, relewancja (przystawalność/odpowiedniość) – materialność, wiarygodność – wierne odwzorowanie, treść ponad formę, neutralność, roztropność, kompletność, porównywalność, ograniczenia relewantnej (przystającej) i wiarygodnej informacji – terminowość, równowaga korzyści i kosztu, równowaga między charakterystykami jakościowymi, prawdziwa i rzetelna prezentacja. Określono także podstawowe założenia sporządzania raportów finansowych – bazę memoriałową, zasadę kontynuacji działania,²¹
- ramy konceptualne RPA (*Framework for the preparation and presentation of financial statements, RSA Accounting Standards Board, 2006*)²² – zrozumiałość, relewancja (przystawalność/odpowiedniość) – materialność, wiarygodność – wierne odwzorowanie, treść ponad formę, neutralność, roztropność, kompletność, porównywalność, ograniczenia relewantnej i wiarygodnej informacji – terminowość, równowaga korzyści i kosztu, równowaga między charakterystykami jakościowymi, rzetelna prezentacja. Jako podstawowe założenia sporządzania sprawozdań finansowych przyjęto bazę memoriałową i zasadę kontynuacji działania.
- ramy konceptualne trzeciej generacji (*Exposure Draft an Improved Conceptual Framework for Financial Reporting, IASB&FASB, 2008*)²³ – fundamentalne cechy jakościowe – przystawalność/odpowiedniość, wiarygodne przedstawienie – treść ponad formę, neutralność i konserwatyzm, wzmacniające cechy jakościowe – porównywalność, sprawdzalność/weryfikalność, terminowość, zrozumiałość, dodatkowe cechy jakościowe – przejrzystość, prawdziwy i rzetelny obraz, miarodajność, wewnętrzna spójność, wysoka jakość.

19. *Statement of Principles for Financial Reporting*, UK Accounting Standards Board, October 1999.

20. *Statement of Accounting Concept SAC 3 – Qualitative characteristics of financial information*, Australian Accounting Research Foundation – AARF, August 1990.

21. *Framework for the preparation and presentation of financial statements*, Australian Accounting Standards Board, July 2004.

22. *Framework for the preparation and presentation of financial statements*, Accounting Standards Board, Lynnwood Ridge, Pretoria, Republic of South Africa, 2006.

23. IASB Work Plan – Projected timetable as at 25 January 2009, www.isab.org.

Jak widać, zakres przedstawionych cech jakościowych ulegał zmianom, co w dużej mierze uzależnione było i jest od celu sprawozdań finansowych. Użyteczność informacji i cechy jakościowe sprawozdań finansowych uzależnione są od odbiorców informacji, czyli celów sprawozdawczości finansowej. W ramach konceptualnych trzeciej generacji celem sprawozdawczości finansowej jest dostarczenie informacji finansowych o jednostce sprawozdawczej dla obecnych i potencjalnych inwestorów kapitałowych, pożyczkodawców i innych wierzycieli przy podejmowaniu przez nich decyzji, które leżą w ich gestii jako dostarczycieli kapitału.

Informacje dostarczane przez sprawozdawczość finansową posiadają zatem podwójny wymiar użyteczności decyzyjnej:

- użyteczność informacji do oceny przyszłej zdolności do generowania środków pieniężnych,
- użyteczność informacji do oceny wywiązania się zarządu z funkcji powierniczej²⁴.

Tak określona użyteczność decyzyjna warunkuje oczywiście określone cechy jakościowe informacji dostarczanych przez sprawozdawczość finansową²⁵.

Warto także zauważyć, że pewne cechy jakościowe posiadają charakter uniwersalny. Są to np. wiarygodność, prawdziwy i rzetelny obraz, porównywalność. Pozostaną, zatem niezmiennie, bez względu na cel sprawozdawczości finansowej.

3. Specyfika wyceny aktywów i pasywów w zakładzie ubezpieczeń i zakładzie reasekuracji

Celem wyceny aktywów i pasywów jest tworzenie informacji wiarygodnie odzwierciedlającej rzeczywistość, gdyż stanowią one podstawę oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń. Obowiązek wyceny aktywów i pasywów w zakładach ubezpieczeń wynika z:

- prawa bilansowego – wycena na moment sporządzania sprawozdania finansowego,
- przepisów określających zasady oceny wypłacalności.

Zgodnie z punktem 45 dyrektywy „Wypłacalność II”²⁶ „ocena sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji powinna opierać się na solidnych zasadach ekonomicznych i optymalnie wykorzystywać informacje dostarczane przez rynki finansowe, a także powszechnie dostępne dane na temat technicznych ryzyk ubezpieczeniowych. Wymogi wypłacalności powinny opierać się w szczególności na wycenie ekonomicznej całego bilansu.”

Oznacza to, że wycena aktywów i pasywów przeprowadzona zgodnie z prawem bilansowym nie musi być zgodna z wyceną, która powinna zostać przeprowadzona na

24. P. Kabalski, *Cele sprawozdań finansowych według projektu „Ram konceptualnych sprawozdawczości finansowej”*, Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości, tom 48(104), Warszawa 2009, s. 75.

25. Szerzej na temat koncepcji informacji użytecznej, w kontekście jej kreowania dla potrzeb nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową zob. R. Kurek, *Koncepcja informacji użytecznej a nadzór nad zakładami ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” Nr 01/2010, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2010, s. 17 i dalsze.

26. 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. U. UE z dnia 17 grudnia 2009 L/335).

potrzeby oceny wypłacalności, co komplikuje system wyceny aktywów i pasywów i powoduje jego dualizm – inne rozwiązania na potrzeby prawa bilansowego i inne zgodnie z systemem wyceny przyjętym w dyrektywie „Wypłacalność II”.

Należy jednak zauważyć, że w dyrektywie „Wypłacalność II” znalazł się zapis stwierdzający, że standardy wyceny do celów nadzoru powinny być w możliwie największym stopniu zgodne ze zmieniającymi się międzynarodowymi regulacjami w dziedzinie rachunkowości, aby ograniczyć obciążenie administracyjne dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji²⁷.

Nie zmienia to jednak faktu, że wycena aktywów i pasywów dla potrzeb sporządzenia sprawozdania finansowego i ta dla potrzeb oceny wypłacalności nie będą tożsame.

Wynika to w znacznej mierze z celów określonych w aktach prawnych, regulujących te zagadnienia – celem *Solvency II* jest zabezpieczenie interesów ubezpieczonych, zaś celem uregulowań bilansowych jest zapewnienie przejrzystości i porównywalności sprawozdań finansowych, a zatem zapewnienie jednakowych zasad wyceny aktywów i pasywów w zakładach ubezpieczeń. Należy mieć jednak nadzieję, że wycena dla potrzeb bilansowych oraz dla potrzeb oceny wypłacalności będą bardzo do siebie zbliżone. Wynika to z zasadniczej przyczyny – zadaniem sprawozdawczości finansowej jest dostarczenie wiarygodnych informacji dla potrzeb oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń, które to dokonuje się w celu ochrony interesów ubezpieczonych. A zatem sprawozdawczość finansowa ma stanowić bazę dla oceny wypłacalności, dlatego powinna zostać dostosowana dla potrzeb jej oceny. To sprawozdawczość finansowa oraz system rachunkowości ma służyć ocenie wypłacalności, a nie odwrotnie.

4. Wycena zgodna z prawem bilansowym

Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji wyceniają aktywa i pasywa dla potrzeb bilansowych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości oraz w rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji,²⁸ w szczególności z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny lub wyceny według wartości godziwej.

Zasada ostrożnej wyceny polega na dokonywaniu wyceny poszczególnych składników aktywów i pasywów przy zastosowaniu rzeczywiście poniesionych na ich nabycie (wytworzenie) cen (kosztów) przy zachowaniu zasady ostrożności²⁹.

Zgodnie z tą zasadą bez względu na wysokość wyniku finansowego należy w nim umieścić:

- zmniejszenie wartości użytkowej lub handlowej składników aktywów, w tym dokonane odpisy amortyzacyjne i umorzeniowe,

27. *Ibidem*, punkt 46.

28. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. Nr 226, poz. 1825) – zwane dalej rozporządzeniem w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

29. Art. 7 ust. 1 ustawy o rachunkowości.

- wyłącznie niewątpliwe pozostałe przychody operacyjne i zyski nadzwyczajne,
- wszystkie poniesione pozostałe koszty operacyjne i straty nadzwyczajne,
- rezerwy na znane jednostce ryzyko i grożące straty.

Zgodnie z zasadą ostrożnej wyceny jednostka gospodarcza powinna wyceniać składniki majątku w cenach nie wyższych niż ich aktualna wartość (cena sprzedaży netto). Oznacza to, że dokonując wyceny danego składnika należy uwzględnić wszystkie koszty, a ponadto dany składnik należy wycenić według niższej z wartości – ceny nabycia/kosztu wytworzenia oraz aktualnie obowiązującej na moment wyceny wartości.

Zakłady ubezpieczeń oraz zakłady reasekuracji dokonują wyceny lokat, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny, według następujących zasad:³⁰

- aktywa finansowe przeznaczone do obrotu oraz aktywa finansowe dostępne do sprzedaży, gdy możliwe jest ustalenie wartości godziwej w sposób wiarygodny – według wartości godziwej,
- aktywa finansowe przeznaczone do obrotu oraz aktywa finansowe dostępne do sprzedaży, gdy nie można w sposób wiarygodny ustalić wartości godziwej:
 - w przypadku aktywów finansowych, dla których jest ustalony termin wymagalności – według skorygowanej ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości,
 - w przypadku pozostałych aktywów – według ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości.
- aktywa finansowe utrzymywane do terminu wymagalności – według skorygowanej ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości,
- pożyczki udzielane i należności własne – według skorygowanej ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości,
- udziały w jednostkach podporządkowanych – metodą praw własności,
- nieruchomości – według ceny nabycia lub kosztu wytworzenia pomniejszonej o wartość naliczonego na dzień bilansowy umorzenia z uwzględnieniem trwałej utraty wartości.

Należy dodać, iż w przypadku lokat, dla których ryzyko ponosi ubezpieczający zakłady ubezpieczeń na życie wyceniają je według wartości godziwej.

Wartość godziwa to kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązаныmi ze sobą stronami.³¹ Zgodnie z wyceną według wartości godziwej, dany składnik wykazuje się według wartości rzeczywistej, aktualnie obowiązującej na moment wyceny.

Szacowanie wartości godziwej odbywa się w oparciu o dostępne dane zgodnie z trzema podejściami:³²

- rynkowym – na podstawie cen generowanych w transakcjach rynkowych, z zastosowaniem identycznych lub porównywalnych składników aktywów i zobowiązań,

30. Paragraf 19 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

31. Art. 28 ust. 6 ustawy o rachunkowości.

32. *Statement of Financial Accounting Standards Nr 157, Fair Value Measurements*, Financial Accounting Series Nr 284-A, September 2006, paragraph 18.

- dochodowym – na podstawie zdyskontowania przewidywanych przyszłych przepływów pieniężnych do ich wartości bieżącej,
- kosztowym – na podstawie kosztów niezbędnych obecnie do zastąpienia danego składnika aktywów.

Warto zwrócić uwagę, że zakłady ubezpieczeń sporządzające sprawozdanie finansowe według Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej (MSSF) dzielą aktywa finansowe dla potrzeb wyceny na dwie grupy:

- pożyczki i inne proste papiery dłużne o charakterze długoterminowym, które wyceniają według kosztu historycznego,
- wszystkie pozostałe aktywa, w tym akcje, instrumenty pochodne i inne bardziej skomplikowane papiery wartościowe – wyceniane według wartości godziwej.

Wycena aktywów ujęta według prawa bilansowego nie jest zadaniem łatwym. Wynika to w dużym stopniu z samego pojęcia wartości godziwej oraz konieczności oparcia jej na szacunkach, które zawsze mogą budzić wątpliwości co do ich wiarygodności. Należy jednak zauważyć, że zgodnie z celem sprawozdawczości finansowej, określonym w nowych ramach konceptualnych³³, wartość godziwa jest podstawą dokonywanych wycen.

5. Wycena zgodnie z dyrektywą „Wypłacalność II”

Zgodnie z art. 75 dyrektywy „Wypłacalność II” aktywa wyceniać się będzie w kwocie, za jaką na warunkach rynkowych mogłyby one zostać wymienione pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi stronami transakcji.

Pasywa natomiast w kwocie, za jaką na warunkach rynkowych mogłyby one zostać przeniesione lub rozliczone pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi stronami transakcji.

Przy wycenie pasywów nie będą dokonywane dostosowania w celu uwzględnienia zdolności kredytowej zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji.

Wycena tak określona opierać się będzie w znacznej mierze na:

- ocenie ryzyka ekonomicznego, którego rozpoznanie, określenie jego rodzajów oraz zarządzanie nim powinno stanowić cel funkcjonowania zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji w związku z zamiarem zapewnienia właściwej ochrony ubezpieczającym,
- solidnych zasadach ekonomicznych,
- informacjach dostarczanych przez rynki finansowe oraz powszechnie dostępnych danych na temat technicznych ryzyk ubezpieczeniowych,
- ekonomicznej wycenie całego bilansu.

33. Celem sprawozdawczości finansowej ogólnego przeznaczenia jest dostarczenie informacji finansowych o jednostce sprawozdawczej, która jest użyteczna dla obecnych i potencjalnych inwestorów kapitałowych, pożyczkodawców i innych wierzycieli przy podejmowaniu decyzji, które są w ich gestii jako dostarczycieli kapitału. Podejmując takie decyzje dostarczyciele kapitału są zainteresowani:

- oceną zdolności jednostki do generowania dodatnich przepływów pieniężnych netto,
- zdolnością zarządu do ochrony i zwiększania swojej inwestycji.

Conceptual Framework for Financial Reporting: The Objectives of Financial Reporting and Qualitative Characteristics and Constraints of Decision – Useful Financial Reporting Information – Exposure Draft, FASB, Norwalk 2008.

Szczegółowe zasady wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji dla potrzeb oceny ich wypłacalności zostaną określone w specjalnych rozporządzeniach Komisji Europejskiej.

Generalnie jednak wycena dla potrzeb oceny wypłacalności powinna jako podstawę przyjąć zasady określone w MSSF. Jeżeli jednak metody określone w MSSF nie prowadzą do wyceny w wartości ekonomicznej należy zastosować inne metody, gdyż określenie wartości ekonomicznej jest celem nadrzędnym.

Wartość ekonomiczna może zostać ustalona w oparciu o:

- ceny notowane na aktywnych rynkach – metoda *mark to market*,
- model, wykorzystujący w możliwie najwyższym stopniu dane pochodzące z rynku – metoda *mark to model*.

Wycena oparta na ryzyku ekonomicznym ma zapewnić skuteczność wymogów dotyczących wypłacalności, których wynikiem ma być efektywna alokacja kapitału. Zostanie to osiągnięte poprzez:

- efektywniejsze zarządzanie ryzykiem – niektóre ryzyka mogą zostać właściwie uwzględnione jedynie poprzez wymogi zarządzania, a nie poprzez wymogi ilościowe,
- harmonizację zasad wyceny aktywów i pasywów, w tym rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Wycena dla potrzeb oceny wypłacalności będzie się zatem opierać przede wszystkim na wartości godziwej, uwzględniającej ryzyko, wartość pieniądza w czasie, a przede wszystkim odzwierciedlającej aktualną wartość danego waloru.

Z założenia więc nie odbiega znacznie od zasad wyceny określonych w prawie bilansowym. Niewątpliwie jednak szczegółowe rozwiązania, dotyczące wyceny mogą różnić się między sobą, np. zgodnie z założeniami „Wypłacalności II” dla potrzeb kalkulacji narzutu na ryzyko, przewidziano metodę kosztu kapitału, zaś zgodnie z założeniami MSSF ustalono następujące metody:

- wartości zagrożonej,
- warunkowej wartości zagrożonej,
- kosztu kapitału.

Inaczej w obu projektach uregulowano również ujęcie reasekuracji, itp. Szczegółowe rozwiązania w tym zakresie będą znane jednak dopiero po przyjęciu aktów wykonawczych.

Należy także zauważyć, że zgodnie z założeniami Komisji Europejskiej wycena rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla potrzeb dyrektywy „Wypłacalność II” może odbiegać od rozwiązań przyjętych w standardach rachunkowości. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe powinny zostać wykazane w kwocie, w której inny zakład ubezpieczeń mógłby je przejąć na zasadach rynkowych. Możliwe są tutaj dwa podejścia:

- przyszłe przepływy pieniężne zostały zabezpieczone instrumentami finansowymi – rezerwy wycenia się według wartości rynkowej tych instrumentów,
- nie występują zabezpieczenia – rezerwy wycenia się, jako sumę najlepszego oszacowania (przepływy pieniężne ważone prawdopodobieństwem z uwzględnieniem wartości pieniądza w czasie) i marży na ryzyko liczonych oddzielnie metodą kosztu kapitału.

Podsumowanie

Nadrzędnym celem rachunkowości jest rzetelne i wierne odzwierciedlenie rzeczywistości, które odbywa się poprzez prezentację odpowiednio wycenionych zasobów jednostki gospodarczej w sprawozdaniu finansowym.

Właściwa wycena, tj. przeprowadzona zgodnie z określonymi zasadami i przy wykorzystaniu odpowiednich kategorii ma prowadzić do uzyskania wiarygodnych informacji ekonomicznych, tj. spełniających określone wymagania jakościowe.

Cechy jakościowe informacji prezentowanych w sprawozdaniu finansowym zmieniały się w przestrzeni lat, co wynikało ze zmian funkcji, realizowanych przez rachunkowość. Generalnie jednak istnieją pewne fundamentalne cechy, które będą występowały zawsze, są to wiarygodność i porównywalność.

Wycena jako informacja ekonomiczna musi spełniać, zatem określone cechy jakościowe, aby spełniała warunek informacji użytecznej. Jest to szczególnie istotne zwłaszcza dlatego, że wycena dotyczy każdej pozycji aktywów i pasywów. Czyli wycena nie spełniająca cechy wiarygodności może znacznie zniekształcać wizerunek jednostki gospodarczej.

W zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji problem wyceny komplikuje się jeszcze bardziej, gdyż wycena musi zostać przeprowadzona nie tylko dla potrzeb prawa bilansowego – ze względu na obowiązek sporządzenia sprawozdania finansowego, ale także dla potrzeb oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Niestety wycena przeprowadzana dla potrzeb oceny wypłacalności i ta dokonana zgodnie z prawem bilansowym nie muszą być tożsame.

Wycena dla potrzeb oceny wypłacalności ma prowadzić do uzyskania wartości ekonomicznej, która ma być oparta na ocenie ryzyka i zapewnić skuteczność wymogów dotyczących wypłacalności. Tak określona wycena może opierać się na zasadach określonych w MSSF i może zostać ustalona na podstawie cen pochodzących z aktywnych rynków lub na podstawie modeli, wykorzystujących w możliwie najwyższym stopniu dane pochodzące z rynku. Będzie zatem bazować na wartości godziwej i szacunkach, gdyż zgodnie z interpretacją prawa bilansowego aktywny rynek to tylko giełda papierów wartościowych.

Stosowanie wartości godziwej oznacza, że należy przewidywać przyszłe korzyści ekonomiczne lub ich brak, co oznacza, że wartość wycenianych zasobów zależeć będzie od indywidualnego osądu, co budzi wątpliwości dotyczące ich wiarygodności.

Należy jednak zauważyć, że nie jest to możliwe do uniknięcia ze względu na wielką złożoność problemu wyceny, co wynika z różnorodności i ciągłego wprowadzania nowych instrumentów finansowych, zmian w sektorze finansowym, pojawiania się nowych ryzyk. Powoduje to, że nie można przyjąć sztywnych reguł wyceny, gdyż mogłoby to oznaczać niedopasowanie do ciągle zmieniającego się otoczenia. Dlatego przyjęcie założenia o wycenie opartej na ryzyku ekonomicznym oznacza dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji konieczność ciągłego monitorowania ryzyka towarzyszącego prowadzonej przez nich działalności, jego pomiaru oraz właściwego nim zarządzania.

Wydaje się to być rozwiązaniem uniwersalnym, zobowiązującym zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji do stworzenia odpowiedniego, kompleksowego systemu zarządzania, obejmującego funkcję zarządzania ryzykiem, zgodności z przepisami, audytu wewnętrznego oraz funkcję aktuarialną. Taki system pozwoli na lepsze zarządzanie ryzykiem i możliwość uwzględnienia ryzyk nieujętych w wymogach ilościowych.

Wykaz źródeł:

Chorafas D.N., *Reliable Financial Reporting and Internal Control, A Global Implementation Guide*, John Wiley&Sons Inc., New York 2000.

Conceptual Framework for Financial Reporting: The Objectives of Financial Reporting and Qualitative Characteristics and Constraints of Decision – Useful Financial Reporting Information – Exposure Draft, FASB, Norwalk 2008.

Deklaracja Nr 2 Pojęć i Idei Rachunkowości Finansowej: *Cechy jakościowe informacji rachunkowości/z rachunkowości*, US FASB SFAC 2, May 1980.

Derlant D., Browning R., Foster G., *How Hewlett-Packard Gets Number It Can Trust*, w: *The New Accounting*, Harvard Business Review, Harvard University 1991.

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. U. UE z dnia 17 grudnia 2009 L/335).

Financial Statement Concept, The Canadian Institute of Chartered Accountants, March 1991,

Framework for the preparation and presentation of financial statements, IASC, July 1989, IASB, April 2001.

Framework for the preparation and presentation of financial statements, Australian Accounting Standards Board, July 2004.

Framework for the preparation and presentation of financial statements, Accounting Standards Board, Lynnwood Ridge, Pretoria, Republic of South Africa, 2006.

Gawart M., *Ryzyko w kontekście polityki rachunkowości przedsiębiorstwa*, w: A. Karmańska (red.), *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa 2008.

Gos W., *Vademecum samodzielnego księgowego*, Polska Akademia Rachunkowości, Warszawa 2005.

IASB Work Plan – Projected timetable as at 25 January 2009, www.isab.org.

Kabalski P., *Cele sprawozdań finansowych według projektu „Ram konceptualnych sprawozdawczości finansowej”*, Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości, tom 48(104), Warszawa 2009.

Karmańska A.(red.), *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa 2008.

Kurek R., *Koncepcja informacji użytecznej a nadzór nad zakładami ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” Nr 01/2010, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2010.

Kutera M., Surdykowska S.T., *Kryzysy gospodarcze a wiarygodność sprawozdań finansowych*, Difin, Warszawa 2009.

Markowski J., *Ocena jakości wykonania systemów informatycznych zarządzania*, SGPiS, Warszawa 1984.

Micherda B., *Problemy wiarygodności sprawozdania finansowego*, Difin, Warszawa 2006, *Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF) 2007*, IASB, Londyn 2007.

New Zealand Equivalent to the IASB Framework for the Preparation and Presentation of Financial Statements, New Zealand Institute of Chartered Accountants, June 2005.

Nowak E., *Rachunkowość*, PWE, Warszawa 2008.

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

Słownik języka polskiego PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

Statement of Accounting Concept SAC 3 – Qualitative characteristics of financial information, Australian Accounting Research Foundation – AARF, August 1990.

Statement of Concept for General Purpose Financial Reporting, New Zealand Society of Accountants, 1993.

Statement of Financial Accounting Standards Nr 157, Fair Value Measurements, Financial Accounting Series Nr 284-A, September 2006.

Statement of Principles for Financial Reporting, UK Accounting Standards Board, October 1999.

Stefanowicz B., *Informacyjne systemy zarządzania*, SGH, Warszawa 2007.

Surdykowska S.T., *Mikroekonomiczne uwarunkowania kryzysu finansowego: reakcje na kryzys 2008-2009, a w ich ramach zakwestionowanie Market-to-Market Accounting*, w: M. Kutera, S.T. Surdykowska, *Kryzysy gospodarcze a wiarygodność sprawozdań finansowych*, Difin, Warszawa 2009.

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jedn. Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz.1223 z późn. zm.).

Selected aspects of measuring the assets and liabilities of insurance companies and reinsurance companies for the balance sheet and solvency assessment purposes

– Summary

Measurement of assets and liabilities provides a general picture of a company's financial standing. However, for the picture to be credible, the valuation should be based on certain principles. In respect of insurance companies and reinsurance companies, this aspect is regulated not only in the balance sheet law but also in solvency assessment regulations. Nevertheless, the status of work on Solvency II shows that there will be no consistency between the asset and liability measurement rules in the balance sheet law and in the solvency legislation, despite the provision that measurement for supervisory purposes should be as close as possible to international accounting regulations in order to limit administrative expenses incurred by insurance and reinsurance companies. The measurement per-

formed for the balance sheet purposes is based on the fair value and historical cost, whereas the measurement for solvency purposes under the Solvency II requirements will be based on the economic value. The existing discrepancies in legal regulations as well as the manner of measurement, as a valuation process, are a significant problem to insurance and reinsurance companies.

Dr MARZANNA LAMENT jest pracownikiem naukowym w Instytucie Ubezpieczeń i Prewencji Politechniki Radomskiej.

Recenzenci: dr Lech Gąsiorkiewicz, dr Jan Piątek.

**WITOLD ABRAMOWICZ
PIOTR STOLARSKI
KRZYSZTOF WĘCEL**

Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych – modelowanie ryzyka oraz produktów (cz. 2)

Ryzyko jest jednym z centralnych problemów w ubezpieczeniach. W niniejszym artykule szczególna uwaga poświęcona jest nowym sposobom modelowania definicji pojęcia ryzyka na potrzeby ontologii. Dobór odpowiedniej definicji oraz sposobu jej zamodelowania ma istotny wpływ na kształt i funkcjonowanie całej ontologii. Posiadanie takiego modelu w systemie informacyjnym umożliwi przede wszystkim wykorzystanie w ubezpieczeniach wielu publicznie udostępnionych zbiorów danych internetowych. Szczególnie obiecujące jest udostępnianie danych w formacie RDF w ramach inicjatywy Open Government, z uwzględnieniem opisu semantycznego, pozwalających na uzupełnienie modeli ryzyka. W szerszym zamierzeniu zamodelowanie ryzyka pozwala na zbudowanie metody ekstrakcji modeli wyceny produktu ubezpieczeniowego ze źródeł internetowych. W tym celu zaproponowana została reprezentacja produktu ubezpieczeniowego, w której podstawowe miejsce zajmuje triada: polisa, ubezpieczenie oraz umowa ubezpieczeniowa.

Wprowadzenie

W pierwszej części artykułu¹ wskazano na ontologie, jako sposób reprezentacji stosowany w zarządzaniu wiedzą. Przygotowano w ten sposób podstawę do zademonstrowania możliwości zastosowania ontologii dla wspomagania dziedziny ubezpieczeń. Postulowano wsparcie dwóch kluczowych dla tej domeny obszarów: reprezentacji wiedzy o regulacjach prawnych oraz normalizacji pojęcia ryzyka.

Obecnie koncentrujemy się na propozycjach wykorzystania uprzednio szczegółowo przedstawionych struktur, jakimi są ontologie. Koncepcje przykładowych zadań, do realizacji których można wykorzystać owe struktury wiedzy, podajemy na końcu artykułu. Aby opis ten był zrozumiały, wcześniej ilustrujemy go fragmentami reprezentacji onto-

1. W. Abramowicz, P. Stolarski, T. Tomaszewski, *Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, PIU nr 02/2010, ss. 3-18.

logicznej wybranych aspektów domeny. Realizujemy również postulat z poprzedniej części artykułu – wskazujemy możliwe sposoby modelowania definicji pojęcia ryzyka. W początkowych sekcjach artykułu podajemy wprowadzenie do teorii wybranych języków opisu i zadawania zapytań do baz wiedzy. Opis jednego z zaproponowanych zadań wymaga także wskazania dodatkowych źródeł informacji. Krótki przegląd interesujących przypadków takich źródeł znajduje się za opisem języków reprezentacji ontologii.

Celami przyświecającymi powstaniu tego artykułu są: zademonstrowanie nieortodoksyjnych zastosowań dla ontologii w dziedzinie ubezpieczeń; wskazanie technologii, które mogą mieć bezpośrednie zastosowanie w rozwiązaniach informatycznych; przedstawienie interesującego – z punktu widzenia praktyki ubezpieczeniowej – nurtu nakierowanego na udostępnianie zbiorów danych. Wreszcie celem jest także przedstawienie wstępnej wersji ontologii domeny ubezpieczeń wraz z dyskusją nad pojęciem ryzyka w tymże modelu. Nie jest natomiast celem wskazanie na konkretne rozwiązania czy narzędzia mające na celu konkretyzację w praktyce rozważanych zagadnień.

1. Formalizmy i źródła semantycznej informacji

1.1. RESOURCE DESCRIPTION FRAMEWORK (RDF)

Bazy wiedzy, w tym ontologie, muszą być utrwalane w pamięci komputerów. Aby to umożliwić, potrzebna jest określona forma ich zapisu. Forma ta jest specjalistycznym językiem (standardem), który umożliwi zapamiętanie i reprezentację wszystkich istotnych elementów ontologii.

RDF² jest przygotowaną przez W3C³ specyfikacją infrastruktury do składowania, wymiany i ponownego wykorzystania ustrukturyzowanych metadanych. Na bazie tej specyfikacji możliwe jest zdefiniowanie języka reprezentującego bardzo szeroki zakres dowolnej informacji. RDF jest w istocie skierowanym grafem, a ontologie mogą być przedstawione właśnie w postaci takich grafów. Informacje RDF mogą być zapisywane z wykorzystaniem różnorodnych standardów⁴, przy czym za najbardziej powszechną uważa się implementację za pomocą języka XML. RDF zaprojektowany został specjalnie dla wsparcia koncepcji Internetu Semantycznego⁵, a zatem do automatycznego przetwarzania abstrakcyjnych opisów wszelkich bytów, nazywanych w RDF zasobami. Specyfikacja RDF wymaga zapisu każdej informacji w postaci stwierdzenia (tripletu): podmiot, predykat, obiekt. Upodabnia to sposób traktowania informacji do prostych komunikatów w języku naturalnym.

Kolejną cechą RDF jest wykorzystanie URI⁶ w celu identyfikacji zasobów wykorzystywanych do konstrukcji stwierdzeń. Kolejne URI mogą być dowolnie tworzone i wykorzystywane do opisu innych zasobów, w ten sposób wspierana jest modularność semantyczna.

2. <http://www.w3.org/TR/rdf-syntax-grammar/>, odczytano: 10 stycznia 2011 r.

3. Wyjaśnienie W3C.

4. Poza zapisem XML, popularne są także konwencje zapisu: n-triples lub Notation 3 (N3).

5. T. Berners-Lee, J. Hendler, O. Lassila, *The Semantic Web.*, Scientific American Magazine, May 2001.

6. Universal Resource Identifier.

Podstawowy model danych RDF składa się z 3 zasobów, którymi są:

- Resource – dowolny obiekt identyfikowany przez URI
- PropertyType – zasób, który ma swoją nazwę i może być użyty jako właściwość
- Statement – relacja między zasobem, właściwością i wartością.

Kolejną ciekawą cechą RDF jest fakt, iż formalizm ten pozwala dokonywać tzw. reifikacji. Reifikacja polega na zapisywaniu tripletów za pomocą relacji RDF. W konsekwencji stwierdzenia takie można traktować bezpośrednio jak inne zasoby RDF, w szczególności daje to możliwość deklarowania stwierdzeń o stwierdzeniach⁷.

RDF-Schema⁸ jest zdefiniowanym przez W3C podstawowym słownikiem rozszerzającym specyfikację samego RDF. Określa typy dla RDF, dzięki czemu możliwy jest opis klas i właściwości oraz ich związki. Dodatkowo wprowadza podział zasobów na instancje i klasy⁹.

1.2. SPARQL JAKO JĘZYK ZAPYTAŃ DO ZASOBÓW RDF

Elastyczność opisu informacji za pomocą tripletów RDF stanowiła inspirację dla stworzenia nowego rodzaju baz danych, operujących na zasobach RDF.

Rozwiązania tego typu nabierają szczególnego znaczenia zwłaszcza w środowiskach rozproszonych systemów informacyjnych. Niezależność tripletów ułatwia łączenie danych z różnych źródeł. Bezpośredni zapis informacji w jednym z formatów RDF¹⁰ przyspiesza ich dalsze przetwarzanie (np. w zakresie wnioskowania na elementach zgromadzonej w bazie informacji). Aby upodobnić zasoby RDF do nośników bazodanowych, istotny nurt badań poświęcono standardowi języka zapytań. Ze względu na związki SQL z relacyjnymi bazami danych, zdecydowano się na stworzenie zbliżonych języków. Standardem W3C został SPARQL¹¹.

SPARQL jest sposobem zapisu i konwencją przypomina SQL. W szczególności rozszerzenie SPARQL/Update uzupełnia wszystkie podstawowe operacje znane z podjęzyka SQL DML¹². Idea podstawowego zapytania SELECT/ASK/CONSTRUCT sprowadza się do podania wzorca podgrafu, do którego powinny zostać znalezione wszystkie pasujące podgrafy z bazy wiedzy. W zależności od typu zapytania, zwrócone mogą zostać tylko określone wierzchołki z wynikowego zbioru – oznaczone jako zmienne (SELECT) lub całe triplety (CONSTRUCT). Zmienne wyszukiwane podaje się po słowie kluczowym wyprzedzającym zapytanie, natomiast wzorce podgrafów deklaruje się po słowie kluczowym WHERE. Możliwe są także dodatkowe operacje takie jak filtrowanie na podstawie określonych kryteriów (FILTER) łączenie zbiorów wyników (UNION) czy porządkowanie wyników (ORDER BY). Przykładowe zapytanie do bazy wiedzy w SPARQL wygląda następująco:

7. Rodzaj wypowiedzi drugiego rzędu.

8. <http://www.w3.org/TR/rdf-schema/>, odczytano: 10 stycznia 2011 r.

9. RDF-Schema jest podstawą dla części współczesnych języków zapisu ontologii, takich jak np. OWL. Modele przedstawione w dalszej części tekstu konstruowano przy uwzględnieniu cech takich języków, aby dało się je w nich przedstawić.

10. Patrz: uwaga 2.

11. <http://www.w3.org/TR/rdf-sparql-query/>, odczytano: 10 stycznia 2011 r.

12. Oprócz operacji typu SELECT pojawiają się tutaj operacje INSERT, UPDATE oraz DELETE. Tych ostatnich nie przewidywała pierwotna wersja SPARQL.

```

PREFIX icd: <http://who.int/ontology/icd9-cm/>
SELECT ?nrpolisy WHERE {
    ?nrpolisy nrPolisy ?polisa.
    ?polisa potwierdza ?ubezpieczenie.
    ?ubezpieczenie rdf:type UbezpieczenieOCLekarza.
    ?ubezpieczenie przed ?ryzyko.
    ?ryzyko rdf:type icd:35-39.
    ?suma sumaUbezpieczenia ?ubezpieczenie.
    FILTER ((?suma < 200000.0 ^ ^xsd:decimal) && !(?ryzyko rdf:type icd:40-43)) .
}
ORDER BY ?nrpolisy

```

W tym przypadku wyszukujemy wszystkie polisy ubezpieczeniowe OC lekarzy, w których ubezpieczone jest ryzyko związane z zabiegami z grupy¹³ „Zabiegi w zakresie układu sercowo-naczyniowego” przy jednoczesnym wyłączeniu ryzyk związanych z procedurami medycznymi z grupy „Zabiegi w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego”, a suma ubezpieczenia nie przekracza 200 000 jednostek.

1.3. PRZYKŁADY ŹRÓDEŁ DANYCH DLA UBEZPIECZENIOWYCH BAZ WIEDZY ZE ŹRÓDEŁ INTERNETOWYCH

Wiele zbiorów danych, z takich instytucji jak policja, działy czy agencje rządowe zostaje publicznie udostępnionych¹⁴. Takie surowe¹⁵ dane można by wykorzystać do tworzenia statystyk uzupełniających modele ryzyka. Obecnie w większości przypadków ich przetwarzanie jest nadal utrudnione ze względu na używanie tradycyjnych formatów przechowywania informacji (tabele, arkusze kalkulacyjne). Jednak coraz powszechniej dane te udostępniane są z uwzględnieniem ich opisu semantycznego. Wykorzystanie tutaj będzie miał zapewne format RDF¹⁶. Jak informuje jeden z rządowych portali świadczących usługi pośrednictwa takimi danymi, „aktualnie w USA rozpatrywana jest propozycja projektu infrastruktury zapewniającej tłumaczenie z różnych dotychczasowych formatów danych (np. CSV) do docelowego formatu RDF”¹⁷. Proponuje się także użycie mikroformatów. Te ostatnie jednak nie dostarczają zbyt bogatego opisu z semantycznego punktu widzenia¹⁸. Sam portal Data.gov

13. Zakładamy, że jednorodnie grupy ryzyk budować będziemy wykorzystując słownik procedur ICD-9 CM [CDC2010], który wymagałby ontologizacji.
14. Dane te udostępniane są najczęściej na podstawie licencji dających szerokie uprawnienia użytkownikowi końcowemu, takich jak np., OGL – Open Government License <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/>, <http://www.data.gov/datapolicy>, odczytano: 10 stycznia 2011 r.
15. Przez dane „surowe” rozumiemy takie zbiory danych, które nie podlegają uprzedniemu przetworzeniu, ani nie są produktem procesów o charakterze agregacji, filtrowania lub tym podobnych.
16. http://www.data.gov/catalog/raw/category/0/agency/0/filter//type//sort/rdf_desc/page/1/count/25.
17. http://data-gov.tw.rpi.edu/wiki/A_Proposal_for_Governmental_Data_URLs.
18. W zamian znów można je względnie łatwo przekształcić do postaci semantycznej, np. z wykorzystaniem RDF.

informuje, że aktualnie oferuje dane stanowiące 6,4 miliarda stwierdzeń (tripletów) danych¹⁹.

W Polsce budowa obywatelskiego, otwartego społeczeństwa wiedzy, w którym dane i statystyki, będące w gruncie rzeczy własnością publiczną, nie jest zaawansowana. W USA i Wielkiej Brytanii²⁰ wybrane bazy danych policji, służb medycznych są już w całości otwarte dla społeczeństwa. Informacje te są aktualizowane zgodnie z założoną polityką, co podnosi atrakcyjność w kontekście ich wykorzystania – dla różnych celów – w tym, tak jak to proponujemy, do zastosowania w aktuariacie.

Oczywiście odrębnym problemem poza samą dostępnością danych jest faktyczna możliwość ich zastosowania. Poza wiedzą o źródłach i ich zawartości, niezbędna jest także wiedza o sposobach interpretacji oraz zakresu wykorzystania. Tutaj rozwiązaniem jest budowa modeli semantycznych oraz definicja pojęć za pomocą ontologii.

Szczególną rolę odgrywają portale typu LOD²¹ (*Linked Open Data*) dostarczające usługi gromadzenia danych publicznych oraz przekształcania ich w semantyczną postać. Dodatkowo mogą one udostępniać infrastrukturę niezbędną do zadawania zapytań w języku SPARQL. Dane, jakie są dostępne na angielskim i amerykańskim²² rządowym portalu LOD²³ należą do bardzo różnych kategorii. Poniżej prezentujemy kilka przykładów, które mogą być interesujące w przypadku rozbudowy modeli oceny ryzyka.

Policyjne statystyki dotyczące kradzieży samochodów w Wielkiej Brytanii udostępnione są dla kolejnych lat przez portal data.gov.uk. Dane dla roku 2009 zawarte w dokumencie (<http://data.gov.uk/dataset/car-theft-index-2004-2006>) zawierają precyzyjne wyszczególnienie kradzieży w rozbiciu na kategorie samochodów, ich marki, modele oraz roczniki.

Amerykański odpowiednik portalu w dokumencie <http://www.data.gov/raw/4139> przedstawia dane agencji bezpieczeństwa kopalń dotyczące wniosków z inspekcji kopalń pod względem uchybień w zakresie bezpieczeństwa na całym terytorium USA. Dane te obejmują kolejne lata od 2000 roku.

Z kolei pod adresem <http://www.data.gov/raw/34> można uzyskać dostęp do danych o incydentach związanych z zagrożeniami sejsmicznymi. Dane udostępnione obejmują zakresem geograficznym cały świat oraz ostatnie 7 dni jeśli chodzi o zakres czasowy. Dane te podawane są w czasie rzeczywistym.

Ostatni zbiór danych zawiera dane medyczne. Brytyjskie ministerstwo zdrowia udostępnia kompletne dane od 6 lat. Zestaw, o którym mowa, zawarty w dokumencie http://data.gov.uk/dataset/provisional_monthly_hospital_episode_statistics_for_admitted_patient_care_outpatient_and_accident_an opisuje szczegółowo wszystkie przypadki opieki

19. <http://www.data.gov/semantic>.

20. <http://www.ninis.nisra.gov.uk/mapxtreme/DataCatalogue.asp?button=Crime>.

21. <http://data.gov.uk/>.

22. Podobne, rządowe portale udostępniające usługi LOD mają już także Grecja oraz Szwecja. Choć ilość udostępnianych tam danych jest, póki co, zdecydowanie mniejsza. W krajach członkowskich UE konieczność powstania takich portali częściowo wynika z Dyrektywy 2003/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego, http://www.epsplus.net/media/files/polish_eur_lex_32003l0098_pl.

23. Spotykany bywa także akronim LOGD – Linked Open Government Data.

nad pacjentem prowadzonej przez szpitale w 2009 roku. 16 milionów rekordów opisuje w rozbiciu na wiele kryteriów każdy przypadek przyjęcia pacjenta do szpitala. Zawarte są tu informacje gromadzone na poziomie poszczególnych jednostek medycznych, a określające m.in. grupy wiekowe pacjentów, specjalności lekarzy prowadzących, rodzaje schorzeń, diagnozy, stosowane procedury medyczne, czasy oczekiwania na przyjęcie, etc.

2. Zarys modelu domeny ubezpieczeń

2.1. OPIS RYZYKA W UBEZPIECZENIACH

Zarówno na potrzeby naukowo-badawcze oraz praktyki ubezpieczeniowej sformułowano istotną liczbę definicji pojęcia ryzyka. Fakt istnienia różnych definicji wynika z trudności w ujęciu licznych aspektów tego pojęcia w jednorodny i całościowy sposób. Rozwiązanie problemu reprezentacji tego pojęcia ma kluczowe znaczenie dla modelu domeny. Dlatego poświęcimy temu zagadnieniu nieco więcej miejsca. Przedstawiamy 5 modeli odpowiadających różnym definicjom pochodzącym z opracowań naukowych dotyczących ryzyka w ubezpieczeniach^{24, 25}. Każdy z modeli uwypukla różne aspekty istoty ryzyka, przy czym przy modelowaniu podjęto szereg założeń upraszczających:

- brak reprezentacji dynamicznej natury ryzyka²⁶.
- brak odniesienia do surowych danych dotyczących szkodowości w relacji do zawieranych umów.

Pojęcie ryzyka oraz właściwa perspektywa jego umiejscowienia w modelu domeny może być także niezwykle istotna w świetle konieczności realizacji postanowień pakietu Solvency II²⁷. Nowe regulacje wymusić mają dążenie do budowy bardziej realistycznych, zindywidualizowanych sposobów oceny ryzyk, lepiej uwzględniających daną sytuację podmiotu gospodarczego. Z drugiej strony regulacje te będą także podnosić reżimy finansowe, co przeniesie się niewątpliwie na konieczność poszukiwania optymalnych rozwiązań w zakresie gospodarowania. Pełne urzeczywistnienie standardów Solvency II może stanowić nie lada wyzwanie dla funkcjonowania systemów informacyjnych ubezpieczycieli oraz instytucji nadzorujących rynek²⁸. Niemniej w chwili obecnej założenia nowych regulacji sięgają znacznie dalej niż omawiany przez nas model w zakresie reprezentacji ryzyka²⁹.

24. J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, „Poltext”, 2000.

25. A. Karmańska, T. Michalski, A. Śliwiński, *Ubezpieczenia gospodarcze: ryzyko i metodologia oceny*, pod red. T. Michalskiego, C. H. Beck, Warszawa 2004.

26. Wymagałoby to wykorzystania ontologii czasowej. Ontologie takie można by zaczerpnąć chociażby z wyników projektu TOWL: *An OWL-Based Approach Towards Representing Time in Web Information Systems*, V. Milea, F. Frasinca, U. Kaymak and T. di Noia. Proceedings of the 19th International Conference on Advanced Information Systems Engineering (CAiSE 2007), Tapir Academic Press, 2007, ss 791-802.

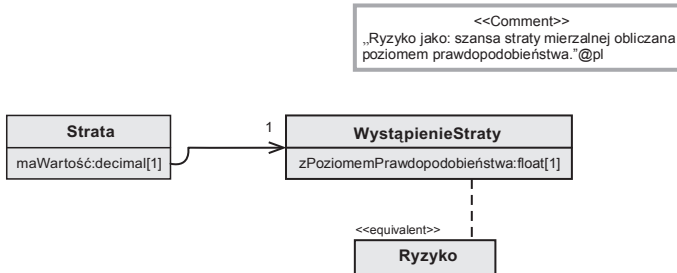
27. *Making the case for Solvency II technology*, opracowanie Deloitte UK, Luty 2010.

28. Filar 2 bazuje na założeniu uwzględniania złożonych zależności pomiędzy poszczególnymi kategoriami ryzyk oraz jakościowej ocenie zarządzania ryzykami.

29. Nasz model aktualnie ogranicza się wyłącznie do odzwierciedlenia ryzyk bezpośrednio związanych z produktem, nie zajmujemy się ryzykami związanymi chociażby z procesami czy działalnością finansową.

Diagram 1 przedstawia definicję równoważnościową ryzyka jako szansy straty mierzalnej obliczanej poziomem prawdopodobieństwa. Stratę mierzalną rozumiemy tutaj jako pojęcie, któremu przypisać można atrybut wartościujący w pieniądzu.

Diagram 1. Model UML pojęcia „Ryzyko” definiowanego poprzez mierzalną stratę

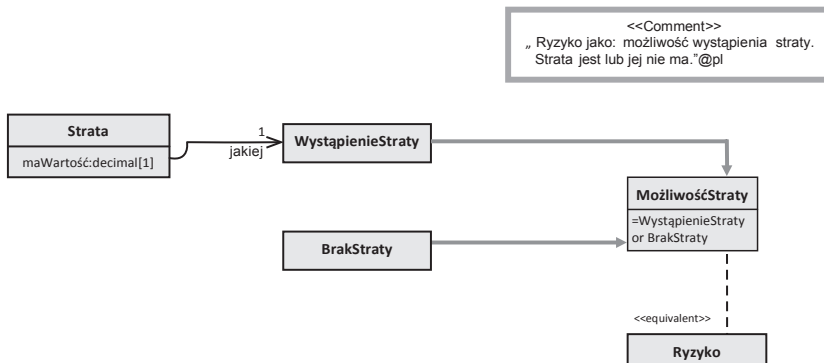


Źródło: opracowanie własne.

Ryzyko jest według tej definicji ekwiwalentne pojęciu WystąpienieStraty reprezentującemu możliwość zmaterializowania się wypadku ubezpieczeniowego, do którego przypisać można określoną Stratę. Możliwość materializacji, o której mowa nastąpi z przewidywanym prawdopodobieństwem reprezentowanym przez wartość atrybutu z PoziomemPrawdopodobieństwa.

Diagram 2 jest schematem UML obrazującym ontologiczną definicję równoważnościową pojęcia ryzyka, rozumianego jako „możliwość wystąpienia straty”. Pojęcie Straty ma tutaj taki sam charakter jak w definicji poprzedniej. Podstawową różnicą pomiędzy tymi dwoma definicjami jest binarny charakter pojęcia MożliwośćStraty. Ryzyko jest w tym przypadku ekwiwalentne temu pojęciu, które może przyjmować dwa stany: BrakStraty lub WystąpienieStraty, przy czym poziom prawdopodobieństwa tego wystąpienia ma drugorzędne znaczenie. Mimo że obie definicje są zbliżone, to jednak w literaturze przedmiotu dąży się do zdecydowanego odróżnienia obu sposobów spojrzenia na tak ujęte ryzyko.

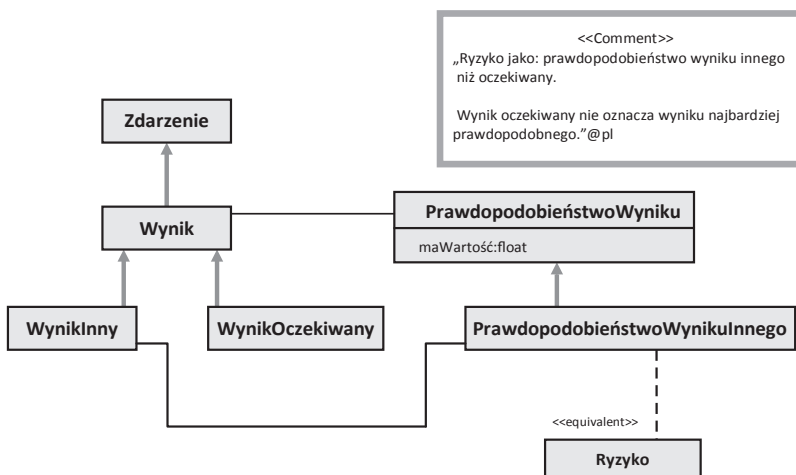
Diagram 2. Model UML pojęcia „Ryzyko” rozumianego jako możliwość straty



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne definicje mają już zresztą zdecydowanie odmienny charakter. Ujęcie ryzyka w postaci prawdopodobieństwa wyniku innego niż oczekiwany wymaga wprowadzenia szeregu pojęć pomocniczych. Wynik możemy tutaj rozumieć jako podzbiór Zdarzeń. Oczywiście wszystkie wyniki można dychotomicznie podzielić na WynikiOczekiwane oraz inne. PrawdopodobieństwoWynikuInnego jest Prawdopodobieństwem Wyniku związanym relacyjnie z Wynikiem Innym. Obrazuje to na Diagram 3.

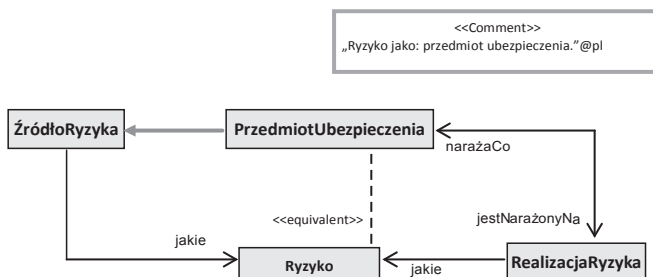
Diagram 3. Model UML pojęcia „Ryzyko” – prawdopodobieństwo nieoczekiwanego wyniku



Źródło: opracowanie własne.

Ryzyko w literaturze ubezpieczeniowej definiowane też bywa pragmatycznie jako przedmiot ubezpieczenia. Obrazuje to Diagram 4. Ryzyko jest w tym wypadku równoważne z pojęciem PrzedmiotuUbezpieczenia, który z jednej strony jest narażony na zrealizowanie (w tym zniszczenie), z drugiej zaś jest ŹródłemRyzyka. Podkreślić należy, iż definicja ta jest często przedmiotem krytyki ze strony osób zajmujących się teorią ubezpieczeń. Widać też, że z punktu widzenia ontologicznego budzi ona istotne zastrzeżenia³⁰.

Diagram 4. Model UML pojęcia „Ryzyko” w postaci definicji pragmatycznej

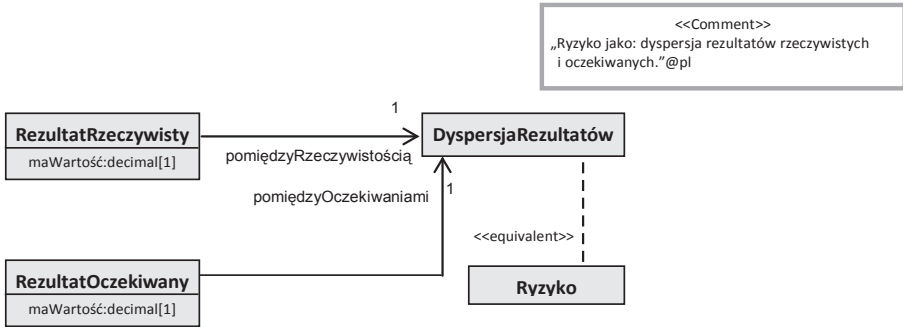


Źródło: opracowanie własne.

30. Można dojść do wniosku, że „Ryzyko” jest „Źródłem Ryzyka”.

Diagram 5 przedstawia ostatni sposób zamodelowania pojęcia ryzyka – rozumianego jako dyspersja rezultatów.

Diagram 5. Model UML pojęcia "Ryzyko" rozumiany jako dyspersja rezultatów



Źródło: opracowanie własne.

W tym ujęciu agregowane są abstrakcyjne wyniki, które reprezentują określone wartości. Każdemu *RezultatowiOczekivanemu* przyporządkować można *RezultatRzeczywisty*. Z zestawienia obydwu wyznaczyć można *DyspersjęRezultatów*, którą rozumiemy jako *Ryzyko*.

Pojęcie ryzyka jest jednym z centralnych w ubezpieczeniach, zatem w modelu dziedziny również powinno odgrywać kluczową rolę. Dobór odpowiedniej definicji oraz jej zamodelowanie ma istotny wpływ na kształt i funkcjonowanie całej ontologii. Wykorzystana definicja powinna przede wszystkim odzwierciedlać cele postawione przed konstruowanym modelem. W przypadku tworzenia ontologii ogólnego przeznaczenia lub ontologii integrującej informacje różnego pochodzenia dopuszczające różnice w interpretacji pojęć, użytecznym rozwiązaniem będzie zastosowanie więcej niż jednego modelu jednocześnie.

Przedstawione możliwości mają raczej charakter poglądowy i wymagają szerszego rozwinięcia wzbogacenia wykraczającego poza zakres tej pracy, a także połączenia innymi relacjami z dalszymi elementami modelu. Zaznaczyć także należy, że przedstawiono tutaj ilustrację dla kilku najbardziej reprezentatywnych konstrukcji pojęciowych ryzyka. Lista definicji jest oczywiście bogatsza.

2.2. REPREZENTACJA CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA WYCENĘ RYZYKA

Poprzez czynnik wpływający na ryzyko w naszym modelu rozumiemy dowolny element w postaci informacji, który może mieć wpływ na wycenę ryzyka, a w konsekwencji na cenę produktu ubezpieczeniowego. Z technicznego punktu widzenia iloczyn kartezjański przedziałów wartości czynników ryzyka tworzy przestrzeń jednorodnych grup ryzyka. W kontekście zasady równowartości składek i świadczeń³¹ obrazuje to poniższe równanie.

31. Interpretację zasady w postaci wyjściowego równania zaczerpnięto z J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, „Poltext”, 2000.

Zasada równowartości składek i świadczeń uwzględniająca ontologiczny model ryzyka

$$u \times s \times N = u \times i \times p \times N$$

$$\sum_G (u_j \times s \times n_j) = \sum_G (u_j \times i_j \times p_j \times n_j)$$

$$\{G : i' \times i'' \times \dots, i' \in C_1 \wedge i'' \in C_2 \wedge \dots \wedge C_1 \geq C \wedge C_2 \geq C \dots \wedge C_1 \cup C_2 \equiv \emptyset\}$$

gdzie:

N – liczba jednorodnych obiektów podlegających ubezpieczeniu;

u – jednakowa suma ubezpieczenia;

s – stopa składki czystej;

i – wskaźnik intensywności działania wypadków;

p – prawdopodobieństwo zajścia wypadku ubezpieczeniowego;

G – zbiór jednorodnych grup ryzyka generowanych przez ontologię O, w której C jest zbiorem pojęć opisujących czynniki ryzyk;

j – indeks pomocniczy określający grupę ryzyka.

Dotychczasowy model czynników wpływających na wycenę ryzyka został zbudowany na podstawie przeglądu 17 produktów ubezpieczeniowych oferowanych do sprzedaży *on-line* przez 11 portali udostępniających wyceny ubezpieczeń. Dla celów przeprowadzenia analizy starano się wybrać reprezentatywne przypadki produktów z różnych grup oraz ze zróżnicowanych typów portali wystawiających oferty ubezpieczeń *on-line*. Kierowano się przy tym kryteriami zaczerpniętymi z opracowania Moniki Kaczała z 2006 r.³² Na podstawie analizy tych instancji ofert produktów ubezpieczeniowych stworzona została taksonomia. Wyodrębniono pojęcia oraz relacje, które są wystarczające do kompletnej reprezentacji wszystkich czynników, na które natknęto się podczas analizy.

Wyniki naszej analizy przedstawione są na Diagramie 6. Centralne pojęcie – CzynnikiRyzyka jest faktycznym elementem wykorzystywanym do przeprowadzania kalkulacji składki. Sposób określenia jego wartości może wynikać w sposób bezpośredni, ale może zależeć od dodatkowej warstwy reprezentującej wartości danego czynnika³³. Warstwę tę reprezentujemy poprzez instancje pojęcia ManifestacjaCzynnikRyzyka. Ze względu na przyjęte uogólnienie zakładamy, że każdy CzynnikiRyzyka posiada swoją reprezentację w postaci manifestacji. W szczególnym przypadku – i najczęściej tak jest – ManifestacjaCzynnikRyzyka jest tożsama z samym CzynnikiemRyzyka. Zwróćmy uwagę, że w takim modelu zamiast jednego zbioru wartości określającego możliwe do przyjęcia wartości przez opisywaną instancję czynnika

32. M. Kaczała, praca doktorska, Internet jako instrument dystrybucji ubezpieczeniowej, UEP 2006.

33. Przykładowo – do kalkulacji składki potrzebny jest parametr określający wartość liczby mieszkańców w mieście, w którym znajduje się przedmiot ubezpieczenia, natomiast faktycznie wartość ta ustalana jest na podstawie kodu pocztowego. Instancją CzynnikaRyzyka jest liczba mieszkańców, podczas gdy Manifestacją tego czynnika jest kod pocztowy.

wpływającego na PoziomRyzyka, w praktyce potrzebne są 2 połączone zbiory wartości, gdzie wartościom przyjmowanym przez ManifestacjęCzynnikaRyzyka odpowiada wartość samego CzynnikaRyzyka. W szczególnym przypadku, gdy obie te instancje są tożsame, zbiór wartości redukuje się do pojedynczego.

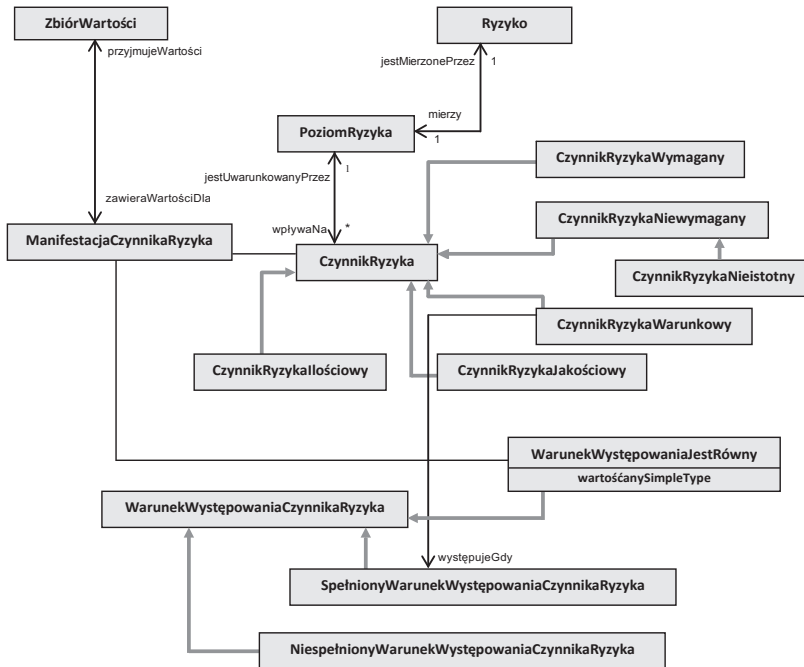
W drodze analizy źródeł webowych zawierających modele wyceny produktów ubezpieczeniowych wyróżniono taksonomię CzynnikówRyzyka, którą przedstawiamy poniżej.

Ze względu na typ wartości czynniki takie można najogólniej podzielić na ilościowe – przyjmujące przedziały wartości liczbowych – oraz jakościowe – bądź to binarne, np. tak/nie lub wyliczeniowe – pozwalające przyjąć skończoną liczbę nazwanych stanów.

Ze względu na charakter czynnika w modelu wyceny CzynnikiRyzyka mogą być CzynnikiemRyzykaWymaganymi oraz CzynnikiemRyzykaNiewymaganymi. Te ostatnie mają rolę opcjonalną – w szczególnym przypadku mogą w ogóle z punktu widzenia samej wyceny być nieistotne³⁴.

Szczególnym przypadkiem CzynnikaRyzyka jest czynnik warunkowy. Konieczność podania wartości dla instancji takiego czynnika jest zależna od spełnienia pewnej przesłanki. W przypadku analizowanych źródeł oferujących wycenę ubezpieczenia jedyną taką przesłanką było spełnienie kryterium przyjęcia przez inny czynnik ryzyka określonej wartości. Na przykład zadeklarowanie chęci ubezpieczenia dodatkowego ryzyka w ramach produktu pociąga za sobą potrzebę określenia dodatkowych parametrów dla wyceny tego dodatkowego ryzyka. Pełen model czynników ryzyka przedstawia Diagram 6.

Diagram 6. Model UML opisujący czynniki ryzyka



Źródło: opracowanie własne.

34. Przykładowo: poprzedni ubezpieczyciel.

Tabela 1 zawiera przykładowy opis czynników wyceny produktu ubezpieczeniowego dla ubezpieczenia nieruchomości³⁵. Zaprezentowany opis składa się ze zidentyfikowanej instancji czynnika, jego ewentualnej manifestacji z uwzględnieniem przynależności do zidentyfikowanej klasy pojęciowej. Dodatkowo podajemy zależności hierarchiczne czynników oraz dopuszczalne wartości.

Reprezentacja tak zdefiniowanej informacji o czynnikach mających wpływ na poszczególne ryzyka zostanie wykorzystana w procesie zademonstrowanym w sekcji 4.2.

Tabela 1. Przykładowy zestaw czynników wyceny ubezpieczenia wraz z opisem

Czynnik	Manifestacja	Typ	Wartości
Rodzaj nieruchomości		Wymagany	Mieszkanie, dom
Liczba mieszkańców w miejscowości w której znajduje się nieruchomość	Kod pocztowy	Wymagany	L. naturalna
Wartość nieruchomości		Wymagany	L. rzeczywista
Budynek w trakcie budowy		Wymagany	Tak, nie
Wartość elementów stałych		Warunkowy	L. rzeczywista
Wartość mienia ruchomego		Warunkowy	L. rzeczywista
Klasa pożarowa budynku		Warunkowy	Niepalne, palne
Na terenie posesji prowadzona jest działalność gospodarcza		Warunkowy	
Suma gwarancyjna ubezpieczenia OC		Warunkowy	L. rzeczywista
Ubezpieczenie ruchomości od kradzieży		Warunkowy	Tak, nie
Liczba rat		Nieistotny	L. naturalna
Atestowane alarmy przeciwpożarowe		Warunkowy	Tak, nie
Nieruchomość posiada system sygnalizacyjno-alarmowy		Warunkowy	Tak, nie
Mieszkanie/dom posiada rolety antywłamaniowe		Warunkowy	Tak, nie
Mieszkanie/dom posiada kraty antywłamaniowe		Warunkowy	Tak, nie
Nieruchomość posiada system sygnalizacyjno-alarmowy z monitoringiem		Warunkowy	<10, <15, >15
Całodobowy dozór osiedla/budynku/lokalu mieszkalnego		Warunkowy	Tak, nie
Nieruchomość posiada atestowane drzwi przeciwłamaniowe		Warunkowy	Tak, nie
Piętro			Parter, powyżej
Ubezpieczyciel, u którego była zawarta poprzednia polisa		Nieistotny	

Ciąg dalszy tabeli na s. 129

35. Źródło: portal porównujący ceny produktów ubezpieczeniowych iPolisa.pl.

Ciąg dalszy tabeli ze s. 128

Czynnik	Manifestacja	Typ	Wartości
Rodzaj nieruchomości		Wymagany	Mieszkanie, dom
Liczba bezszkodowych lat uwzględniona w poprzednim ubezpieczeniu		Warunkowy	L. naturalna
Nieruchomość posiada atestowany zamek drzwi wejściowych		Warunkowy	Tak, nie
Wiek nieruchomości		Warunkowy	<3 lat, >3<10, >10<40, >40
Stałe urządzenia gaśnicze		Warunkowy	Tak, nie
Nieruchomość jest wynajmowana		Warunkowy	Tak, nie
Ubezpieczenie ruchomości od wandalizmu		Warunkowy	Tak, nie
Strefa regionalna		Warunkowy	Aglomeracja miejska, duże miasto, mała miejscowość

Źródło: opracowanie własne.

2.3. OPIS PRODUKTU UBEZPIECZENIOWEGO

W przedstawionym fragmencie modelu abstrahujemy od zastosowania konkretnej definicji dla terminu ryzyka. Czynimy to celowo, aby skupić się na prezentacji istoty przedstawianego modelu. Pojęcie ryzyka zostało omówione wcześniej. Omawiany fragment nie jest zależny od przyjęcia konkretnej definicji ryzyka³⁶.

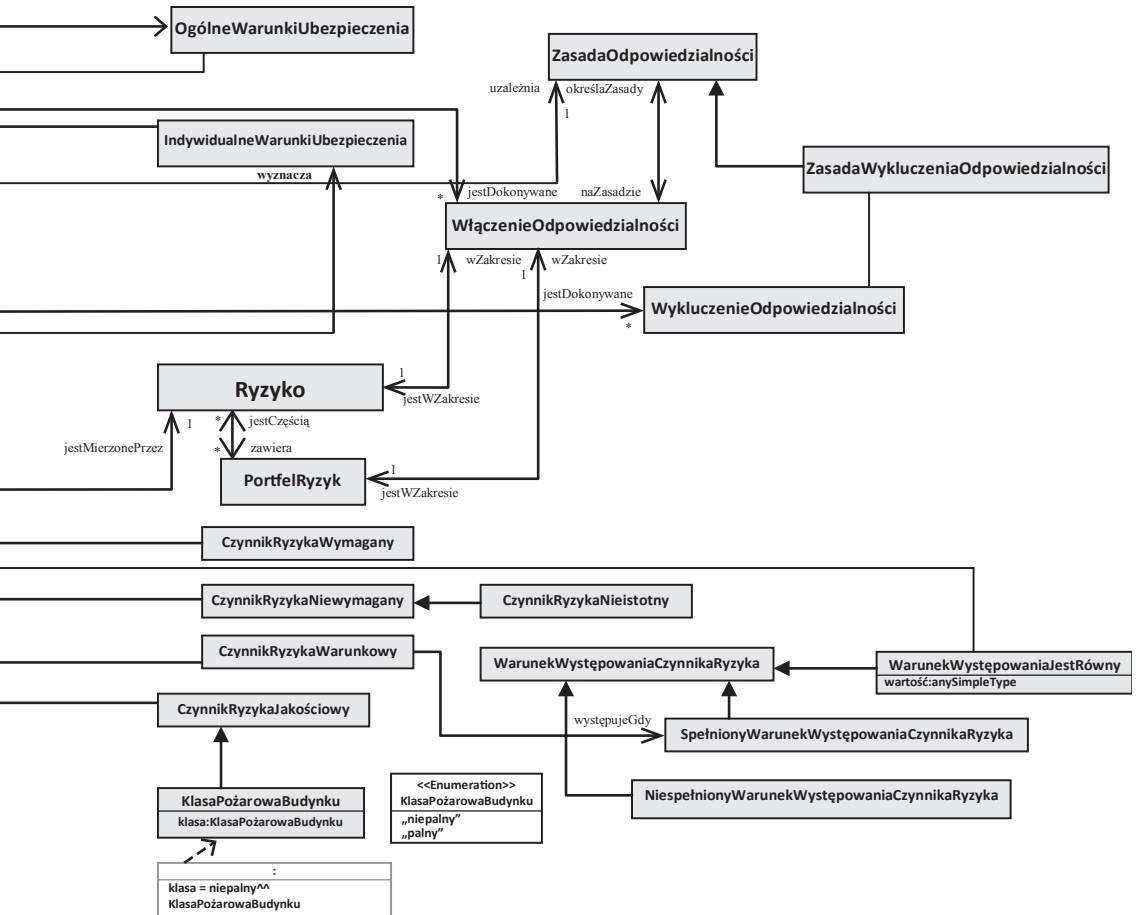
Reprezentacja produktu ubezpieczeniowego jest złożoną strukturą, w której podstawowe miejsce zajmuje triada: Polisa, Ubezpieczenie³⁷ oraz UmowaUbezpieczeniowa, która łączy ze sobą pojęcia z ontologii prawnoubezpieczeniowej³⁸. Oznaczenie ilości w schemacie przy pojęciu Polisa wskazuje, że jego wystąpienie nie jest obligatoryjne dla istnienia samego ubezpieczenia. UmowaUbezpieczeniowa inkorporuje OgólneWarunkiUbezpieczenia w taki sposób, że ich zapisy razem z zapisami zawartymi w samej umowie traktowane są jak WarunkiUmowyUbezpieczeniowej. Szczególnymi warunkami są ElementyUmowyUbezpieczeniowej, które powinny wystąpić w każdej umowie tego typu, np. określenie Składki. Warunki zapisane w umowie przede wszystkim wyznaczać muszą Ryzyka, których ubezpieczenie dotyczy. Wyznaczenie to następuje na podstawie WłączeniaOdpowiedzialności lub WyłączeniaOdpowiedzialności na określonych zasadach.

Zaprezentowany model znajdzie przykładowo zastosowanie w zadaniu opisanym w sekcji 4.1.

36. Mimo to nie każda z przedstawionych, zamodelowanych definicji jest odpowiednia do zastosowania, por. model przedstawiony na diagramie 2.

37. Celowo unikamy nazwania tego konceptu RodzajemUbezpieczenia ze względu na przyjętą konwencję modelowania. RodzajemUbezpieczenia nazwalibyśmy meta-klasę, której instancjami byłyby koncepty reprezentujące poszczególne rodzaje ubezpieczeń.

38. Pewne koncepcje przy konstrukcji modelu zaczerpnięto z Prawo Ubezpieczeń Gospodarczych, E. Kowalewski, wyd. 3. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.

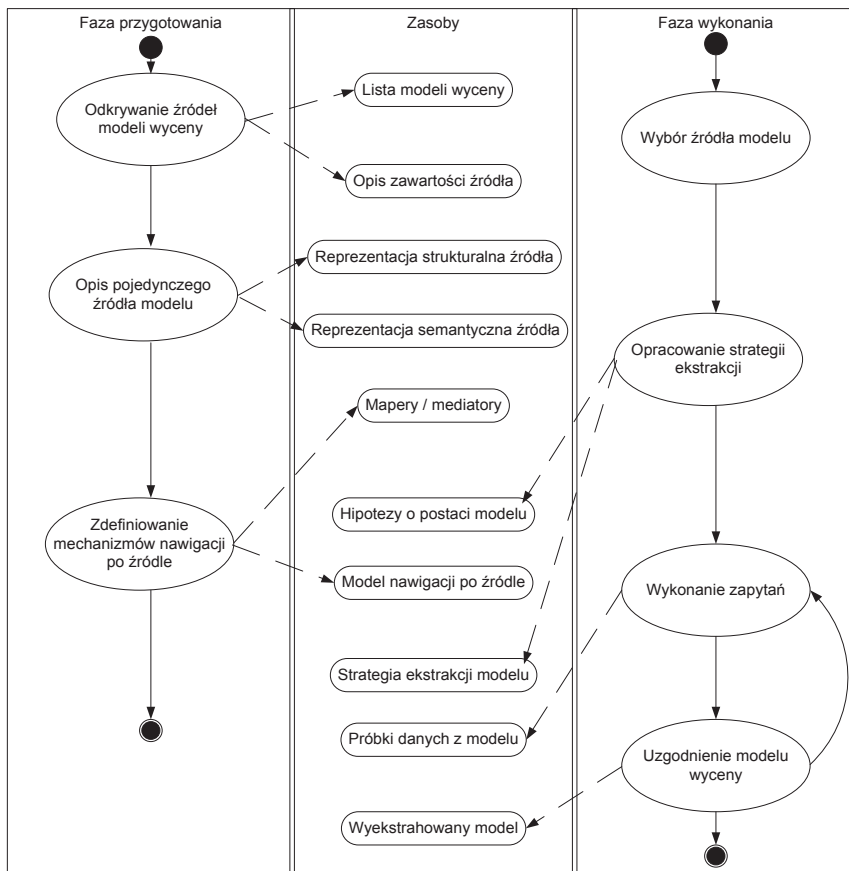


3. Przykład zastosowania modelu

3.1. EKSTRAKCYJA MODELI WYCENY PRODUKTU UBEZPIECZENIOWEGO ZE ŹRÓDEŁ INTERNETOWYCH

Jako nietypowy sposób zastosowania modelu przedstawionego w poprzedniej sekcji proponujemy zadanie ekstrakcji modeli wyceny produktu ubezpieczeniowego ze źródła internetowego. Idea tego pomysłu przedstawiona została na poniższym diagramie.

Diagram 8. Proces ekstrakcji modeli wyceny produktu ubezpieczeniowego ze źródła webowego



Źródło: opracowanie własne.

Schemat przedstawia dwie ścieżki obrazujące przebieg etapów procesu wraz ze skojarzonymi z tymi etapami zasobami. Zasoby są wynikiem przemieszczania się od jednego etapu do kolejnego w kierunku wskazanym nieprzerywanymi strzałkami. Ścieżka pierwsza przedstawia fazę przygotowawczą realizacji zadania. Z kolei przebieg przez ścieżkę drugą następuje w trakcie realizacji części głównej procesu tak, że może być on wielokrotnie powtarzany niezależnie od ścieżki fazy przygotowawczej.

Stawiamy hipotezę, że możliwe jest wyekstrahowanie modelu z dowolnego źródła internetowego³⁹ przy uwzględnieniu pewnych założeń minimalnych⁴⁰. Aby jednak zadanie tak zdefiniowane było wykonalne, potrzebne jest rozwiązanie szeregu problemów, takich jak: posiadanie uogólnionego opisu źródła, założenia dotyczące kształtu samego modelu wyceny, etc. Dodatkowo jako istotnie pomocna wydaje się reprezentacja semantyki zasobów znajdujących się w źródle. Reprezentacja ta dostarczona może być przez zaprezentowany przez nas, odpowiednio rozszerzony, zestaw ontologii.

Zadanie ekstrakcji modelu wyceny w swoich założeniach jest zbliżone do ekstrakcji informacji ze źródeł głębokiego Internetu. Istnieje jednak przy porównaniu obu z nich szereg ważnych różnic wymagających innego podejścia do tego pierwszego zagadnienia. Po pierwsze w odróżnieniu od ekstrakcji informacji, w zaproponowanym podejściu ekstrahujemy wiedzę. Źródłem, do którego się tutaj odwołujemy nie jest baza danych osiągalna poprzez interfejs internetowy⁴¹, lecz algorytm implementujący model wyceny. Pozór podobieństwa powodować może fakt, iż wyniki działania badanego algorytmu poznajemy poprzez zbliżony do przypadku ekstrakcji z głębokiego Internetu interfejs WWW. Po drugie ilość potencjalnych wyników jednostkowych w przypadku ekstrakcji modeli wyceny ze względu na zmianę kryteriów kalkulacji⁴² może być zdecydowanie liczniejsza, z drugiej strony istotna część wyników może być potraktowana jako pomijalna bez utraty jakości na wyekstrahowanym modelu⁴³.

3.2. DYNAMICZNA WYCENA RYZYKA ROZSZERZONA O SEMANTYCZNĄ INFORMACJĘ ZE ŹRÓDEŁ INTERNETOWYCH

Inną koncepcją jest wykorzystanie semantyki do udostępniania informacji (surowe dane dla statystyk) oraz wiadomości o zdarzeniach, stanie rzeczy, które mogą być użyte do zmiany postrzegania poziomu i kosztów ryzyk. Przedstawione zadanie nawiązuje do pomysłu zaprezentowanego w opracowaniu Tomaszewskiego z 2009 r.⁴⁴ Załóżmy na przykład, że informacja o problemach związanych z zadłużeniem określonego kraju zostanie opublikowana przez agencję prasową nie tylko w formie czytelnej dla ludzi, ale w wersji semantycznej (kanał RDF albo surowe dane). Wówczas po odczytaniu takiej informacji systemy agencji ratingowych mogłyby w automatyczny sposób kontrolować zmiany w ocenie ryzyka związanego z gospodarką danego kraju. Oczywiście taki sposób

39. Witryna internetowa, usługa sieciowa.

40. Założenia, o których tutaj mowa dotyczą przede wszystkim technologicznych aspektów związanych z ekstrakcją informacji z rozpatrywanego źródła, takich jak: kwestie możliwości uzyskania dostępu, intensywności dostępu do źródeł, stabilności otrzymywanych informacji, niewystępowania przeszkód w komunikacji, etc.

41. Najczęściej jest to pewien rodzaj formularza.

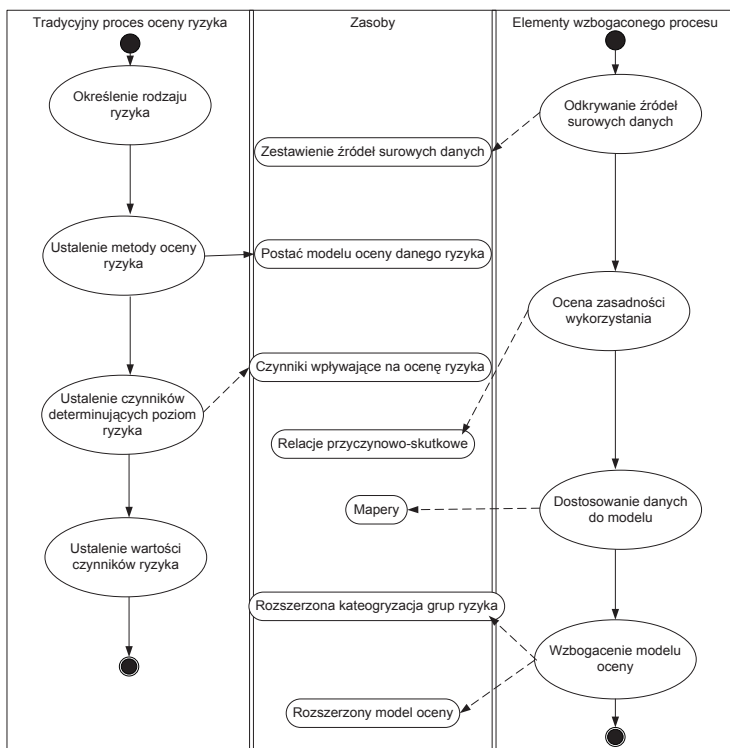
42. Ich analogiem w przypadku zadania ekstrakcji informacji z głębokiego Internetu są kryteria wyszukiwania w bazie danych.

43. W przypadku istnienia zależności funkcyjnych na przedziałach kryteriów wyceny pomiędzy kryteriami a wynikami jednostkowymi. Pojawia się jednak tutaj problem określenia, jaka informacja jest pomijalna.

44. T. Tomaszewski, *Przykłady zastosowań koncepcji semantycznej reprezentacji ryzyka w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, w: *Studia Ubezpieczeniowe 2009* – Wydaw. AE, 2009. ss. 232-242.

działania systemów oceny ryzyka wymagałby dodatkowej wiedzy potrzebnej do przeprowadzenia odpowiedniego wnioskowania. Wiedza taka mogłaby być zakodowana w formie ontologii. Realizacja takiego zadania przedstawiona została na kolejnym schemacie. Sposób interpretacji Diagramu 8 jest analogiczny do poprzedniego. Ścieżka po prawej stronie schematu jest asynchronicznym następstwem ścieżki odwzorowującej tradycyjną analizę ryzyka⁴⁵. Oznacza to, że proces wzbogacony poza generowaniem swoich własnych zasobów równocześnie operuje na zasobach bazowych dostarczonych przez ścieżkę z lewej strony. Dodatkowo zauważyć należy, że wynik końcowy obu ścieżek sprowadza się do stworzenia modelu oceny. Modele te będą porównywalne, choć mogą różnić się swoją złożonością lub szczegółową postacią.

Diagram 9. Proces wyceny ryzyka rozszerzonej o semantyczną informację ze źródeł internetowych



Źródło: opracowanie własne.

Podobny wpływ mogłyby mieć informacje o katastrofach, zmianach atmosferycznych, wypadkach w danym rejonie geograficznym, sytuacji gospodarczej, etc. Niektóre z takich danych są już aktualnie dostępne⁴⁶.

45. W. Ronka-Chmielowiec, *Modelowanie Ryzyka w Ubezpieczeniach*, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, 2003.

46. Przykładowo wskazać można tutaj dane dotyczące bankructw spółek publicznych w rozkładzie geograficznym w USA publikowane za każdy rok, np. http://www.sec.gov/open/data-sets/public_company_bankruptcy_cases.csv.

Podsumowanie

W niniejszym artykule wskazujemy na dwa możliwe do zastosowania w praktyce przykłady użycia wiedzy gromadzonej w strukturach informatycznych, niestosowanych wcześniej na szeroką skalę w systemach ubezpieczeniowych. Zarys projektu wskazanych struktur został omówiony i poddany pod dyskusję. Należy zwrócić uwagę, że nasze propozycje ograniczają się jedynie do wycinka sfery ubezpieczeń, nie uwzględniamy bowiem modeli oraz płynących z nich wniosków związanych z szerokim spojrzeniem na informację w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym, koncentrując się wyłącznie na pewnych aspektach operacyjnych.

Globalne spojrzenie na procesy finansowe zachodzące w dziedzinie ubezpieczeń jest równie interesujące z perspektywy inżynierii ontologii, jak i potencjalnych zastosowań. Niewątpliwie, w związku z tym należałoby w sposób szczególny poświęcić uwagę zagadnieniom z taką perspektywą związanym.

Wykaz źródeł:

- Abramowicz W., Stolarski P., Tomaszewski T., *Ontologie jako narzędzie budowy modeli w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, PIU nr 02/2010.
- Berners-Lee T., Hendler J., Lassila O., *The Semantic Web*, Scientific American Magazine, May 2001.
- <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.htm>.
- Making the case for Solvency II technology*, opracowanie Deloitte UK, Luty 2010.
- Kaczała M, praca doktorska, *Internet jako instrument dystrybucji ubezpieczeniowej*, UEP 2006.
- Karmańska A., Michalski T., Śliwiński A., *Ubezpieczenia gospodarcze: ryzyko i metodologia oceny*, pod red. Michalski T. C. H. Beck, Warszawa 2004.
- Kowalewski E., *Prawo Ubezpieczeń Gospodarczych*, wyd. 3. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.
- Milea V., Frasincar F., Kaymak U., Noia T., *An OWL-Based Approach Towards Representing Time in Web Information Systems*, Proceedings of the 19th International Conference on Advanced Information Systems Engineering (CAiSE 2007), pages 791-802, Tapir Academic Press, 2007.
- Monkiewicz J., Gąsioriewicz L., Hadyniak B., *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, „Poltext”, 2000.
- Dyrektywa 2003/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego, http://www.epsplus.net/media/files/polish_eur_lex_32003l0098_pl.
- Ronka-Chmielowiec W., *Modelowanie Ryzyka w Ubezpieczeniach*, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, 2003.
- Tomaszewski T., *Przykłady zastosowań koncepcji semantycznej reprezentacji ryzyka w ubezpieczeniowych systemach informacyjnych*, w: „Studia Ubezpieczeniowe” 2009 – Wydaw. AE, 2009.

Ontology as a tool for building models in insurance information systems – risk and product modelling (part 2) – Summary

Risk is a pivotal factor in insurance. This article focuses on the new ways of modelling the risk definition for the purposes of ontology. Appropriate selection of the definition for its modelling has significant impact on the form and efficiency of the entire ontology. With such a model available in the information system, many publicly accessible online databases can be used for insurance purposes. Particularly promising is the provision of data in RDF format as part of the Open Government initiative, along with the semantic description, as the information can supplement the risk model. In a wider perspective, the risk modelling enables designing a method for extraction of insurance product valuation models from internet sources. For that purpose, it has been proposed that insurance product representation should include primarily the following triad: the policy, the insurance and the insurance agreement.

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

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

Dr KRZYSZTOF WĘCEL jest adiunktem w Katedrze Informatyki Ekonomicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

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

MIROŚLAW SZREDER
EWA WYCINKA

Możliwe ekonomiczne skutki podwyższenia limitu prędkości na drogach w Polsce

W opracowaniu przedstawiono symulację przewidywanych zmian w liczbie wypadków drogowych i liczbie ofiar wypadków w Polsce na skutek podwyższenia od 1 stycznia 2011 r. limitu prędkości na autostradach i drogach ekspresowych. Szacunkom tym przypisano odpowiednie koszty, które wypadki drogowe generują dla zakładów ubezpieczeń i gospodarki jako całości. Większość obliczeń została wykonana w oparciu o oficjalne statystyki UE.

Wprowadzenie

Poniższa analiza przedstawia negatywne skutki podniesienia limitów prędkości na autostradach i drogach ekspresowych dwujezdniowych w Polsce na mocy obowiązującej od 31 grudnia 2010 r. nowelizacji ustawy Prawo o ruchu drogowym. Z wyższej o 10 km/h dopuszczalnej prędkości korzystać mogą motocykle i pojazdy o masie do 3,5 t. W oparciu o jeden z najbardziej popularnych w Europie modeli współzależności między prędkością pojazdów a liczbą wypadków i ofiar podajemy szacunki zmian w liczbie wypadków, liczbie rannych i zabitych, które mogą się zrealizować jako efekt wyższych dopuszczalnych prędkości. Szacunkom tym przypisujemy odpowiednie koszty, które ponoszą zakłady ubezpieczeń i gospodarka jako całość.

1. Bezpieczeństwo na polskich drogach na tle Unii Europejskiej

Bezpieczeństwo na drogach mierzone jest najczęściej bezwzględnymi liczbami wypadków i śmiertelnych ofiar wypadków, a także wskaźnikami liczby ofiar wypadków przypadających na 1 mln ludności lub 1 mln zarejestrowanych pojazdów. Są to bardzo syntetyczne mierniki, niewiele mówiące o przyczynach wypadków, lecz silnie przemawiające do wyobraźni użytkowników dróg.

Jeśli chodzi o bezwzględną liczbę śmiertelnych ofiar wypadków, to w tym zakresie istnieją szczegółowe dane gromadzone i analizowane od lat przez Komisję Europejską. Z danych tych wynika, że w roku 2009 we wszystkich 27 krajach UE śmierć w wypadkach drogowych poniosło 34,5 tys. osób. **Najwięcej osób zginęło na polskich drogach –**

4572. Na kolejnych miejscach pod tym względem lokują się Francja z 4273 ofiarami wypadków oraz Niemcy i Włochy z liczbą ofiar odpowiednio: 4152 i 4050. W ciągu ostatnich dziewięciu lat liczba śmiertelnych wypadków na drogach zmalała w Polsce o 17 proc., podczas gdy we Francji, Niemczech i Włoszech odpowiednio o: 47 proc., 40 proc. i 43 proc. Wstępując do UE nie byliśmy, tak jak obecnie, krajem o największej liczbie ofiar wypadków.

Tablica 1. Liczba zabitych w wypadkach drogowych w Polsce i pozostałych krajach UE w latach 2001-2009

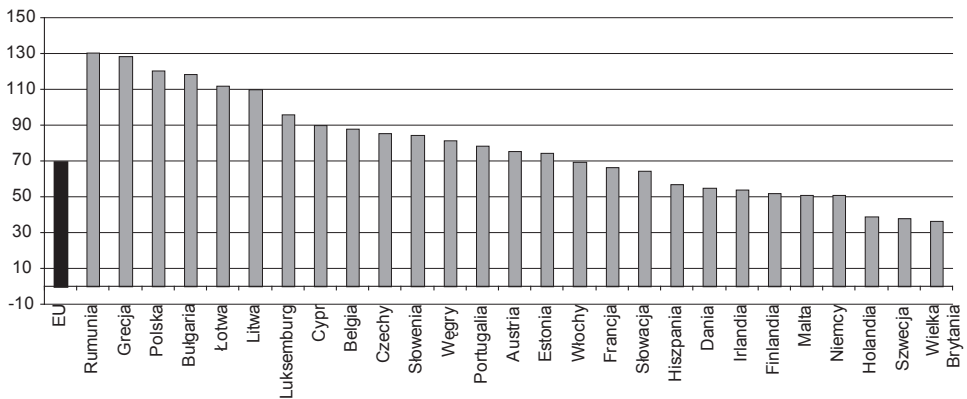
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Austria	958	956	931	878	768	730	691	679	633
Belgia	1 486	1 306	1 214	1 162	1 089	1 069	1 071	944	955
Bułgaria	1 011	959	960	943	957	1 043	1 006	1 061	901
Cypr	98	94	97	117	102	86	89	82	71
Czechy	1 334	1 431	1 447	1 382	1 286	1 063	1 221	1 076	901
Dania	431	463	432	369	331	306	406	406	303
Estonia	199	223	164	170	169	204	196	132	100
Finlandia	433	415	379	375	379	336	380	344	279
Francja	8 162	7 655	6 058	5 530	5 318	4 709	4 620	4 275	4 273
Grecja	1 880	1 634	1 605	1 670	1 658	1 657	1 612	1 555	1 453
Hiszpania	5 517	5 347	5 400	4 749	4 442	4 104	3 823	3 100	2 605
Holandia	993	987	1 028	804	750	730	709	677	644
Irlandia	412	376	337	374	396	365	338	280	240
Litwa	706	697	709	752	773	759	739	499	370
Luksemburg	70	62	53	49	46	36	46	35	47
Łotwa	558	559	532	516	442	407	419	316	254
Malta	16	16	16	13	17	11	14	15	21
Niemcy	6 977	6 842	6 613	5 842	5 361	5 091	4 949	4 477	4 152
Polska	5 534	5 827	5 640	5 712	5 444	5 243	5 583	5 437	4 572
Portugalia	1 670	1 655	1 542	1 294	1 247	969	974	885	840
Rumunia	2 461	2 398	2 235	2 418	2 461	2 478	2 800	3 061	2 796
Słowacja	614	610	645	603	560	579	627	558	347
Słowenia	278	269	242	274	258	262	293	214	171
Szwecja	583	560	529	480	440	445	471	397	355
Węgry	1 239	1 429	1 326	1 296	1 278	1 303	1 232	996	822
Wielka Brytania	3 598	3 581	3 658	3 368	3 336	3 298	3 059	2 645	2 337
Włochy	7 096	6 980	6 563	6 122	5 818	5 669	5 131	4 731	4 050
EU	54 302	53 342	50 351	47 290	45 346	43 104	42 500	38 900	34 500
roczna zmiana		-2%	-6%	-6%	-4%	-5%	-1%	-8%	-11%
zmiana od 2001		-2%	-7%	-13%	-16%	-21%	-22%	-28%	-36%

Źródło: dane Komisji Europejskiej (European Commission Road Safety).

W wypadkach drogowych giną nie tylko kierowcy i pasażerowie, ale także piesi¹. Tych ostatnich było w naszym kraju w 2009 r. aż 1467, z czego 970 zginęło w wypadkach mających miejsce na obszarze zabudowanym, a 497 poza obszarem zabudowanym. Łączna liczba zabitych pieszych jest w Polsce ponad dwukrotnie większa niż w Niemczech i we Włoszech, i prawie trzykrotnie większa niż we Francji (przy porównywalnej z tymi krajami ogólnej liczbie ofiar wypadków).

Liczyby względne potwierdzają tezę o bardzo niskim stopniu bezpieczeństwa na polskich drogach. Liczba śmiertelnych wypadków w Polsce w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców wyniosła w 2009 r. 120 i była prawie najwyższa w UE (wyższy wskaźnik – 130 zanotowała jedynie Grecja i Rumunia) (por. Wykres 1). Ponad trzykrotnie niższe wskaźniki mają m.in W. Brytania, Holandia i Szwecja.

Wykres 1. Liczba ofiar wypadków w przeliczeniu na milion mieszkańców w UE w 2009 r.



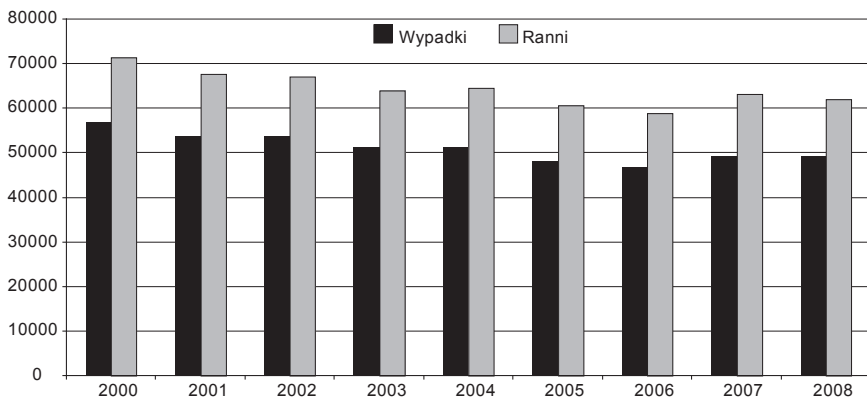
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Eurostatu.

Dziesięć lat temu wyższe od Polski wskaźniki liczby ofiar na milion mieszkańców miały: Grecja – 193, Portugalia – 186, Luksemburg – 172. Wszystkie te państwa zdołały w większym stopniu zmniejszyć te wskaźniki, redukując je nawet o ponad połowę. Zbliżony obraz bezpieczeństwa w ruchu drogowym uzyskuje się biorąc do porównań iloraz liczby ofiar wypadków do liczby zarejestrowanych samochodów. Jesteśmy i tutaj na szczycie niechlubnej klasyfikacji, ze wskaźnikiem ponad trzykrotnie wyższym niż w Szwecji i kilku innych krajach UE.

Ogólna liczba wypadków drogowych w Polsce nie jest wcale najwyższa wśród krajów UE. Wyższą liczbę wypadków notuje się we Włoszech i w W. Brytanii (w obu krajach kilkakrotnie wyższą), a także we Francji i w Hiszpanii. Problemem naszych dróg jest duża śmiertelność w wypadkach drogowych oraz utrzymująca się od wielu lat na poziomie ponad 60 tys. wysoka liczba rannych. Wykres 2 przedstawia liczbę wypadków i liczbę rannych osób w wypadkach na terytorium Polski w latach 2000-2008.

1. W roku 2005 na polskich autostradach zginęło 7 pieszych, czyli więcej niż np. w Danii (4), Belgii (2) czy Austrii (6), ale mniej niż w W. Brytanii (30) lub we Włoszech (31), por. *Annual Statistical Report 2007*, European Road Safety Observatory, 2007, s. 49.

Wykres 2. Liczba wypadków i liczba rannych w wypadkach w Polsce w latach 2000-2008



Źródło: Komenda Główna Policji.

2. Limity prędkości a bezpieczeństwo na drogach

Zalecane przez Komisję Europejską limity prędkości to: 120 lub 130 km/h na autostradach, 80 lub 90 km/h na drogach w obszarach niezabudowanych, oraz 50km/h w obszarze zabudowanym².

W Niemczech, gdzie nie ma ogólnego ograniczenia prędkości na autostradach, zalecana maksymalna prędkość wynosi 130 km/h, przy czym w wielu miejscach dozwolona prędkość ograniczona jest do 120 lub 100 km/h. W niektórych krajach, jak w Finlandii, Szwecji, Francji, ustalone są niższe limity dozwolonej prędkości na autostradach w zależności od pory roku (zima) lub warunków pogodowych (mokra nawierzchnia, mgła). Z wyjątkiem Włoch, gdzie na niektórych odcinkach autostrad o trzech pasach ruchu w każdym kierunku dozwolona jest prędkość 150 km/h, wszystkie inne kraje UE, a także Norwegia, Szwajcaria, Turcja posiadają maksymalne limity prędkości na autostradach z przedziału 100 km/h – 130 km/h. Od 31 grudnia 2010 r. w Polsce maksymalna dozwolona prędkość na autostradzie wynosi 140 km/h i – pomijając Niemcy oraz fragmenty autostrad we Włoszech – jesteśmy krajem o najwyższej dozwolonej prędkości na autostradach w Europie. Dodatkowo nasze prawo dotyczące odpowiedzialności kierowcy za kontrolę prędkości pojazdu jest szczególnie mało restrykcyjne, gdyż pozwala policji karać mandatem kierowcę dopiero po przekroczeniu prędkości 150 km/h³.

Na drogach ekspresowych dwujezdniowych (odpowiednik brytyjskich *dual carriageways*) znowelizowana ustawa pozwala także na szybszą niż dotychczas jazdę. Maksymalna prędkość wynosi od tego roku 120 km/h, podczas gdy w większości innych krajów

2. W obrębie osiedli mieszkaniowych, gdzie ofiarami wypadków są często rowerzyści oraz dzieci, wiele państw wprowadziło ograniczenia do 30km/h lub 20 km/h. Wyniki badań efektów wprowadzenia ograniczenia do 20mil/h (32km/h) w osiedlach Londynu na przestrzeni lat 1986-2006 omawiają w czasopiśmie „The British Medical Journal” Ch. Grundy et all. [2009], zwracając uwagę, że liczba rannych w tym okresie zmniejszyła się o 41, a liczba zabitych i ciężko rannych o połowę.
3. Policjanci używający laserowych mierników prędkości mają prawo karać kierowcę za przekroczenie prędkości już od 5 km/h.

w tym w W. Brytanii 110 km/h (70 mil/h). Analogicznie do autostrad, również w przypadku dróg ekspresowych zastosowano w znowelizowanej ustawie tolerancję dla kierowców przekraczających dozwoloną szybkość do 10 km/h.

Niedostosowanie prędkości do warunków drogowych, a także do umiejętności kierowcy jest jedną z najważniejszych od lat przyczyn wypadków na polskich drogach. Należy się spodziewać, że podwyższenie maksymalnej dozwolonej prędkości spowoduje wzrost przeciętnej szybkości na autostradach i drogach ekspresowych. To z kolei nie będzie bez wpływu na liczbę wypadków i liczbę ofiar. Zależności bowiem między prędkością pojazdu a ryzykiem uczestniczenia w wypadku, w tym także w wypadku powodującym śmierć lub poważny uszczerbek na zdrowiu, są znane i dobrze uzasadnione wieloma międzynarodowymi badaniami inżynierów i statystyków. Najpoważniejsze w tym względzie zaślugi mają eksperci szwedzcy, szczególnie G. Nilsson⁴. Zależności między prędkością pojazdu a ryzykiem wypadku i liczbą ofiar zostały sformułowane po analizie wielu szczegółowych zbiorów danych statystycznych, odnoszących się do zdarzeń drogowych wielu krajów. Na zależności te (modele) powołują się zarówno naukowcy, specjaliści z zakresu transportu drogowego, jak i agendy oraz programy Komisji Europejskiej (np. *European Road Safety Observatory*), por. np. *Speeding*⁵ lub Taylor, Lynam i Baruya⁶.

Model potęgowy Nilssona⁷ opisuje wpływ zmiany przeciętnej prędkości pojazdów z v_0 do v_1 na:

- ogólną liczbę wypadków (z udziałem osób rannych):

$$y_1 = \left(\frac{v_1}{v_0}\right)^2 \cdot y_0$$

- liczbę śmiertelnych wypadków:

$$y_1^f = \left(\frac{v_1}{v_0}\right)^4 \cdot y_0^f$$

gdzie we wzorach tych poszczególne symbole oznaczają:

y_0 – liczbę wypadków odpowiadającą średniej prędkości przed zmianą (v_0),

y_1 – liczbę wypadków odpowiadającą średniej prędkości po zmianie (v_1),

y_0^f – liczbę wypadków śmiertelnych odpowiadającą średniej prędkości przed zmianą (v_0),

y_1^f – liczbę wypadków śmiertelnych odpowiadającą średniej prędkości po zmianie (v_1).

Wzory te pozwalają na oszacowanie średnich zmian w liczbie wypadków i liczbie ofiar wypadków spowodowanych wzrostem prędkości na drogach ekspresowych i autostradach w Polsce.

4. G., Nilsson *Traffic Safety Dimensions and the Power Model to Describe the Effect of Speed on Safety*, Lund Institute of Technology and Society, Traffic Engineering, 2004.

5. *Speeding*, European Road Safety Observatory, January 2007 (www.erso.eu), (02.02.2011).

6. M.C. Taylor, D.A. Lynam, A. Baruya, *The effects of drivers' speed on the frequency of road accidents*, Transport Research Laboratory Report no. 421, 2000.

7. G., Nilsson *Traffic Safety Dimensions and the Power Model to Describe the Effect of Speed on Safety*, Lund Institute of Technology and Society, Traffic Engineering, 2004, s. 87.

Jeżeli założymy, że podwyższenie limitu prędkości na drogach ekspresowych w Polsce ze 110km/h do 120 km/h powodować będzie takie samo zwiększenie rzeczywistej przeciętnej szybkości pojazdów (wersja pesymistyczna), to skutkiem tego będzie:

- zwiększenie ogólnej liczby wypadków z udziałem rannych o 19 proc.,
- zwiększenie liczby ofiar śmiertelnych na tych drogach o 41,6 proc.,
- zwiększenie liczby rannych w wypadkach na tych drogach o 24 proc.

Nie wszyscy kierowcy będą oczywiście jeździli z maksymalną dozwoloną prędkością. W tym sensie wariant tych obliczeń można uznać za pesymistyczny. Ale z drugiej strony będą i tacy, którzy skorzystają z nowego zapisu ustawy, iż nie zostaną ukarani mandatem, jeżeli na drodze ekspresowej nie przekroczą 130 km/h i wtedy ryzyko wypadku z ich udziałem wzrośnie jeszcze bardziej.

Zwiększenie dozwolonej prędkości na autostradach w Polsce ze 130km/h do 140 km/h uznać trzeba za ewenement w Europie i za decyzję niespójną z ogólną polityką Komisji Europejskiej w zakresie ustalania limitów prędkości na autostradach. Przy tak dużych prędkościach dyskusja o skutkach tej decyzji powinna dotyczyć nie tylko (choć przede wszystkim) wypadków i poszkodowanych w nich ofiar, ale także ochrony środowiska naturalnego. To ostatnie będzie zapewne tematem debat ekologów, dlatego ograniczymy się do oszacowania skutków zwiększenia prędkości na autostradach wyrażonych w liczbie wypadków, rannych i zabitych. Korzystając z modelu G. Nilssona, przy założeniu, że średnia prędkość pojazdów na autostradach wzrośnie ze 130 km/h do 140 km/h, spowoduje to przeciętnie:

- wzrost ogólnej liczby wypadków z udziałem rannych o 16 proc.,
- wzrost liczby ofiar śmiertelnych na autostradach o 34,5 proc.,
- wzrost liczby rannych o 20,6 proc.

Także i w tym przypadku, przedstawioną wyżej wersję uznać należy za pesymistyczną, przy czym realistyczną będą ją czynić ci kierowcy, którzy na mocy znowelizowanej ustawy unikną kary nawet przy prędkości 150 km/h i postanowią z tego skorzystać.

Na obu rodzajach dróg procentowy wzrost w przewidywanej liczbie rannych jest większy od wzrostu liczby wypadków, gdyż – jak wynika z badań – istnieje dodatnia korelacja między prędkością pojazdów na drodze a liczbą rannych przypadających na jeden wypadek drogowy. Zależność tę ilustruje Tabela 2.

Tabela 2. Względna zmiana w liczbie rannych przypadających na 1 wypadek drogowy przy różnych zmianach prędkości pojazdów i średniej liczbie rannych w wypadkach drogowych

Procentowa zmiana prędkości	Liczba rannych przypadających na 1 wypadek					
	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6
-10	-1,4%	-2,6%	-3,6%	-4,4%	-5,1%	-5,8%
-5	-0,8%	-1,5%	-2,0%	-2,5%	-2,9%	-3,3%
0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
+5	1,0%	1,9%	2,6%	3,2%	3,8%	4,2%
+10	2,3%	4,2%	5,9%	7,3%	8,5%	9,5%

Źródło: G. Nilsson „Traffic Safety Dimensions and the Power Model to Describe the Effect of Speed on Safety”, Lund Institute of Technology and Society, Traffic Engineering, 2004, s. 89.

W Polsce w ostatnich latach liczba rannych osób przypadających na jeden wypadek drogowy wynosi około 1,27. Oznacza to, że zwiększenie prędkości samochodów na drogach ekspresowych i autostradach w Polsce o 8-9 proc. zwiększa przeciętnie liczbę rannych przypadających na jeden wypadek drogowy o około 4 proc. Stąd procentowy wzrost liczby rannych jest w naszych obliczeniach wyższy od analogicznego wzrostu liczby wypadków.

W przedstawionych wyżej szacunkach założyliśmy, że prędkość samochodów wzrośnie w takim samym stopniu jak rosną maksymalne dopuszczalne limity prędkości. Wersję tę traktujemy jako pesymistyczną, w której wzrost liczby wypadków i ofiar jest najwyższy. Sporządziliśmy także dwie inne wersje:

- realistyczną, w której zakładamy, że przeciętna szybkość samochodu na analizowanych rodzajach dróg jest o 10 km/h niższa od dopuszczalnej, a zmiana przepisów spowoduje wzrost tej prędkości zaledwie o 5 km/h;
- optymistyczną, przy założeniu, że średnia szybkość pojazdów jest o 20 km/h niższa od dopuszczalnej, a zmiana przepisów spowoduje wzrost tej prędkości zaledwie o 2 km/h.

Wyniki tych symulacji przedstawiono w Tabelach 3 i 4.

Tabela 3. Wpływ zwiększenia limitu prędkości na liczbę wypadków i ofiar na drogach ekspresowych (wersje realistyczna i optymistyczna).

	Wzrost liczby wypadków ogółem	Wzrost liczby zabitych	Wzrost liczby rannych
Wersja realistyczna	10%	22%	13%
Wersja optymistyczna	4,5%	9%	5%

Źródło: obliczenia własne.

Tabela 4. Wpływ zwiększenia limitu prędkości na liczbę wypadków i ofiar na autostradach (wersje realistyczna i optymistyczna).

	Wzrost liczby wypadków ogółem	Wzrost liczby zabitych	Wzrost liczby rannych
Wersja realistyczna	9%	18%	11%
Wersja optymistyczna	3,7%	7,5%	3%

Źródło: obliczenia własne.

W roku 2010 na polskich autostradach i drogach ekspresowych zginęło łącznie 66 osób. Z naszych obliczeń wynika, że liczba ta może wzrosnąć o 5 – 27 osób w roku 2011 z powodu wzrostu prędkości pojazdów na tych drogach. Nie jest to duża liczba, jeżeli odnieść ją do ogółu ofiar na drogach (4,5 tys.). Czy może to jednak być argumentem za zwiększaniem ryzyka tam, gdzie dotychczas było ono mniejsze? Wieloletnie badania ruchu na drogach w wielu krajach nie pozostawiają wątpliwości, że podwyższenie dozwolonej prędkości powoduje wymierny wzrost ryzyka wypadku. Ostatecznie oczywiście, wszystko zależy będzie od samych kierowców, od ich rozważy i nieuleganiu presji maksymalnej dozwolonej prędkości.

3. Przewidywane koszty zwiększonego ryzyka na drogach

W Polsce co roku 24 proc. wypadków drogowych jest spowodowanych niedostosowaniem prędkości do warunków ruchu. Wypadkom poza terenem zabudowanym, w tym na drogach ekspresowych i autostradach, towarzyszy większa liczba ofiar niż wypadkom w terenie zabudowanym. Według policji jest to spowodowane tym iż kierowcy rozwijają większe prędkości, w samochodzie ginie więcej niż jedna osoba, a pomoc lekarska dociera znacznie później⁸.

Według Banku Światowego rocznie w Polsce straty z powodu utraty produktywności ofiar wypadków drogowych wynoszą 2 proc. PKB (ok. 2 mld USD). Jakie są rzeczywiste koszty wypadków drogowych? Ich oszacowanie jest dość trudne. Na koszty wypadku składają się bowiem koszty bezpośrednie i pośrednie ponoszone przez sprawców, ofiary i ich rodziny, zakłady ubezpieczeń, i wreszcie przez inne instytucje powołane do likwidacji skutków wypadków. Koszty bezpośrednie wywołane przez wypadki drogowe to:

- bezpośrednie majątkowe i osobowe straty uczestników wypadku częściowo pokrywane przez system ubezpieczeń,
- koszty służb specjalnych (policji, pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, sądownictwa itp.),
- koszty świadczeń medycznych i rehabilitacji ofiar wypadków,
- straty w produkcji spowodowane absencją rannych i zabitych,
- koszty materialne niepokryte przez ubezpieczenie, w tym straty w sferze własności publicznej.

Ranni w wypadkach odczuwają często długoterminowy wpływ obrażeń spowodowanych wypadkiem drogowym w postaci:

- pogorszenia funkcji organów ciała,
- trwałego inwalidztwa,
- negatywnych konsekwencji psychologicznych,
- pogorszenia jakości życia,
- utraty pracy lub zamiany na mniej satysfakcjonującą.

Brak badań w Polsce nad dalszymi losami ofiar wypadków drogowych uniemożliwia określenie skali tego problemu i oszacowanie rzeczywistych kosztów związanym z rannymi w wypadkach drogowych.

Najbardziej dyskusyjnym elementem kosztów wypadków drogowych jest oszacowanie strat związanych z ofiarami śmiertelnymi. Życie i zdrowie człowieka są wartościami bezcennymi i z punktu widzenia etyki wyznaczanie ich wartości pieniężnej jest niemożliwe. Jednak z ekonomicznego punktu widzenia przedwczesna utrata życia, bądź uszczerbek na zdrowiu, wiąże się z powstaniem strat finansowych u poszkodowanego, jego bliskich, jak i w całym społeczeństwie. Cierpienie ofiary i jej bliskich może być mierzone w pieniądzu jako maksymalna kwota jaką osoby te byłyby skłonne zapłacić, aby uniknąć niepożądanych zdarzeń. Podejście to stało się podstawą metody pieniężnej wyceny strat osobowych w wypadkach (*willingness to pay method*).

8. *Wypadki drogowe w Polsce w 2009*, Komenda Główna Policji, 2010.

Powyższe elementy składają się na całkowity koszt wypadku drogowego. Już w latach 60. XX wieku prowadzone były pierwsze badania w celu oszacowania „pieniężnej wartości bezpieczeństwa na drogach” (*monetary valuation of road safety*). Odnośnie do wypadków drogowych oszacowania te przedstawiają wielkość jaką dane społeczeństwo byłoby gotowe zapłacić w celu uniknięcia wypadku (tzw. rekomendowane koszty bezpieczeństwa). Wielkości te różnią się w poszczególnych państwach, co ciekawe, są dodatnio skorelowane z poziomem bezpieczeństwa na drogach w danym państwie. Najwyższe opłaty za bezpieczeństwo są gotowi płacić obywatele państw o najbezpieczniejszych drogach: Norwegia, Wielka Brytania, Szwecja.

Najnowsze oszacowania rekomendowanych kosztów bezpieczeństwa dla poszczególnych państw Europy (po uwzględnieniu różnic w sile nabywczej pieniądza) zostały przedstawione w raporcie HAETACO z 2006 r.⁹ Według powyższych oszacowań, ofiara śmiertelna wypadku drogowego w Polsce oznacza łączny koszt rzędu 630 tys. euro, ciężko ranny – 84,5 tys. euro, a lekko ranny – 6,1 tys. euro. Również Instytut Badawczy Dróg i Mostów szacuje koszty wypadków drogowych na niewiele niższym poziomie. Według Instytutu na średni jednostkowy koszt wypadku drogowego poza obszarem zabudowanym składa się: 50435 zł z tytułu strat materialnych, oraz 1415757 zł na każdą ofiarę śmiertelną i 210487 zł na każdego rannego w wypadku¹⁰.

Wzrost liczby ofiar śmiertelnych na skutek podwyższenia limitów prędkości oznaczać będzie – przy założeniu szacunku kosztów jednostkowych wg HAETACO – zwiększone koszty rzędu od 3,3 mln euro rocznie (wariant optymistyczny) do 15,4 mln Euro rocznie (wariant pesymistyczny). Do tego należy doliczyć koszty dotyczące osób rannych w wypadkach w wysokości od 0,12 mln euro do 9,7 mln euro, w zależności od natężenia obrażeń i przyjętego wariantu. Przyjmując natomiast szacunki jednostkowych kosztów wypadków Instytutu Badawczego Dróg i Mostów, zwiększenie liczby wypadków na skutek podniesienia dopuszczalnej prędkości kosztować będzie całe społeczeństwo od 12,26 mln zł do 61,8 mln zł (Tabela 5).

Tabela 5. Oszacowanie kosztów zwiększonej liczby wypadków według przyjętych wariantów (w zł)

Wariant	Koszty materialne	Koszty ofiar śmiertelnych	Koszty rannych	Razem
Pesymistyczny	3 129 492	34 548 718	24 125 599	61 803 808
Realistyczny	1 716 303	18 121 690	12 947 055	32 785 048
Optymistyczny	730 500	7 496 433	4 039 246	12 266 179

Źródło: obliczenia własne.

9. P. Bickel, *HAETACO deliverable 5. Proposal for harmonized guidelines. EU-project developing harmonized European approaches for transport costing and project assessment*, Institut für Energiewissenschaft und Rationelle Energieanwendung, Stuttgart 2006.
10. Na podstawie: Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, „Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz działania realizowane w tym zakresie w 2008 roku”, Druk Sejmowy 2155; 01.07.2009.

W dużej części wszystkich tych kosztów partycypuje sektor ubezpieczeń gospodarczych. W roku 2009 z tytułu ubezpieczenia OC kierowców i posiadaczy pojazdów mechanicznych zakłady ubezpieczeń wypłaciły 5,16 mld zł odszkodowań i świadczeń, w tym 264,2 mln zł rent. Średnia wysokość odszkodowania z ubezpieczenia OC wynosiła 5,15 tys. zł. Wprowadzona w 2008 roku, nowelizacją Kodeksu cywilnego, możliwość zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz osób bliskich zmarłemu, będzie powodować w najbliższych latach wzrost wysokości odszkodowań za wypadki drogowe, szczególnie te z ofiarami śmiertelnymi. Z tytułu ubezpieczeń AC w roku 2009 zakłady ubezpieczeń wypłaciły 3,75 mld zł odszkodowań, średnia wysokość odszkodowania wyniosła 4,84 tys. zł. (por. Ubezpieczenia komunikacyjne... [2010]). Wielkość ta odnosi się zarówno do kolizji, wypadków, jak i innych sytuacji w których dochodzi do uszkodzenia lub utraty pojazdu. Trzeba jednak mieć na uwadze to, iż koszty wielu wypadków są w rzeczywistości wyższe niż średnie, szczególnie tych wypadków, do których dochodzi przy dużej prędkości pojazdu. Odszkodowania z polis AC pokrywają tylko szkody materialne w ubezpieczonym pojeździe¹¹, a odszkodowania i świadczenia z polis OC szkody materialne i osobowe powstałe u poszkodowanych. W statystykach szkodowości ubezpieczeń komunikacyjnych nie ujmuje się odszkodowań i świadczeń wypłacanych z polis NNW, zdrowotnych, *assistance*, spedycyjnych i pozostałych ubezpieczeń majątkowych i życiowych zawartych na rzecz sprawcy i poszkodowanych w wypadku. Wzrost liczby wypadków drogowych może więc w dużym stopniu finansowo obciążyć zakłady ubezpieczeń.

Powyższe kalkulacje zostały wykonane w oparciu o oficjalne statystyki dotyczące liczby wypadków i kolizji rejestrowanych przez policję. Przeważająca część kolizji drogowych, jak również niektóre wypadki nie są zgłaszane. W celu obliczenia faktycznej liczby zdarzeń drogowych i ich skutków sugeruje się stosowanie mnożnika 1,02 dla liczby zabitych, 2,25 dla liczby rannych i 6 dla liczby kolizji¹². Zastosowanie powyższej korekty spowodowałoby więc dodatkowe podwyższenie oszacowanych przez nas kosztów społecznych podniesienia limitów prędkości.

Podsumowanie

Zależności pomiędzy prędkością pojazdów na drodze a ryzykiem wypadku dotyczą w podobnym stopniu wielu państw i nie należy się tu doszukiwać jakiejś specyfiki naszego kraju. Nie jesteśmy przeciętnie lepszymi kierowcami od innych, nie posiadamy też lepszych, bezpieczniejszych aut. Obiektywnie więc od 2011 roku ryzyko jazdy drogami ekspresowymi i autostradami w Polsce rośnie. Podwyższając limity prędkości do najwyższych w Europie zmierzamy, w naszym przekonaniu, w złym kierunku. Niewiele krajów na świecie realizuje podobną politykę. Owszem, również w tym roku od 6 stycznia obowiązują wyższe limity prędkości na wybranych drogach szybkiego ruchu i auto-

11. W Polsce w 2008 roku ubezpieczenie AC posiadało tylko ok. 21 proc. zarejestrowanych pojazdów.

12. Średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej zaproponowana w raporcie HEATCO 2006.

stradach w Izraelu, tyle że dozwolona prędkość wzrasta tam ze 100 km/h do 110 km/h. A i ta zmiana, jak pisze gazeta *The Jerusalem Post* z 10 grudnia 2010 r., poprzedzona została dwuletnimi badaniami grupy kilkudziesięciu ekspertów reprezentujących instytucje odpowiedzialne za transport i bezpieczeństwo na drogach.

Przedstawione przez nas symulacje przeciętnego wzrostu liczby i ofiar wypadków z powodu zwiększenia prędkości aut na drogach ekspresowych i autostradach są wysokie w ujęciu względnym. W wartościach absolutnych nie są już tak duże, ale za to bardziej przemawiają do wyobraźni – każda dodatkowa osoba ranna lub zabita. Tym, którzy uważają, że w naszych szacunkach zbyt pesymistycznie zakładamy przeciętne zwiększenie prędkości samochodów na drogach ekspresowych do 92 km/h (optymistycznie), 105 km/h (realistycznie), 120 km/h (pesymistycznie) i na autostradach odpowiednio do 112 km/h, 125 km/h oraz 140 km/h, pragniemy zwrócić uwagę, że z danych EC Road Safety wynika, iż około 40 proc. kierowców w Europie przekracza dozwolone limity prędkości, z czego 10 - 20 proc. przekracza je o więcej niż 10 km/h.

Uważamy, że warto uświadomić osobom odpowiedzialnym za bezpieczeństwo ruchu na drogach, a także ustawodawcy, że skutki wprowadzonych zmian w znowelizowanej ustawie Prawo o ruchu drogowym trzeba systematycznie obserwować i analizować, a także korzystać w tym zakresie z badań i doświadczeń innych krajów.

Wykaz źródeł:

- Annual Statistical Report 2007, European Road Safety Observatory, 2007 (www.erso.eu), (28.01.2011).
- Bickel P., HAETACO deliverable 5. Proposal for harmonized guidelines. EU-project developing harmonized European approaches for transport costing and project assessment, Institut fur Energiewissenschaft und Rationelle Energieanwendung, Stuttgart 2006.
- Grundy Ch., Steinbach R., Edwards P., Green J., Armstrong B., Wilkinson P., Effect of 20 mph traffic speed zones on road injuries in London, 1986-2006: controlled interrupted time series analysis, "British Medical Journal" 2009; 339:b4469.
- Nilsson G., „Traffic Safety Dimensions and the Power Model to Describe the Effect of Speed on Safety”, Lund Institute of Technology and Society, Traffic Engineering, 2004.
- SafetyNet, Cost-benefit analysis, European Commission, Directorate-General Transport and Energy 2009.
- Speeding, European Road Safety Observatory, January 2007 (www.erso.eu), (02.02.2011).
- Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz działania realizowane w tym zakresie w 2008 roku, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Druk Sejmowy 2155; 01.07.2009
- Taylor M.C., Lynam D.A., Baruya A., The effects of drivers' speed on the frequency of road accidents, Transport Research Laboratory Report no. 421, 2000.
- Ubezpieczenia komunikacyjne w latach 2005-2009, Komisja Nadzoru Finansowego i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, 2010.
- Wypadki drogowe w Polsce w 2009, Komenda Główna Policji, 2010.

Potential economic effects of the higher speed limit on roads in Poland – Summary

The study presents a simulation of the expected changes in road accident and road accident casualty numbers in Poland as a result of increasing the speed limit on motorways and express roads as of 1 January 2011. The estimates are accompanied by respective costs which the road accidents generate for insurance companies and the economy as a whole. Most of the calculations have been based on official EU statistics.

Prof. dr hab. MIROSŁAW SZREDER jest kierownikiem Katedry Statystyki Uniwersytetu Gdańskiego oraz redaktorem naczelnym kwartalnika naukowego „Przegląd Statystyczny”.

Dr EWA WYCINKA jest adiunktem w Katedrze Statystyki Uniwersytetu Gdańskiego.

Recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Handschke, prof. dr hab. Kazimierz Ortyński.

MARCIN ORLICKI

Recenzja książki pt. „Der Gruppenversicherungsvertrag – Grundlagen und ausgewählte Problemfelder” („Umowa ubezpieczenia grupowego – podstawy i wybrane problemy”) Fabian Herdter

Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe 2010, ss. 218

Przedmiotem niniejszej recenzji jest książka autorstwa Fabiana Herdtera „Der Gruppenversicherungsvertrag – Grundlagen und ausgewählte Problemfelder” („Umowa ubezpieczenia grupowego – podstawy i wybrane problemy”), która ukazała się w roku 2010 nakładem wyspecjalizowanego w literaturze ubezpieczeniowej niemieckiego wydawnictwa Verlag Versicherungswirtschaft z Karlsruhe, w ramach serii wydawniczej prezentującej osiągnięcia seminarium ubezpieczeniowego Uniwersytetu Goethego we Frankfurcie nad Menem (Frankfurter Reihe).

Recenzowana publikacja stanowi wydanie książkowe rozprawy doktorskiej obronionej na Wydziale Prawa Uniwersytetu Goethego w semestrze zimowym roku akademickiego 2009/2010. Promotorem doktoratu był jeden z najbardziej znanych niemieckich naukowców zajmujących się prawem ubezpieczeniowym – prof. Manfred Wandt.

Recenzowana monografia warta jest zainteresowania polskiego czytelnika przede wszystkim ze względu na swą tematykę. Na problemach związanych z ubezpieczeniami grupowymi ogniskują się bowiem w ciągu kilku ostatnich lat dyskusje bardzo wielu osób interesujących się prawem ubezpieczeniowym – zarówno praktyków, jak i teoretyków. Choć kwestie te budzą bardzo żywe emocje i kontrowersje, brak jest ciągle w polskiej literaturze ubezpieczeniowej opracowania, które w rzetelny i kompetentny sposób analizowałoby materię umów ubezpieczeń grupowych. Nie pozostaje nic innego jak tylko szukać wśród opracowań obcych. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności monografia ubezpieczeń grupowych została stworzona w Niemczech, które są krajem o dość podobnych

do polskich prywatnoprawnych regulacjach ubezpieczeniowych. Błędem byłoby więc nie zauważyć książki F. Herdtera i nie skorzystać z zawartych w niej analiz.

Choć recenzowana monografia nie jest bardzo obszerna (218 stron), szerokie jest spektrum prezentowanych w niej zagadnień. W kolejnych rozdziałach autor prowadzi czytelnika przez wszystkie najistotniejsze problemy związane z ubezpieczeniami grupowymi, pokazuje zasadnicze dylematy ich dotyczące i – co najważniejsze wskazuje rozwiązania.

Warto w tym miejscu przytoczyć kilka najistotniejszych z polskiej perspektywy tez F. Herdtera. Rozpocząć należy od sformułowanej przez autora definicji umowy ubezpieczenia grupowego, która w prawie niemieckim (podobnie jak i polskim) nie została zawarta w przepisach prawa. F. Herdter pisze, że chodzi o umowę ubezpieczenia zawartą z jednym ubezpieczającym, która zakłada objęcie ochroną ubezpieczeniową wielu oddzielnych ryzyk dotyczących ubezpieczonych członków grupy. W znaczeniu techniczno-ubezpieczeniowym (lecz nie prawno-materialnym) umowa prowadzi do powstania tyłu stosunków ubezpieczenia, ilu członków liczy sobie grupa.

F. Herdter podkreśla, że nie każda grupa osób może być ubezpieczona poprzez umowę ubezpieczenia grupowego. Nie powinna być to grupa stworzona wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia grupowego. Przeciwnie, do zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego konieczne jest istnienie grupy osób, które łączy szczególnego rodzaju relacja z ubezpieczającym podobna do relacji podległości. W szczególności do występowania w roli ubezpieczającego predestynowani są pracodawcy w odniesieniu do grupy pracowników lub organizacje (stowarzyszenia, partie polityczne, związki zawodowe itp.) w odniesieniu do grupy swych członków. F. Herdter nie neguje jednak możliwości zawierania umów ubezpieczeń grupowych w przypadkach, gdy więź między ubezpieczającym i ubezpieczonymi jest innej natury. Autor wspomina o ubezpieczeniu grup osób o charakterze nietrwiałym, byleby tylko ich członkowie znajdowali się w określonej sytuacji faktycznej pozwalającej na nakreślenie granic pomiędzy nimi a innymi osobami.

Ubezpieczenie grupowe jest w recenzowanej monografii uznawane za ubezpieczenie na cudzy rachunek lub ubezpieczenie na cudzy i zarazem własny rachunek (w sytuacji, gdy ubezpieczający sam jest członkiem grupy i zagrożony jest tym samym niebezpieczeństwem, co inni ubezpieczeni). F. Herdter podkreśla przy tym rolę stosunku prawnego łączącego ubezpieczającego z ubezpieczonymi i analizuje prawa oraz obowiązki stron tego stosunku. Autor analizuje między innymi obowiązki doradcze i informacyjne ubezpieczającego względem ubezpieczonych, kwestię opłacania składek ubezpieczeniowych oraz dbałości o ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.

Autor recenzowanej monografii wskazuje cechy charakterystyczne ubezpieczeń grupowych, w których krąg ubezpieczonych jest stały oraz ubezpieczeń grupy o zmiennym składzie. Szczegółowej analizie zostały poddane umowy, w których zmiana składu grupy odbywa się automatycznie, jak i te, w których niezbędne jest zgłaszanie do ubezpieczenia kolejnych ubezpieczonych osób.

Tak zarysowany obraz umowy ubezpieczenia grupowego jest podstawą do formułowania wielu wniosków szczegółowych dotyczących możliwości i zasadności stosowania przepisów ubezpieczeniowych w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych (w szczególności tych, które dotyczą obowiązku deklaracji ryzyka, obowiązków informacyjnych ubezpieczyciela, skutków opóźnienia w zapłacie składki). Niezwykle interesujące i do-

niosłe praktycznie są rozważania związane z formułą grupową poszczególnych rodzajów ubezpieczeń. F. Herdter najwięcej miejsca poświęca: grupowym ubezpieczeniom na życie, grupowym ubezpieczeniom zdrowotnym, grupowym ubezpieczeniom wypadkowym, grupowym ubezpieczeniom służącym zabezpieczeniu kredytów oraz grupowym ubezpieczeniom D&O.

Autor recenzowanej książki wiele uwagi poświęca jasnemu oddzieleniu pojęcia „prawdziwej” umowy ubezpieczenia na życie od instytucji do niej podobnych. Analizie zostały poddane między innymi znane prawu polskiemu i opisywane w polskiej literaturze ubezpieczeniowej umowy ramowe dotyczące sposobu zawierania umów ubezpieczenia¹ oraz umowy ubezpieczenia na rzecz osoby, której ubezpieczenie dotyczy².

Oceniana praca daje znakomity obraz instytucji prawnej ubezpieczenia grupowego. Łączą się w niej rzetelna wykładnia przepisów prawa ubezpieczeniowego i cywilnego z wyczuciem potrzeb praktyki. F. Herdter rozumie jednak potrzeby praktyki ubezpieczeniowej nie tylko przez pryzmat interesów ubezpieczycieli prowadzących ubezpieczenia grupowe. Z drugiej strony patrząc, nie można Herdterowi zarzucić „odchylenia konsumenckiego”. Jego opinie są wyważone i gruntownie uzasadnione.

Recenzowana monografia – choć dotyczy prawa niemieckiego – może być bardzo pomocna polskim prawnikom borykającym się z trudnościami związanymi z ubezpieczeniami grupowymi. F. Herdter pokazał, że brak szczegółowej regulacji prawnej im wyłącznie poświęconej, nie musi oznaczać, że system prawny ich nie zauważa³. Z regulacji ogólnych można bowiem wystarczająco jasno odczytać kształt praw i obowiązków ubezpieczyciela, ubezpieczającego i grupowo ubezpieczonych. F. Herdter uczynił to w sposób bardzo przekonujący, zaś jego wnioski można w bardzo znaczącej części przenieść na grunt prawa polskiego.

Jeśli zwycięży w Polsce szeroko propagowana w ostatnich latach idea wyraźnego uregulowania umów ubezpieczeń grupowych⁴, twórcy projektu zmian kodeksu cywilnego powinni traktować dzieło F. Herdtera jako punkt odniesienia.

Chciałbym zachęcić wszystkie osoby zainteresowane tematyką ubezpieczeń grupowych do lektury monografii F. Herdtera. Jest ona pouczająca i inspirująca, zaś praktyczne wykorzystanie zawartych w niej analiz może być bardzo korzystne dla naszego rynku ubezpieczeniowego.

Recenzent: Marcin Orlicki.

1. Por. M. Orlicki (w:) M.Orlicki, J.Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia – Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008, s. 129.
2. Szerzej na gruncie prawa polskiego instytucję tę opisuje: W.W. Mogilski, *Umowa ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej* (w:) A.Wąsiewicz (red.) *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej 1*, Bydgoszcz 1994, s. 90.
3. O stan regulacji ubezpieczeń grupowych w Polsce pytała K. Malinowska w artykule *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebył w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, Nr 2, s. 35 i n.
4. Por. w szczególności: M.Orlicki, *Cywilne prawo ubezpieczeniowe a koncepcja kodeksu ubezpieczeń* (w:) E.Kowalewski (red.) *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, Toruń 2009, W.W. Mogilski, *Ubezpieczenia grupowe w kontekście regulacji prawnej* (w:) E. Kowalewski (red.) *Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych*, Toruń 2010, ss. 74 – 78.

Rydzyna, 30 maja – 1 czerwca 2011



UBEZPIECZENIA 2011
Konferencja Naukowa

V KONFERENCJA NAUKOWA

UBEZPIECZENIA WOBEC WYZWAŃ XXI WIEKU

Pod patronatem honorowym:

J.M. Rektora UE we Wrocławiu prof. zw. dr hab. Bogusława Fiedora

J.M. Rektora UE w Poznaniu prof. zw. dr hab. Mariana Gorynii

KOMITET NAUKOWY KONFERENCJI

Prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec

Katedra Ubezpieczeń UE we Wrocławiu

Prof. dr hab. Jerzy Handschke

Katedra Ubezpieczeń UE w Poznaniu

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodniczący: dr Marta Borda

Sekretarz: dr Anna Jędrzychowska

Członek: dr Ewa Poprawska

mgr Maria Wąsewicz

ORGANIZATORZY



Uniwersytet Ekonomiczny
we Wrocławiu

Katedra Ubezpieczeń

Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu



Katedra Ubezpieczeń

Wydział Ekonomii

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

KONTAKT:

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu,

Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów Katedra Ubezpieczeń,

ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław, tel. 071-36-80-338 fax 071-36-80-322

e-mail: ubezpieczenia2011@ue.wroc.pl

Patronat medialny: WIADOMOŚCI UBEZPIECZENIOWE • ROZPRAWY UBEZPIECZENIOWE
