

KWARTALNIK NAUKOWY

NR 2/2013

# WIADOMOŚCI UBEZPIECZENIOWE

NAUKA DLA PRAKTYKI



Czasopismo wydawane od 1947 r.

ISSN 0137-7264

# Wiadomości Ubezpieczeniowe

■ **Redaktor naczelny:** prof. zw. dr hab. Jerzy Handschke

■ **Sekretarz naukowy:** dr Marcin Kawiński

■ **Rada Programowa:**

prof. zw. dr hab. Kazimierz Ortyński – przewodniczący  
prof. zw. dr hab. Tadeusz Szumlacz – wiceprzewodniczący  
dr hab. Ewa Bagińska  
prof. nadzw. dr hab. Sławomir I. Bukowski  
dr Witold Jaworski  
prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk  
prof. zw. dr hab. Eugeniusz Kowalewski  
dr Władysław Wojciech Mogiński  
dr Wojciech Nagel  
Piotr Narloch  
prof. zw. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec  
prof. zw. dr hab. Eugeniusz Stroiński

■ **Kontakt z redakcją:**

Anna Snitko-Pleszko  
e-mail: wiad\_ubezyp@piu.org.pl  
tel.: {22} 420 51 34

■ **Recenzenci:**

Magdalena Barcicka, prof. dr hab. Zdzisław Brodecki, dr Dariusz Fuchs, prof. dr hab. Józef Garczarczyk, Barbara Kęszycka, dr hab. Maria Kuchlewska, dr Anna Kufel-Siemińska, dr hab. Jacek Lisowski, dr Krzysztof Łyskawa, dr Katarzyna Malinowska, dr hab. Dorota Maśniak, prof. dr hab. Tomasz Michalski, dr Marek Mocek, prof. dr hab. Jan Monkiewicz, dr hab. Marcin Orlicki, prof. dr hab. Stanisław Owsiak, dr Magdalena Osak, prof. zw. dr hab. Józef Perenc, dr Jan Piątek, dr Stanisław Rogowski, dr Małgorzata Serwach, dr Dariusz Stańko, prof. dr hab. Wanda Sułkowska, dr inż. Adam Śliwiński, dr inż. Tadeusz Tomaszewski, Mariusz Wichtowski, dr Barbara Więckowska, dr Aleksandra Wiktorow.

# Spis treści

## ROZPRAWY NAUKOWE

---

Architektura krajowego rynku bancassurance na tle przychodów sektora bankowego i ubezpieczeniowego – Piotr Pisarewicz	3
Grupowa umowa ubezpieczenia na życie a ocena ryzyka ubezpieczeniowego – problemy praktyczne – Beata Mrozowska-Bartkiewicz, Anna Tarasiuk-Flodrowska	21
Produkty strukturyzowane w formie umowy ubezpieczenia – Magdalena Szczepańska	35
Klasyczne miary efektywności systemu <i>bonus-malus</i> – Anna Jędrzychowska, Ewa Poprawska	51
Możliwości programu R w szacowaniu rezerwy IBNR – Alicja Wolny-Dominiak	69
Koszty jakości a wartość konsumencka usług ubezpieczeniowych – Joanna Iwko	81
Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012 r. – Tomasz Widłak	97

## RECENZJE

---

Howard C. Kunreuther, Mark V. Pauly, Stacey McMorro, <i>Insurance &amp; Behavioral Economics: Improving Decisions in the Most Misunderstood Industry</i> , Cambridge University Press, New York 2013 – Marcin Kawiński	111
--	-----



PIOTR PISAREWICZ

# Architektura krajowego rynku bancassurance na tle przychodów sektora bankowego i ubezpieczeniowego

*Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie najważniejszych zagadnień dotyczących sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w sieciach bankowych mających istotny wpływ na strukturę przychodów banków oraz ubezpieczycieli. Zagadnienia rozważono w szerszym kontekście, który obejmuje otoczenie formalno-prawne, zależność ubezpieczycieli od sieci bankowych oraz strukturę wynagrodzeń ze sprzedaży produktów ubezpieczeniowych uzyskiwanych przez banki notowane na GPW w Warszawie. Analiza wykazała, iż w najbliższym czasie można się spodziewać nowych regulacji, które zapewne zmienią dotychczasowy model współpracy banków i ubezpieczycieli. Badania wykazały dużą koncentrację w Dziale I ubezpieczeń, gdzie ponad połowa przypisu składki była pozyskiwana w bankach. Z kolei struktura wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń w bankach także wykazała bardzo dużą koncentrację w zakresie kilku podmiotów i skrajnie odmienne podejścia banków do wykorzystania tego kanału dystrybucji w generowaniu dodatkowych przychodów. Opracowanie porządkuje ostatnie zdarzenia na rynku bancassurance i wskazuje na najważniejsze kwestie dotyczące potencjalnych zmian i zagrożeń dla poszczególnych segmentów oraz uczestników rynku finansowego.*

**Słowa kluczowe:** bancassurance, zakłady ubezpieczeń, banki, produkty ubezpieczeniowe, produkty inwestycyjne.

## Wprowadzenie

Sprzedaż ubezpieczeń w polskich sieciach bankowych (bancassurance) sięga lat 90. XX w., niemniej począwszy od roku 2012 stała się ona tematem coraz częstszych dyskusji. Działania i raporty Rzecznika Ubezpieczonych, korespondencja Komisji Nadzoru Finansowego oraz rekomendacje Polskiej Izby Ubezpieczeń i Związku Banków Polskich są tego przykładem. Pretekstem do rozpoczęcia rozważań zawartych w niniejszej analizie była próba odpowiedzi na pytania: „Czy

i w jakim stopniu banki oraz ubezpieczyciele są wzajemnie uzależnieni od swoich produktów lub sieci dystrybucji” oraz „Jakie skutki dla instytucji finansowych oraz klientów mogą przynieść zapowiadane zmiany regulacyjne”. Celem niniejszego opracowania jest zatem przedstawienie najważniejszych zagadnień dotyczących sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w sieciach bankowych, które mają istotny wpływ na strukturę przychodów banków oraz ubezpieczycieli. Szczególny nacisk położono na wynagrodzenia z tytułu sprzedaży ubezpieczeń w bankach i ich wpływ na uzyskiwane przychody.

Zagadnienia te należy rozważać w szerszym kontekście obejmującym zarówno otoczenie formalno-prawne, które zostało omówione w pierwszej części opracowania, jak i rolę kanału bankowego w sprzedaży ubezpieczeń, co omówiono w części drugiej. Badaniu poddano statystyki dotyczące ubezpieczycieli publikowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń, które są obecnie jedynym wiarygodnym i powszechnie dostępnym źródłem informacji w tym zakresie. Dostępne dane pozwalają na ujęcie przychodów na poziomie całego rynku bez podziału na poszczególnych ubezpieczycieli. Po stronie banków natomiast możliwe było zarówno ujęcie zbiorcze, jak i analityczne na poziomie poszczególnych podmiotów. W tym celu przeanalizowano roczne sprawozdania finansowe banków notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie pod kątem wynagrodzeń ze sprzedaży produktów ubezpieczeniowych i ich wpływu na uzyskiwane przychody.

## 1. Otoczenie formalno-prawne

W polskim prawie brak formalnej definicji oraz uregulowań dotyczących bancassurance. Rynek ten kształtują więc pośrednio wszystkie akty prawne regulujące oba sektory. Należą do nich w szczególności:

- 1) Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zmian.),
- 2) Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (Dz. U. 2012 nr 0 poz. 1376 – tekst ujednolicony),
- 3) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003 Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.),
- 4) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. 2003 Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.),
- 5) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. 2003 Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.),
- 6) Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz. U. 2006 Nr 157, poz. 1119 z późn. zm.).

W ostatnich latach zastrzeżenia do praktyk stosowanych na polskim rynku bancassurance zgłaszali: Rzecznik Ubezpieczonych, Komisja Nadzoru Finansowego oraz media i eksperci. Odpowiedzią na nie były działania Związku Banków Polskich oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, które w formie rekomendacji starały się wyjść naprzeciw krytycznym opiniom. Poniżej wyszczególniono najważniejsze dokumenty z tym związane. Jako jeden z pierwszych troskę o jakość świadczonych usług oraz ochronę klientów instytucji finansowych wyraził Rzecznik Ubezpieczonych, który opublikował raporty dotyczące banków i ubezpieczycieli, wymienione poniżej w kolejności chronologicznej:

- 1) „Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych”, który wskazywał na elementarne uchybienia prawne i ekonomiczne w zakresie tego kanału dystrybucji,<sup>1</sup>
- 2) „Raport dotyczący skarg z zakresu bancassurance wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych” – z grudnia 2007 r., wskazujący na główne kategorie skarg klientów w zakresie tego kanału dystrybucji,
- 3) uzupełnieniem powyższego dokumentu był „Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. – skargi z zakresu bancassurance wniesione w 2012 r.”,<sup>2</sup>
- 4) uszczegółowieniem ww. był raport Rzecznika Ubezpieczonych z 2012 r. pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”, który odnosił się do jednego z głównych produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych, będących przedmiotem sprzedaży m.in. w ramach bancassurance.<sup>3</sup>

Stanowisko Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w sieciach bankowych miało swój wyraz m.in. w korespondencji KNF skierowanej do instytucji finansowych. W kolejności chronologicznej były to następujące dokumenty:

- 1) list Przewodniczącego KNF z lutego 2012 r., skierowany do prezesów zarządów banków i zakładów ubezpieczeń.<sup>4</sup> Skupia się on na najważniejszych problemach sygnalizowanych Komisji przez organy administracji i parlamentarzystów, dotyczących współpracy banków i ubezpieczycieli odnośnie niedotrzymywania najwyższych standardów świadczenia usług. Wiodącym wątkiem były produkty ubezpieczeniowe traktowane jako dodatkowe zabezpieczenia kredytów. Jednym z krytycznie ocenianych zagadnień było faktyczne łączenie funkcji ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego, co stanowi o potencjalnym konflikcie interesów, gdzie banki występują w roli ubezpieczającego (strona umowy ubezpieczenia), a jednocześnie pobierają od ubezpieczycieli wynagrodzenie, co jest już przypisane pośrednikom ubezpieczeniowym. KNF zapowiedział również wydanie rekomendacji uwzględniającej najważniejsze kwestie związane z bancassurance,
- 2) list Przewodniczącego KNF z września 2012 r., skierowany do podmiotów objętych nadzorem ws. sprzedaży produktów inwestycyjnych.<sup>5</sup> Uwaga skupiona została na produktach konstruowanych w oparciu o różnorodne formy prawne, takie jak: grupowe ubezpieczenia na życie powiązane z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, certyfikaty inwestycyjne, produkty strukturyzowane, itp. Impulsem do korespondencji były skargi skierowane do Komisji w sprawie praktyk stosowanych przez pracowników instytucji finansowych oraz pośredników finansowych. Skargi dotyczyły m.in.: sprzedaży produktów inwestycyjnych niedostosowanych do potrzeb klientów (wysokie ryzyko, złożona konstrukcja, długoterminowy charakter), niepełnego lub nierzetelnego przekazywania informacji o produkcie, nieprzekazywania klientom pełnej dokumentacji produktowej w trakcie procesu akwizycji, prób omijania przepisów prawa

- 
1. „Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych”, Warszawa, 13 grudnia 2007 r.
  2. „Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. – skargi z zakresu bancassurance wniesione w 2012 r.”, Warszawa, 30 listopada 2012 r.
  3. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Raport Rzecznika Ubezpieczonych”, Warszawa, 07 grudnia 2012 r.
  4. List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego skierowany do prezesów zarządów banków i zakładów ubezpieczeń, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 21 lutego 2012 r.
  5. List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego skierowany do podmiotów objętych nadzorem ws. sprzedaży produktów inwestycyjnych, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 26 września 2012 r.

przez podmioty oferujące usługi finansowe. Komisja Nadzoru Finansowego sformułowała na podstawie diagnozy ww. czynników szereg oczekiwań w stosunku do instytucji finansowych, które winny zaimplementować wskazane w korespondencji rekomendacje,

- 3) list Przewodniczącego KNF do Ministerstwa Finansów w sprawie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, z grudnia 2012.<sup>6</sup> Dotyczył on wniosków wynikających z wspomnianego wyżej raportu Rzecznika Ubezpieczonych pt.: „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”. Organ nadzoru, odnosząc się do raportu oraz własnych analiz rynku, zawniósł o podjęcie działań legislacyjnych w celu poprawy standardów rynkowych w tym segmencie rynku,
- 4) list Zastępcy Przewodniczącego KNF skierowany do prezesów zarządów banków, z marca 2013 r.<sup>7</sup> Rozwijając niektóre uwagi wskazane we wcześniejszej korespondencji, skupiono się w nim na kwestii pełnienia roli banku jako pośrednika ubezpieczeniowego oraz ubezpieczającego. Pismo wraz z wytycznymi zawiera zasady dotyczące księgowania poszczególnych operacji zgodnie z regułami MSR, które są rekomendowane przez KNF,

Na szczególną uwagę i docenienie zasługują działania dwóch podmiotów: Związku Banków Polskich oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, które wspólnie lub samodzielnie podejmowały działania mające na celu uporządkowanie kanału bancassurance. Poniżej wskazane zostały najważniejsze dokumenty w tym zakresie:

- 1) „Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi” zatwierdzona w 2009 r. przez Związek Banków Polskich.<sup>8</sup> Prawie wszystkie dobre praktyki wskazane w rekomendacji odnoszą się, w mniej lub bardziej bezpośredni sposób, do zastrzeżeń wobec działań banków zgłoszonych przez Rzecznika Ubezpieczonych. W rekomendacji skoncentrowano się przede wszystkim na ustaleniu minimalnych standardów związanych z informacjami przekazywanymi klientom (w tym o kosztach), sprawdzaniu warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową i prawie do rezygnacji z ochrony,
- 2) „Rekomendacja w sprawie dobrych praktyk w zakresie ubezpieczeń finansowych powiązanych z produktami bankowymi zabezpieczonymi hipotecznie”.<sup>9</sup> Rekomendacja została opracowana we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń i przyjęta przez zarząd Związku Banków Polskich w 2010 r. Punktem wyjścia do przygotowania rekomendacji były pisma z Ministerstwa Finansów, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego oraz Rzecznika Ubezpieczonych, w których zawarto odpowiedzi na pytania o główne kierunki skarg konsumenckich związanych z ubezpieczeniami finansowymi dołączanymi do kredytów hipotecznych. Rekomendacja reguluje ogólne zasady postępowania banku zawierającego w imieniu własnym i na własny rachunek umowę ubezpieczenia finansowego, czyli ubezpieczenia zapewniającego pokrycie przez ubezpieczyciela strat majątkowych banku, spowodowanych

---

6. List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego do Ministerstwa Finansów w sprawie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 17 grudnia 2012 r.

7. List Zastępcy Przewodniczącego KNF do prezesów zarządów banków, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 7 marca 2012 r.

8. „Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi”, Związek Banków Polskich, Warszawa, 3 kwietnia 2009 r.

9. „Rekomendacja w sprawie dobrych praktyk w zakresie ubezpieczeń finansowych powiązanych z produktami bankowymi zabezpieczonymi hipotecznie”, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, 22 grudnia 2010 r.



zajściem zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową związanych z kredytem lub pożyczką zabezpieczonymi hipotecznie,

- 3) „Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym” przyjęta w 2012 r. przez Polską Izbę Ubezpieczeń i Związek Banków Polskich.<sup>10</sup> Wyszła ona naprzeciw uwagom Rzecznika Ubezpieczonych oraz Komisji Nadzoru Finansowego, potwierdzając wolę obu izb gospodarczych oraz reprezentujących je podmiotów do implementacji nowych standardów. Rekomendacja weszła w życie 1 stycznia 2013 r. Na początku dokumentu jasno sprecyzowany został cel Rekomendacji: „[...] Rekomendacja określa ogólne zasady postępowania banków oraz ubezpieczycieli w przypadku świadczenia bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym oraz obsługi klientów w ramach tych ubezpieczeń”. Obejmuje ona szeroki zakres elementów, począwszy od postępowania przedstawicieli obu sektorów w zakresie zagadnień produktowych, a skończywszy na obsłudze klienta,
- 4) Projekt rekomendacji Polskiej Izby Ubezpieczeń z 2013 r. pt.: „Rekomendacja dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi”.<sup>11</sup> Celem rekomendacji jest upowszechnienie dobrych praktyk w zakresie przejrzystego informowania klientów o ubezpieczeniu z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, poprzez określenie niewiążących sugestii dotyczących tzw. Karty Produktu, stanowiącej dodatkową informację dostarczaną klientom przed zawarciem ubezpieczenia. Celem jej opracowania jest także zapewnienie klientowi porównywalnej informacji o ubezpieczeniach oferowanych przez różnych ubezpieczycieli. Rekomendacja określa minimalny zakres informacji, które powinny zostać przekazane klientowi przed zawarciem ubezpieczenia lub przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego.

Należy także wspomnieć o planowanych regulacjach Unii Europejskiej mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa i ochrony konsumentów, których postanowienia winny zostać uwzględnione w krajowych aktach prawnych. Należą do nich następujące dokumenty:

- 1) Projekt Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (IMD2 – *Insurance Mediation Directive*), określającej m.in. dodatkowe wymogi ochrony klientów w zakresie tzw. ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych. Dotyczą one obowiązków informacyjnych, kwestii dystrybucji, wynagrodzeń pośredników, itp.<sup>12</sup>
- 2) Projekt Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje dotyczące produktów inwestycyjnych (PRIIPS – *Proposals on Packaged Retail Investment Products*) – wskazujący m.in. na obowiązek przekazywania klientom przez pośredników finansowych w sposób jasny i klarowny szczegółowych informacji o produkcie (*Key information document*), obejmujących m.in.: specyfikę, konstrukcję, ryzyko, koszty, stopy zwrotu, zasady rozwiązania umowy, itp.<sup>13</sup>

10. „Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi”, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, 10 lipca 2012 r.

11. „Projekt Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi”, Polska Izba Ubezpieczeń, 12 kwietnia 2013 r.

12. *Directive of the European Parliament and of the Council on insurance mediation – [project]*, Brussels, 3 lipca 2012 r.

13. *Regulation of the European Parliament and of the Council on key information documents for investment products [project]*, Strasbourg, 3 lipca 2012 r.

- 3) Projekt Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rynków instrumentów finansowych uchylający Dyrektywę 2004/39/WE (MiFID / MiFID II – *Markets in Financial Instruments Directive*).<sup>14</sup>

## 2. Zależność ubezpieczycieli od bankowych sieci dystrybucji

Początki rozwoju kanału bancassurance na Polskim rynku można datować na lata 90. XX w., kiedy był on widoczny w zróżnicowanej skali zarówno w ubezpieczeniach majątkowych, jak i ubezpieczeniach na życie (Tabela 1).

Tabela 1. Udział składki przypisanej brutto pozyskanej w kanale bancassurance w składce ogółem zakładów ubezpieczeń [w %]

Okres	Dział I (ubezpieczenia na życie)	Dział II (ubezp. majątkowe i osobowe)
2009	50,4%	8,5%
I kw. 2010	51,1%	7,3%
II kw. 2010	50,5%	8,6%
III kw. 2010	53,0%	8,9%
2010	51,7%	9,1%
I kw. 2011	48,9%	7,5%
II kw. 2011	53,0%	7,1%
III kw. 2011	52,2%	8,7%
2011	51,6%	8,8%
I kw. 2012	57,4%	5,8%
II kw. 2012	59,2%	6,7%
III kw. 2012	54,8%	7,0%

Źródło: „Raport PIU – Polski Rynek Bancassurance III Q 2012”, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, 10 grudnia 2012 r., s. 7, 17; wartości obejmują podmioty uczestniczące w badaniu, reprezentujące odpowiednio: w Dziale I – 98,9%, w Dziale II – 76,5% składki przypisanej brutto zakładów ubezpieczeń.

Zwłaszcza w przypadku tych drugich obserwowana jest obecnie znacznie wyższa wartość sprzedawanych polis oraz pozytywne tendencje w zakresie dynamiki ich przyrostu. Dane dotyczące pozyskiwanego w ten sposób przypisu składki wskazują, iż na koniec III kwartału 2012 r. zakłady ubezpieczeń na życie uzyskiwały znacząco wyższy odsetek przychodów z tego tytułu (54,8 proc.) niż zakłady ubezpieczeń majątkowych i osobowych (7 proc.).<sup>15</sup>

Dodatkowo, w zakresie ubezpieczeń na życie bardziej widoczny jest trend wzrostowy tego parametru, w porównaniu do firm majątkowych. Pokazuje to, iż w przeciwieństwie do ubezpieczycieli majątkowych, zakłady ubezpieczeń na życie w znacznym stopniu są uzależnione od kanału bankowego.

W Dziale I ubezpieczeń struktura składki pozyskiwanej w kanale bancassurance wskazuje na dominującą rolę produktów inwestycyjnych. Na przestrzeni lat 2009–2012 udział ten wahał się w granicach: 82,4 proc. (2009) – 89,8 proc. (I kw. 2012), aby na koniec III kw. 2012 osiągnąć

14. *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on markets in financial instruments repealing Directive 2004/39/EC of the European Parliament and of the Council [Recast]*, Brussels, 18 czerwca 2013 r.

15. Ostatnie dane rynkowe dostępne na dzień przygotowania niniejszego opracowania.

poziom 87,2 proc. przypisu składki.<sup>16</sup> Dominacja ubezpieczeń inwestycyjnych wynika m.in. z ich konstrukcji i specyfiki umożliwiającej wypłatę prowizji o znacznie wyższej wartości niż w pozostałych produktach ubezpieczeniowych.

Na koniec III kwartału 2012 r. składka przypisana brutto pozyskana w kanale bancassurance obejmowała blisko 14,8 mld zł, co stanowiło niemal 55 proc. przypisu zakładów ubezpieczeń na życie (Tabela 2).

**Tabela 2. Wysokość składki przypisanej brutto pozyskanej w kanale bancassurance na tle składki ogółem zakładów ubezpieczeń na życie uczestniczących w badaniu oraz całego rynku (mld zł, %)**

Pozycja / okres	30.09.2010	30.09.2011	30.09.2012
składka pozyskana w kanale bancassurance (mld zł)	12,20	12,7	14,8
składka pozostała (mld zł)	10,80	11,6	12,1
razem (mld zł)	23,0	24,3	26,9
<i>składka przypisana rynku ogółem (mld zł)</i>	<i>23,3</i>	<i>24,6</i>	<i>27,2</i>
udział względny – w odniesieniu do składki przypisanej zakładów ubezpieczeń objętych badaniem			
składka pozyskana w kanale bancassurance (udział %)	53,0%	52,3%	54,8%
składka pozostała (udział %)	47,0%	47,7%	45,2%
udział bezwzględny – w odniesieniu do składki przypisanej zakładów ubezpieczeń ogółem			
<i>składka pozyskana w kanale bancassurance (udział %)</i>	<i>52,4%</i>	<i>51,6%</i>	<i>54,2%</i>
<i>składka pozostała (udział %)</i>	<i>46,4%</i>	<i>47,2%</i>	<i>44,7%</i>
składka przypisana zakładów ubezpieczeń objętych badaniem do składki przypisanej wszystkich zakładów ubezpieczeń			
	98,7%	98,8%	98,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raport PIU, 2012, s.5, 15, Biuletyn Kwartalny KNF III/2010, III/2011, III/2012, Warszawa, 2010, 2011, 2012.

**Tabela 3. Wysokość składki przypisanej brutto pozyskanej w kanale bancassurance na tle składki ogółem zakładów ubezpieczeń majątkowych i osobowych uczestniczących w badaniu oraz całego rynku (mld zł, %)**

Pozycja / okres	30.09.2010	30.09.2011	30.09.2012
składka pozyskana w kanale bancassurance (mld zł)	1,1	1,2	1,0
składka pozostała (mld zł)	11,8	13,0	13,7
razem (mld zł)	12,9	14,2	14,7
<i>składka przypisana rynku ogółem (mld zł)</i>	<i>16,8</i>	<i>18,9</i>	<i>19,8</i>
udział względny – w odniesieniu do składki przypisanej zakładów ubezpieczeń objętych badaniem			
składka pozyskana w kanale bancassurance (udział %)	8,9%	8,6%	7,0%
składka pozostała (udział %)	91,1%	91,4%	93,0%
udział bezwzględny – w odniesieniu do składki przypisanej zakładów ubezpieczeń ogółem			
<i>składka pozyskana w kanale bancassurance (udział %)</i>	<i>6,8%</i>	<i>6,5%</i>	<i>5,2%</i>
<i>składka pozostała (udział %)</i>	<i>69,9%</i>	<i>68,7%</i>	<i>69,4%</i>
składka przypisana zakładów ubezpieczeń objętych badaniem do składki przypisanej wszystkich zakładów ubezpieczeń			
	76,7%	75,2%	74,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raport PIU, 2012, s. 5, 15, Biuletyn Kwartalny KNF III/2010, III/2011, III/2012, Warszawa, 2010, 2011, 2012.

16. „Raport PIU – Polski Rynek Bancassurance III Q 2012”, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, 10 grudnia 2012 r., s. 7, 17.

Ubezpieczenia majątkowe nie generują już tak znaczących przychodów w sieciach bankowych (składka przypisana 1,08 mld zł = ok. 7 proc. przypisu rynkowego – Tabela 3). Produkty ubezpieczeniowe i inwestycyjne cieszą się w ostatnich latach coraz większym zainteresowaniem. Przyczyn tego zjawiska jest wiele, niemniej jednak równoległe ze skalą wzrostu wolumenu sprzedaży rośnie skala uchybień i obniżenia standardów rynkowych, zarówno w zakresie konstrukcji produktów, polityki informacyjnej, jak i procesu akwizycji.

### 3. Wynagrodzenia banków z tytułu sprzedaży ubezpieczeń

W celu identyfikacji wynagrodzeń sektora bankowego z tytułu sprzedaży ubezpieczeń, kluczowa jest analiza właściwych pozycji ewidencyjnych w sprawozdaniach finansowych banków realizujących tego typu operacje. Prowizje z tytułu dystrybucji ubezpieczeń w bankach ewidencjonowane są najczęściej w zagregowanej pozycji rachunku zysków i strat pn.: „Przychody z tytułu opłat i prowizji” oraz dodatkowo w analityce do tej pozycji (noty dodatkowe) w punkcie ją uszczegóławiającym. Najczęściej są to noty „Wynagrodzenia z tytułu pośrednictwa sprzedaży ubezpieczeń”, choć w zależności od banku nomenklatura może mieć nieco inne brzmienie. W tym zakresie na wybór grupy, dokładność szacunków, selekcję danych zawartych w niniejszej analizie wpływ miały następujące czynniki:

- 1) sposób ujmowania przychodów z tytułu prowizji ubezpieczeniowych w sprawozdaniach finansowych banków, które ewidencjonują je niejednolicie i niekiedy nie używają w notach dodatkowych do raportów finansowych nomenklatury wskazującej wprost, iż środki pochodzą od ubezpieczycieli,
- 2) istnieje pewne prawdopodobieństwo, iż niektóre banki – mając na względzie krytyczne uwagi w zakresie bancassurance skierowane do sektora ze strony KNF oraz innych urzędów i organizacji (PIU, ZBP, RU) – mogą bardzo ostrożnie podchodzić do ujawniania tego typu przychodów w swoich sprawozdaniach finansowych i w związku z tym ujmować je częściowo w innych pozycjach sprawozdań finansowych,
- 3) na rynku jest ograniczony dostęp do szczegółowych sprawozdań finansowych wszystkich banków komercyjnych, które zawierają noty dodatkowe pozwalające na identyfikację przychodów z tytułu prowizji ubezpieczeniowych,
- 4) brak kompleksowej dostępności do raportów i sprawozdań finansowych banków spółdzielczych oraz oddziałów zagranicznych.

Z powyższych względów do szacowania tego parametru w niniejszym opracowaniu analizie poddano wyłącznie wiarygodne i dostępne dane finansowe banków, które:

- 1) są notowane na GPW SA w Warszawie, oraz
- 2) składają publicznie dostępne, wystandaryzowane sprawozdania finansowe zgodne z wymogami stosownych ustaw i przepisów.

Analizie poddano zatem skonsolidowane raporty roczne oraz sprawozdania zarządów banków za rok 2012. Wydaje się, że to reprezentatywna grupa podmiotów, ponieważ banki notowane na GPW obejmowały odpowiednio<sup>17</sup>:

---

17. Kalkulacje własne na podstawie: *Zagregowane dane miesięczne dla sektora bankowego*, Departament Bankowości Komercyjnej i Specjalistycznej oraz Instytucji Płatniczych, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa 2013; Skonsolidowane Raporty Roczne Banków za rok 2012; Sprawozdania Zarządów Banków za rok 2012.

- 1) 70,2 proc. aktywów wszystkich banków komercyjnych w Polsce wraz z oddziałami zagranicznymi,
- 2) 64,3 proc. aktywów całego sektora bankowego (wraz z bankami spółdzielczymi),
- 3) 87,6 proc. przychodów z tytułu opłat i prowizji<sup>18</sup> wszystkich banków komercyjnych w Polsce wraz z oddziałami zagranicznymi,
- 4) 78,2 proc. przychodów całego sektora bankowego (wraz z bankami spółdzielczymi).

Zagregowane wartości oraz struktura parametrów finansowych znajduje się w poniższych podrozdziałach.

### 3.1. Wartości, struktura i dynamika wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń

Banki giełdowe w roku 2012 wykazały niewielki, jednoprocentowy wzrost wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń z 1,78 mld zł (w 2011 r.) do 1,8 mld zł. Liderem, choć bez wielkiej przewagi, biorąc pod uwagę wartość aktywów oraz przychodów, był PKO BP SA, który pozyskał z tego tytułu 415 mln zł (Tabela 4). Wartość ta była mniejsza niż w roku 2011 aż o 19 proc., kiedy bank zarobił na sprzedaży ubezpieczeń ponad 515 mln zł. Wartości te stanowiły w 2012 r. 23 proc. przychodów wszystkich banków giełdowych z tego tytułu (rok wcześniej niemal 29 proc.). Biorąc pod uwagę transakcję nabycia Nordea Bank Polska SA oraz Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, można się spodziewać, iż na rynku bancassurance największy polski bank umocni w kolejnych latach swoją pozycję.<sup>19</sup> Następne dwa banki w rankingu to Alior Bank SA oraz Getin Noble Bank SA. Każdy z nich uzyskał w roku 2012 ponad 21 proc. udział w całości analizowanego rynku. Pierwszy z nich wyprzedził swojego konkurenta po zainkasowaniu w 2012 r. 393 mln zł, co było wartością aż o połowę wyższą niż rok wcześniej (264 mln zł). To znaczne zwiększenie wartości w kontekście innych parametrów przedstawionych w dalszej części opracowania, które mogą dla banku (oraz jego akcjonariuszy) generować wiele ryzyk. W prospekcie emisyjnym przyznał to sam bank, który w części pt.: „Otoczenie regulacyjne dotyczące bancassurance” wskazał, iż:

„[...] Bank generuje istotną część swoich przychodów z bancassurance (dystrybucji ubezpieczeń), która to działalność może być przedmiotem znaczących interwencji regulacyjnych w niedalekiej przyszłości, co może mieć istotny niekorzystny wpływ na przychody, wyniki działalności i rentowności Banku [...]”.<sup>20</sup>

Getin Noble Bank SA z kolei, w 2012 r. obniżył swoje przychody z tytułu sprzedaży ubezpieczeń o 17 proc., do poziomu 381 mln zł – rok wcześniej zarobił ponad 458 mln zł. W tym przypadku ryzyko przeważenia po stronie przychodów z tego tytułu również wydaje się istotne. W trakcie analizy interesujące były wnioski z obserwacji ewidencji not dodatkowych do rachunku zysków i strat. W nocie nr 8, „Przychody i koszty z tytułu prowizji i opłat”, obok pozycji: „przychody z tytułu ubezpieczeń” (ujętej w Tabeli 4 niniejszego opracowania) znalazły się również dwie inne pozycje<sup>21</sup>:

18. W tej pozycji są ewidencjonowane zbiorczo przychody/wynagrodzenia banków z tytułu prowizji ubezpieczeniowych.

19. Umowa dotycząca nabycia przez PKO Bank Polski SA akcji spółek: Nordea Bank Polska SA, Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, Nordea Finance Polska SA, Raport bieżący PKO BP SA nr 37/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r.

20. Prospekt emisyjny Alior Bank SA, wersja zatwierdzona przez KNF w dniu 16 listopada 2012 r., s. 34.

21. Skonsolidowane sprawozdanie finansowe za rok zakończony dnia 31 grudnia 2012 r., Grupa Kapitałowa Getin Noble Bank SA, s. 44.

- 1) „Przychody z tytułu produktów inwestycyjnych i depozytowych” o wartości odpowiednio: 379,2 mln zł w 2012 r. oraz 457,9 mln zł w 2011 r., oraz
- 2) „Przychody z tytułu sprzedaży jednostek uczestnictwa TFI i zarządzania aktywami” – odpowiednio: 40,3 mln zł w 2012 r., 47,1 mln zł w 2011 r.

Tabela 4. Wynagrodzenia z tytułu sprzedaży ubezpieczeń przez banki notowane na GPW w Warszawie [tys. zł]

Banki / wartości / lata	Wynagrodzenia z tytułu pośrednictwa w sprzedaży ubezpieczeń [tys. zł]		Struktura – udział %		Dynamika 2012/2011
	2011	2012	2011	2012	
PKO BP SA	515 499	415 339	28,9%	23,0%	81%
ALIOR Bank SA	264 202	393 557	14,8%	21,8%	149%
Getin Noble Bank SA	458 805	381 053	25,7%	21,1%	83%
BRE SA	167 441	179 354	9,4%	9,9%	107%
Bank Handlowy SA	128 430	124 668	7,2%	6,9%	97%
BZ WBK SA	68 758	108 401	3,8%	6,0%	158%
Millenium SA	71 063	73 059	4,0%	4,0%	103%
ING BSK SA	29 900	31 600	1,7%	1,7%	106%
PEKAO SA	27 467	31 343	1,5%	1,7%	114%
BNP Polska SA	28 623	23 286	1,6%	1,3%	81%
Nordea Bank Polska SA	24 589	23 224	1,4%	1,3%	94%
BGŻ SA	1 583	22 449	0,1%	1,2%	1418%
BOŚ BANK SA	–	–	0,0%	0,0%	–
Razem:	1 786 360	1 807 333	100,0%	100,0%	101%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Skonsolidowane Raporty Roczne Banków za rok 2012; Sprawozdania Zarządów Banków za rok 2012 (sortowanie w tabeli wg wartości za rok 2012).

Jest to o tyle interesujące, iż bank rozdzielił sprzedaż z tytułu produktów inwestycyjnych i depozytowych od sprzedaży tytułów uczestnictwa TFI i zarządzania aktywami. To zdaje się sugerować, iż w pierwszej pozycji częściowo mogą zawierać się także produkty mające jako komponent część ubezpieczeniową. To z kolei mogłoby zaciemniać nieco obraz udziału tego banku na rynku bancassurance, nie mówiąc już o wspomnianym wcześniej ryzyku. Bank tym samym mógł potencjalnie pozyskać od ubezpieczycieli znacznie więcej, niż wskazano w konkretnej pozycji przypisanej do tych instytucji. Niemniej jednak z powodu braku dodatkowych informacji na potwierdzenie powyższej tezy, do celów niniejszej analizy przyjęto, iż Getin Noble Bank SA uzyskał przychody w wysokości wskazanej wcześniej, czyli 381 mln zł w 2012 r.

Podsumowując dotychczasowe rozważania – trzy powyższe banki uzyskały w 2012 r. w sumie 1,19 mld zł, co stanowiło 65,8 proc. udziału w przychodach z tytułu sprzedaży ubezpieczeń wśród banków giełdowych. Rok wcześniej uzyskały 1,24 mld zł, co stanowiło 69,3 proc. udziału wśród banków giełdowych. Pokazuje to bardzo dużą koncentrację sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w tym segmencie rynku. Udział kolejnych czterech banków wahał się w granicach 9,9–4,0 proc. przychodów z tytułu ubezpieczeń banków notowanych na GPW. W sumie pozyskały one w 2012 r. 485 mln zł [26,9 proc. udziału w strukturze], a w 2011 r. 435 mln zł [24,4 proc. udziału]. Pierwszy z nich, BRE Bank SA, uzyskał w 2012 r. 179,4 mln zł, co stanowiło 9,9 proc. udziału w strukturze. Zwiększył on nominalne przychody z tego tytułu o 7 proc. w porównaniu

do roku poprzedniego [167,4 mln zł i 9,4 proc. udziału]. Drugi bank – Bank Handlowy SA, zanotował mniejsze o 3 proc. przychody ze sprzedaży ubezpieczeń (odpowiednio 124,6 mln zł w 2012 r. oraz 128,4 mln zł w 2011 r.). Udział strukturalny spadł tym samym z 7,2 proc. do 6,9 proc. w 2012 r. BZ WBK SA w roku 2012 z udziałem 6,0 proc. znacząco, gdyż aż o 58 proc., zwiększył swoje przychody do poziomu 108,4 mln zł. Rok wcześniej zarobił na sprzedaży ubezpieczeń 68,7 mln zł, co stanowiło 3,8 proc. udziału w strukturze banków giełdowych. Ostatni z powyższej czwórki to bank Millenium SA, który niewiele, bo o 3 proc., zwiększył przychody do poziomu 73 mln zł (rok wcześniej 71 mln zł). Dało mu to w każdym z analizowanych okresów 4,0-proc. udział w strukturze.

Pozostałe sześć banków miało już relatywnie mniejsze znaczenie pod analizowanym kątem. W sumie pozyskały w 2012 r. blisko 132 mln zł przy 7,3-proc. udziale w strukturze.<sup>22</sup> Rok wcześniej było to 112,2 mln zł i 6,3 proc. udziału. Żaden z banków (ING BSK SA, PEKAO SA, BNP Polska SA, Nordea Bank Polska SA oraz BGŻ SA) nie przekroczył 2 proc. udziału w strukturze analizowanych instytucji. Na uwagę zasługuje jednak bardzo duży, o ponad 1300 proc., wzrost przychodów BGŻ SA, co może świadczyć o nowym podejściu do struktury przychodów i docenieniu przez bank i ubezpieczycieli tej sieci dystrybucji.

### 3.2. Wynagrodzenia z tytułu sprzedaży ubezpieczeń w relacji do wybranych pozycji rachunku zysków i strat

W tym zakresie przeprowadzone zostały kalkulacje kilku wskaźników będących relacją udziału wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wybranych pozycji rachunku zysków i strat. Biorąc pod uwagę ich wartości, dla niektórych banków wskaźniki te mogą być nazwane „wskaźnikami uzależnienia” lub „wskaźnikami uzależnienia od przychodów z tytułu sprzedaży ubezpieczeń” (*insurance dependency ratio*). Wyróżniono w tym zakresie trzy miary:

- 1) relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu odsetek (wskaźnik I stopnia),
- 2) relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wyniku z tytułu odsetek (wskaźnik II stopnia),
- 3) relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu opłat i prowizji (wskaźnik III stopnia).

Pozwalają one w sposób syntetyczny określić pozycję danego banku w zakresie udziału tej grupy produktowej w generowaniu przychodów i zysków oraz stopnia uzależnienia od tej grupy produktów niebankowych.

#### Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu odsetek (wskaźnik I stopnia)

Pierwszym wskaźnikiem, który poddano analizie jest relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do początkowej pozycji rachunku zysków i strat, czyli przychodów z tytułu odsetek (Tabela 5). W tym zakresie istotnie wyróżnia się Alior Bank SA, który w 2012 r. osiągnął wskaźnik

22. Doprecyzowując, należy wspomnieć, że chodzi właściwie o pięć banków, ponieważ BOŚ Bank SA nie wykazał przychodów z tytułu sprzedaży ubezpieczeń w wydzielonej pozycji raportu finansowego, pomimo wzmianek w Sprawozdaniu Zarządu o tego typu działalności w 2012 r.

na poziomie 30,7 proc. (rok wcześniej 31 proc.). Biorąc pod uwagę fakt, iż pozostałe banki miały go na poziomie poniżej 9 proc. w 2012 r. oraz 12,5 proc. w 2011 r., zmusza to do pewnej refleksji. Bank rozpoczął dynamiczną działalność w roku 2008 i wszedł w 2012 r. na rynek publiczny. Sukces Alior Banku opierał się m.in. na szeregu innowacji produktowych, sprzedażowych i marketingowych wprowadzanych konsekwentnie przez kadre zarządzającą. Jednym z elementów była dywersyfikacja produktowa i położenie nacisku na przychodach z innych niż bankowe produktów finansowych. Jak wspomniano wyżej, nawet w prospekcie emisyjnym uznano to za istotny element ryzyka dla akcjonariuszy. Można zaryzykować twierdzenie, iż Alior Bank jest w największym stopniu uzależniony od dostawców produktów ubezpieczeniowych i nawet nieznaczne wahania w tym zakresie są w stanie przyczynić się do spadku przychodów i zyskowności banku w kolejnych latach. Przyczyn może być wiele, ale najistotniejszą wydaje się niebezpieczeństwo wprowadzenia restrykcyjnych regulacji prawnych i/lub rekomendacji KNF w istotny sposób ograniczających sprzedaż ubezpieczeń w bankowym kanale dystrybucji.

**Tabela 5. Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu odsetek dla banków notowanych na GPW w Warszawie [%]**

Bank / okres	2011	2012
ALIOR Bank SA	31,0%	30,7%
Getin Noble Bank SA	12,5%	8,9%
Bank Handlowy SA	6,7%	6,0%
BRE SA	4,3%	4,0%
PKO BP SA	4,3%	3,2%
BZ WBK SA	2,0%	2,8%
Millenium SA	2,6%	2,3%
BNP Polska SA	2,9%	2,3%
Nordea Bank Polska SA	2,4%	1,9%
BGŻ SA	0,1%	1,0%
ING BSK SA	0,9%	0,8%
PEKAO SA	0,4%	0,4%
BOŚ BANK SA	0,0%	0,0%
Średnia:	5,4%	4,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Skonsolidowane Raporty Roczne Banków za rok 2012; Sprawozdania Zarządów Banków za rok 2012.

Drugi w kolejności Getin Noble Bank SA w roku 2012 osiągnął wskaźnik na poziomie 8,9 proc. (rok wcześniej 12,5 proc.). Wydaje się on być na poziomie w znacznie mniejszym stopniu wazącym na całości przychodów. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę fakt wspomnianej wcześniej możliwości ujmowania części prowizji ubezpieczycieli w innej pozycji rachunku zysków i strat, rzeczywisty wskaźnik mógłby być potencjalnie wyższy. Kolejne banki osiągały ten wskaźnik na poziomach odpowiednio niższych: Bank Handlowy SA 6 proc. w 2012 r. i 6,7 proc. w 2011 r., BRE Bank SA 4,0 proc. oraz 4,3 proc., PKO BP SA 3,2 proc. oraz 4,3 proc. Kolejne podmioty zanotowały przychody z tego tytułu w 2012 r. na poziomie poniżej 3 proc. We wszystkich bankach giełdowych widoczny był spadek udziału tego parametru w całości przychodów z tytułu odsetek.

Kalkulacje w tabelach zawierają również wartości średnie. Przyjęto założenie, iż bank jest przedsiębiorstwem o określonym profilu biznesowym i jako taki winien maksymalizować swoją



wartość dla akcjonariuszy, korzystając z wszystkich dostępnych produktów finansowych. Niezależnie od wartości aktywów oraz innych parametrów finansowych, każdy bank winien realizować to zadanie, koncentrując się na sprzedaży najbardziej rentownych i efektywnych produktów w opinii organów nimi zarządzających. Przyjęto tym samym, iż optymalną miarą może być średnia arytmetyczna wskaźników dla reprezentatywnej grupy banków giełdowych. Należy mieć na względzie, iż takie założenie może powodować ograniczoną wartość informacyjną tego typu średniej. BOŚ Bank nie wskazuje przychodów z tytułu sprzedaży ubezpieczeń, mimo wzmianek o tego typu aktywności w części opisowej Sprawozdania Zarządu, natomiast Alior Bank odchyła się od pozostałych banków w sposób znaczący. Wprowadzenie średniej ważonej i dobór wag do tego wskaźnika mogłyby być również elementami dyskusyjnymi. Niemniej jednak, średnia arytmetyczna wydaje się wskazywać pewne tendencje w zakresie miar omawianych w niniejszym opracowaniu i może być przedmiotem refleksji oraz przyczynkiem do pożądanej dyskusji.

Tak więc uwzględniając średnią arytmetyczną, w roku 2011 i 2012 tylko trzy spośród badanych banków (Alior Bank SA, Getin Noble Bank SA, Bank Handlowy SA) osiągnęły wartości powyżej średniej dla wskaźnika I stopnia, przy czym odchylenie od średniej (*in plus*) było bardzo widoczne jedynie dla pierwszego z nich. Większość podmiotów notowała wartości poniżej średniej.

### Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wyniku z tytułu odsetek (wskaźnik II stopnia)

Kolejny wskaźnik (II stopnia) pokazujący relację wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wyniku z tytułu odsetek potwierdza wcześniejszą tezę o znaczącym uzależnieniu Alior Banku od produktów ubezpieczeniowych (55,4 proc. w 2012 r. oraz 53,4 proc. w 2011 r.). Getin Noble Bank osiągnął niższe wartości, niemniej w obu okresach powyżej 30 proc., co także zasługuje na podkreślenie (Tabela 6). Pozostałe banki zanotowały wartości poniżej 9 proc. w obu analizowanych

Tabela 6. Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wyniku z tytułu odsetek dla banków notowanych na GPW w Warszawie [%]

Bank / okres	2011	2012
ALIOR Bank SA	53,4%	55,4%
Getin Noble Bank SA	33,4%	30,5%
Bank Handlowy SA	9,0%	8,4%
BRE SA	7,7%	8,0%
Millenium SA	6,2%	6,3%
PKO BP SA	6,8%	5,3%
BZ WBK SA	3,3%	4,7%
BNP Polska SA	5,0%	4,3%
Nordea Bank Polska SA	3,9%	3,3%
BGŻ S.A.	0,2%	2,2%
ING BSK SA	1,6%	1,5%
PEKAO SA	0,6%	0,7%
BOŚ BANK SA	0,0%	0,0%
Średnia:	10,1%	10,0%

Źródło: pracowanie własne na podstawie: Skonsolidowane Raporty Roczne Banków za rok 2012; Sprawozdania Zarządów Banków za rok 2012.

okresach. Tylko dwa banki (Alior Bank SA oraz Getin Noble Bank SA) osiągnęły w obu okresach wartości powyżej średniej. Tutaj wysokie odchylenie od średniej (*in plus*) było widoczne w przypadku obu banków, a większość podmiotów notowała wartości poniżej średniej.

### Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu opłat i prowizji [wskaźnik III stopnia]

Ostatnim wskaźnikiem pokazującym uzależnienie od wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń jest relacja tej wartości do przychodów z tytułu opłat i prowizji [wskaźnik III stopnia] (Tabela 7).

Tabela 7. Relacja wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do przychodów z tytułu opłat i prowizji banków notowanych na GPW w Warszawie [%]

Bank / okres	2011	2012
ALIOR Bank SA	55,9%	59,0%
Getin Noble Bank SA	37,5%	37,4%
Bank Handlowy SA	17,1%	17,6%
Nordea Bank Polska SA	17,1%	15,8%
BRE SA	13,1%	14,1%
BNP Polska SA	15,6%	12,5%
Millenium SA	11,0%	11,1%
PKO BP SA	13,4%	10,8%
BZ WBK SA	4,4%	6,8%
BGŻ SA	0,5%	6,4%
ING BSK SA	2,6%	2,8%
PEKAO SA	0,9%	1,1%
BOŚ BANK SA	0,0%	0,0%
Średnia:	14,5%	15,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Skonsolidowane Raporty Roczne Banków za rok 2012; Sprawozdania Zarządów Banków za rok 2012.

Tutaj ponownie liderem był Alior Bank SA, który zbliżył się w roku 2012 do poziomu 60 proc. (55,9 proc. w 2011 r.). Getin Noble Bank SA poruszał się w obu okresach w granicach 37,5 proc.

Kolejne podmioty: Bank Handlowy SA, Nordea Bank Polska SA, BRE SA, BNP Polska SA, Millenium SA oraz PKO BP SA oscylowały w granicach 17,6–10,8 proc. Pozostałe banki zanotowały ten wskaźnik na poziomie poniżej 10 proc.

W powyższym zestawieniu cztery podmioty (Alior Bank SA, Getin Noble Bank SA, Bank Handlowy SA oraz Nordea Bank Polska SA) osiągnęły w obu okresach wartości powyżej średniej. Dwa pierwsze z nich odchodziły się od niej (*in plus*) w sposób znaczący, a większa liczebowa grupa plasowała się poniżej średniej.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę kwestie formalno-prawne poruszone w pierwszej części niniejszego opracowania, a w szczególności raporty Rzecznika Ubezpieczonych, korespondencję Komisji Nadzoru Finansowego oraz projekty dyrektyw UE, w najbliższym czasie należy się spodziewać nowych regulacji, które

mogą zmienić dotychczasowy model współpracy banków i ubezpieczycieli. KNF wspólnie z Ministerstwem Finansów pracuje nad zapisami, które miałyby uregulować kwestię bancassurance w Polsce (nowelizacja dotychczasowych ustaw lub nowy akt prawny).<sup>23</sup> Zapowiadane są nieoficjalnie m.in. nowelizacje Kodeksu cywilnego oraz ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, uwzględniające problematykę bancassurance.<sup>24</sup> Ministerstwo Finansów zapowiedziało od 1 stycznia 2014 r. zmianę przepisów, które udaremnią tarczę podatkową realizowaną poprzez produkty ubezpieczeniowe.<sup>25</sup> Będzie to miało najprawdopodobniej negatywne przełożenie na sprzedaż produktów o tym profilu. Zapowiadana rekomendacja KNF, obok innych kwestii może spowodować zakaz jednoczesnego występowania banku jako agenta oraz podmiotu ubezpieczającego. Ze względu na skalę przychodów ani banki, ani ubezpieczyciele najprawdopodobniej nie będą chcieli rezygnować ze współpracy. Możliwych jest zatem wiele scenariuszy, które wyjdą naprzeciw nowym regulacjom. Jednym z nich może być częściowe (formalne, a nie operacyjne) wydzielenie z banków działalności w zakresie bancassurance do innych podmiotów, których głównym zadaniem będzie rozliczanie prowizji od ubezpieczycieli. Być może zmiany w tym zakresie spowodują, iż większą rolę odgrywać będą pośrednicy ubezpieczeniowi (agencje, firmy brokerskie). Przykładowo, jedna z rodzimych grup brokerskich już wprowadza na rynek innowacje systemowe, które mają pomóc bankom we wdrażaniu postanowień Rekomendacji ZBP i PIU. Dalekim, acz znamienym przykładem może być rynek USA, gdzie w latach 90. XX w. według przepisów i regulacji (tzw. Gramm-Leach-Bliley) banki nie mogły kupować pakietów większościowych akcji ubezpieczycieli.<sup>26</sup> Wynikiem tej regulacji była fala przejść agentów i brokerów ubezpieczeniowych (zestawienie transakcji zawiera Tabela 8). Na przestrzeni lat 1990–2005 zawarto 2172 transakcje na kwotę 22,7 mld USD.

Przykład ten pokazuje, iż niezależnie od uregulowań i ograniczeń prawnych, rynek finansowy prędzej czy później znajduje inne rozwiązanie pozwalające utrzymać *status quo* sprzed wprowadzenia nowych przepisów.

Poruszane w drugiej części opracowania zagadnienia dotyczące dystrybucji produktów ubezpieczeniowych w sieciach bankowych skłaniają do głębszej refleksji. Dotyczy to zwłaszcza ubezpieczeń na życie, w których ponad połowa przypisu składki jest w taki właśnie sposób pozyskiwana. Duża koncentracja na produktach z komponentem inwestycyjnym, osiągająca blisko 90 proc. przypisu, wskazuje na dodatkowe zagrożenia. Fakt pozyskiwania ponad połowy przychodów w sieciach bankowych może stanowić istotne ryzyko w przypadku nałożenia się kilku wspomnianych wyżej niekorzystnych elementów. Wprowadzenie opodatkowania oraz inne czynniki związane z ograniczaniem dystrybucji mogą skutkować znaczącym spadkiem efektywności kanału bankowego i w konsekwencji spadkiem składki przypisanej brutto. To ryzyko z pewnością wiele podmiotów ujęło już w swoich strategiach i na najbliższe lata rozważane są scenariusze łagodzące negatywny wpływ potencjalnych zmian regulacyjnych.

Wreszcie ostatnia kwestia. Biorąc pod uwagę wartości i relacje wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń do wybranych pozycji rachunku zysków i strat dla banków giełdowych, można

23. List Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Finansów do Wicemarszałka Senatu RP, Warszawa, 13 lutego 2013 r.

24. *Ministerstwo Finansów o bancassurance i missellingu*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, nr 40 (3190), 26 lutego 2013 r., s. 14.

25. *Opodatkowanie polisolokat w projekcie ustawy*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, nr 40 (3190), 26 lutego 2013 r., s. 21.

26. S.I. Davis, *Bancassurance: The Lessons of Global Experience in Banking and Insurance Collaboration*, VRL Knowledge Bank Ltd, 2007.

Tabela 8. Fuzje i przejęcia pośredników ubezpieczeniowych w USA (firmy agencyjne i brokerskie)

Rok	Liczba	Wartość (mln USD)
1990	67	1079,0
1991	63	1371,2
1992	53	1633,5
1993	71	1241,1
1994	78	1488,6
1995	104	1163,3
1996	103	2809,4
1997	96	2597,4
1998	159	2587,7
1999	240	336,2
2000	175	361,9
2001	192	1149,7
2002	202	1280,6
2003	195	1221,9
2004	239	1418,7
2005	135	953,5
<b>Razem</b>	<b>2172</b>	<b>22 693,7</b>

Źródło: S.I. Davis, *Bancassurance: The Lessons of Global Experience in Banking and Insurance Collaboration*, VRL Knowledge Bank Ltd, 2007, na podstawie: SDC Platinum (1990–1996), SNL DataSource (1997–2005).

wyciągnąć kilka istotnych wniosków. Po pierwsze – banki podchodzą w sposób zróżnicowany do generowania swoich przychodów i koncentrują się na produktach, które w opinii zarządzających są najefektywniejszym środkiem do zwiększania ich wartości i zyskowności. Sprzedaż ubezpieczeń w kanale bankowym jest jednym ze sposobów do osiągnięcia tego celu, a rodzime banki giełdowe korzystają z niego w sposób skrajnie zróżnicowany. Przykładowo Alior Bank SA położył bardzo duży nacisk na tę klasę produktów, a PEKAO SA nie zaangażowało się jeszcze znacząco w dystrybucję ubezpieczeń w stosunku do posiadanego potencjału. Ponadto zauważalna jest bardzo duża koncentracja – trzy banki zainkasowały w 2012 r. ponad 65 proc. wynagrodzeń z tytułu sprzedaży ubezpieczeń na tle konkurentów giełdowych.

Kolejną kwestią jest odpowiedź na pytanie: czy istnieje optimum udziału przychodów ze sprzedaży ubezpieczeń w relacji do wybranych pozycji rachunku zysków i strat, które przyczynią się do maksymalizacji wartości oraz zyskowności banku bez ponoszenia istotnego, długoterminowego ryzyka. Odpowiedź zdaje się na tym etapie bardzo trudna, ponieważ badane banki wykazały skrajnie różne podejścia w tym zakresie. Wydaje się jednak, że znaczące odchylenia i przeważenie źródeł przychodów z produktów ubezpieczeniowych mogą przy niekorzystnych tendencjach generować istotne ryzyko dla stabilności przychodów i zysków. Pełniejszą odpowiedź da dopiero analiza wyników finansowych banków za 2014 r., w którym mogą już zostać wprowadzone formalne regulacje i nieformalne zasady ograniczające sprzedaż ubezpieczeń w bankach. Być może już w roku 2013 widoczne będą pewne zmiany w tym zakresie na skutek uwag Komisji Nadzoru Finansowego, rekomendacji Związku Banków Polskich oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, jak i raportów Rzecznika Ubezpieczonych.

Biorąc pod uwagę fakt ostatniej serii obniżek stóp procentowych i spadku marż na produktach bankowych, można założyć, iż wynagrodzenia ze sprzedaży ubezpieczeń pozostaną istotną

wartością dodaną i będą stanowić silną motywację do generowania wyższych przychodów z tego tytułu. Również zakłady ubezpieczeń najprawdopodobniej będą się starały zacieśniać wzajemną współpracę, tworzyć porozumienia i sojusze strategiczne z bankami, które mogą zapewnić im długoterminową stabilizację przychodów.

## Wykaz źródeł

- Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. – skargi z zakresu bancassurance wniesione w 2012 r., Warszawa, 30.11.2012 r.
- Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń III/2010, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2010
- Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń III/2011, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2011
- Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń III/2012, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2012
- Davis S.I., *Bancassurance: The Lessons of Global Experience in Banking and Insurance Collaboration*, VRL Knowledge Bank Ltd, 2007.
- Directive of the European Parliament and of the Council on insurance mediation – (project)*, Brussels, 03.07.2012.
- List Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Finansów do Wicemarszałka Senatu RP, Warszawa, 13.02.2013.
- List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego do Ministerstwa Finansów w sprawie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 17.12.2012.
- List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego skierowany do Prezesów Zarządów Banków i Zakładów Ubezpieczeń, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 21.02.2012.
- List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego skierowany do podmiotów objętych nadzorem ws. sprzedaży produktów inwestycyjnych, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 26.09.2012.
- List Zastępcy Przewodniczącego KNF do Prezesów Zarządów Banków, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 07.03.2012.
- Ministerstwo Finansów o bancassurance i missellingu*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, nr 40 (3190), 26.02.2013.
- Opodatkowanie polisolokat w projekcie ustawy*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, nr 40 (3190), 26.02.2013.
- Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych, Warszawa, 13.12.2007.
- Projekt Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Polska Izba Ubezpieczeń, 12.04.2013.
- Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on markets in financial instruments repealing Directive 2004/39/EC of the European Parliament and of the Council (Recast)*, Brussels, 18.06.2013.
- Prospekt emisyjny Alior Bank SA, wersja zatwierdzona przez KNF w dniu 16 listopada 2012 r.
- Regulation of the European Parliament and of the Council on key information documents for investment products (project)*, Strasbourg, 03.07.2012.
- Umowa dotycząca nabycia przez PKO Bank Polski SA akcji spółek: Nordea Bank Polska SA, Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, Nordea Finance Polska SA, Raport bieżący PKO BP SA nr 37/2013, Warszawa 2013.06.12.

Raport PIU – Polski Rynek Bancassurance III Q 2012, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, 10.12.2012.  
Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi, Związek Banków Polskich, Warszawa, 03.04.2009.  
Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa, 10.07.2012.  
Rekomendacja w sprawie dobrych praktyk w zakresie ubezpieczeń finansowych powiązanych z produktami bankowymi zabezpieczonymi hipotecznie, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, 22.12.2010.  
Skonsolidowane Raporty Roczne Banków notowanych na GPW w Warszawie za rok 2012.  
Sprawozdania Zarządów Banków notowanych na GPW w Warszawie za rok 2012.  
Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Raport Rzecznika Ubezpieczonych, Warszawa, 07.12.2012.

## **Architecture of the domestic bancassurance market against the background of the banking and insurance sector's income**

*The aim of the study is to present the most important issues related to sales of insurance products at banking chains, which have significant influence on banks' and insurers' income. The issue has been analysed in a broader context which includes both the formal and legal environment, insurers' dependence on banking chains, and the structure of remuneration from sales of insurance products generated by the banks listed on Warsaw Stock Exchange. The analysis has shown that in the nearest future new regulations can be expected which may change the existing model of cooperation between banks and insurers. The research has shown significant concentration in life insurance, where over half of the written premium was collected at banks. On the other hand, the structure of remuneration from insurance sales at banks has also shown great concentration with respect to a few entities, and extremely different bank's approaches to using this channel of distribution in generating additional income. The study sorts out recent developments of the bancassurance market, and indicates the most important issues related to potential changes as well as risks for the individual segments and participants of the financial market.*

**Key words:** bancassurance, insurance undertakings, banks, insurance products, investment products.

**DR PIOTR PISAREWICZ** – adiunkt w Katedrze Bankowości Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

BEATA MROZOWSKA-BARTKIEWICZ  
ANNA TARASIUK-FLODROWSKA

## Grupowa umowa ubezpieczenia na życie a ocena ryzyka ubezpieczeniowego – problemy praktyczne

*Ocena ryzyka ubezpieczeniowego stanowi niezwykle istotne zagadnienie związane z funkcjonowaniem zakładów ubezpieczeń. Pojawiają się wątpliwości praktyczne co do stosowanej oceny ryzyka przy zawieraniu grupowych umów ubezpieczenia na życie, w szczególności w kontekście praktykowanych przez zakłady ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności. Kwestia sposobu dokonywania oceny ryzyka stanowi przedmiot decyzji ubezpieczyciela. Z uwagi na szczególny charakter grupowej umowy ubezpieczenia, ocena ryzyka przez ubezpieczyciela musi obejmować daną grupę jako całość, a ryzyko nie jest oceniane indywidualnie. Ocena ryzyka przeprowadzana jest w oparciu o określone założenia, gdy grupa osób przystępujących do ubezpieczenia (ubezpieczonych) nie jest jeszcze znana. Nie mają na nią wpływu informacje przekazane ubezpieczycielowi przez osoby przystępujące do ubezpieczenia (np. na temat ich stanu zdrowia). Brak przyjęcia takich założeń uniemożliwiłby ubezpieczycielowi obliczenie wysokości składki. Zawarte w treści ogólnych warunków wyłączenia odpowiedzialności stanowią odzwierciedlenie przeprowadzonej przez ubezpieczyciela oceny ryzyka. Ponadto wyłączenia odpowiedzialności mają na celu ochronę interesów ubezpieczyciela (ograniczenie odpowiedzialności), jak również osób przystępujących do ubezpieczenia (np. ograniczenie możliwości wzrostu wysokości składki).*

**Słowa kluczowe:** grupowe ubezpieczenia na życie, ocena ryzyka ubezpieczeniowego, wyłączenia odpowiedzialności, ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej, deklaracja przystąpienia.

### Wprowadzenie

Prawidłowa ocena ryzyka ubezpieczeniowego stanowi fundament funkcjonowania każdego zakładu ubezpieczeń.<sup>1</sup> Jako kompleksowa dziedzina wiedzy obejmuje ona szerokie spektrum zagadnień, także te o charakterze prawnym i ekonomicznym. Literatura ekonomiczna dotycząca tej kwestii

---

1. A. Śliwiński, *Ryzyko Ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 10.

jest niezwykle ciekawa i obszerna, jednakże w niniejszym artykule skoncentrujemy się wyłącznie na analizie regulacji prawnych. W szczególności analizie poddana zostanie treść obowiązku oceny ryzyka i formy jej przeprowadzania na tle problemów praktycznych, aktualizujących się w przypadku zawierania grupowej umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wpływu tych regulacji na mechanizmy rynkowe. Temat jest o tyle istotny, że wzrastająca liczba umów ubezpieczeń na życie zawieranych w ramach grupowych umów ubezpieczenia oraz ich zwiększająca się różnorodność spowodowała wzrost liczby pytań i wątpliwości dotyczących zakresu ubezpieczeń oferowanych w tej formie, a w szczególności zasad i założeń stosowanych przez zakłady ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności.

Co ciekawe, zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie ubezpieczeniowym, brak szczegółowych wskazówek oraz ograniczeń dotyczących kształtowania tego rodzaju postanowień umownych w grupowej umowie ubezpieczenia. Chociaż bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa<sup>2</sup> wprowadziły pewne regulacje w tym zakresie, to w praktyce okazują się one często niepełne. Jako podstawową wątpliwość wskazuje się zakres stosowania art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego, który stanowi, że ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Zastrzeżenia sformułowane w świetle brzmienia ostatniego zdania omawianego przepisu, zgodnie z którym w razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Zgłaszane wątpliwości dotyczyły zatem efektu zaniechania skierowania zapytania przez ubezpieczyciela na etapie przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia, oraz wyjaśnienia, czy brak takiego zapytania może skutecznie wpływać na zakres ubezpieczenia, uzasadniając potencjalną odmowę wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela. Przedmiotem analiz w świetle art. 815 Kodeksu cywilnego jest także charakter zapytania skierowanego do ubezpieczonego (ubezpieczającego), tj. czy jest ono niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego w grupowych umowach ubezpieczenia na życie, warunkując zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w każdym przypadku.<sup>3</sup> Nie ulega wątpliwości, że tematyka ta nabrała ostatnio szczególnego praktycznego znaczenia także ze względu na wzrost popularności bancassurance.

Z powyższego względu warto zwrócić bliższą uwagę na problematykę stosowanych w praktyce metod określania zakresu ubezpieczenia w kontekście oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych na życie. Szczegółnej analizy, jak się wydaje, wymaga zagadnienie zasadności i uprawnienia do stosowania postanowień wyłączających odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w przypadku, gdy tego rodzaju postanowienia są sformułowane wyłącznie w treści ogólnych warunków ubezpieczenia, a ubezpieczyciel na etapie przedsprzedażowym nie kieruje do potencjalnego ubezpieczonego pytań mających związek z zakresem ubezpieczenia i stosowanych wyłączeń odpowiedzialności.

---

2. Por. art. 833 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) dotyczący odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku samobójstwa ubezpieczonego.

3. Zob. np. A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie, Zawieranie umowy. Dochodzenie roszczeń. Wzory*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2000, s. 65.



## 1. Ubezpieczenia grupowe a ocena ryzyka

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego została przez ustawodawcę jednoznacznie uznana za czynność ubezpieczeniową.<sup>4</sup> Jako taka podlega szczególnym regulacjom prawnym. Podstawowe zasady dotyczące wykonywania tego rodzaju czynności zostały określone w art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej<sup>5</sup> („UDU”), zgodnie z którym wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Dalsza część tego przepisu zawiera kolejne wytyczne dotyczące sposobu ustalania składki ubezpieczeniowej. Ustala się ją bowiem w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń.

Przepisy prawa wskazują zatem na konieczność dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego jeszcze przed ustaleniem wysokości składki. Jej określenie jest bowiem naturalną konsekwencją analizy danych zebranych przez zakład ubezpieczeń. Ustawodawca nie formułuje jednak żadnych szczegółowych wytycznych ani dyrektyw, które odnosiłyby się do szczegółowej formuły i sposobu dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Należy więc przyjmując, że zakładowi ubezpieczeń przysługuje samodzielne uprawnienie do podjęcia decyzji, w oparciu o jakie kryteria, dane i informacje zamierza dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz kalkulacji składki.

Regulacje prawne nie różnicują także sposobu dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego dla ubezpieczeń indywidualnych i grupowych. Jednak zasady zawierania i wykonywania obu rodzaju umów różnią się nieco od siebie. Dlatego można się zastanowić, czy zasady przeprowadzania oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych mogą lub muszą opierać się na takiej samej metodologii i zasadach co w przypadku ubezpieczeń indywidualnych, czy też należy przyjmując, że z uwagi na swoją specyfikę będą one odmienne.<sup>6</sup>

Warto podkreślić, że z cywilnoprawnego punktu widzenia umowa ubezpieczenia grupowego jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek uregulowaną w art. 808 Kodeksu cywilnego. W ramach tej umowy ubezpieczony nie występuje jako strona umowy ubezpieczenia. Mimo to z umowy mogą wynikać dla niego określonego rodzaju uprawnienia lub obowiązki. Najbardziej popularna obecnie na rynku konstrukcja grupowego ubezpieczenia występuje w bancassurance<sup>7</sup> i w ubezpieczeniach

4. Art. 3 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).

5. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).

6. Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 7: Przy przyjęciu jednej metodyki dla ubezpieczeń indywidualnych i grupowych, „pominięto zupełnie istotę i specyfikę umów ubezpieczenia grupowego w obecnej postaci. Wystarczy wskazać, że w ww. konstrukcja prowadzi do przekształcenia umów ubezpieczenia grupowego w umowy zawierane indywidualnie z każdą osobą ubezpieczoną. Przy tym założeniu składka powinna być kalkulowana nie na grupę, tylko na indywidualną osobę, co w konsekwencji doprowadziłoby do wzrostu składki. Może się okazać, że klienci masowi, którzy korzystali z tego, że składka była liczona na grupę czyli niższa, nie będą w stanie zapłacić składki skalkulowanej wg odmiennych zasad typowych dla umów ubezpieczenia indywidualnego”.

7. Por. wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK, RU/CO/11, [http://dziennikubebezpieczeniowy.pl/pub/110422\\_wystapienie\\_bancassurance\\_m.pdf](http://dziennikubebezpieczeniowy.pl/pub/110422_wystapienie_bancassurance_m.pdf) [4 kwietnia 2013 r.]: „Zdeduowana większość umów ubezpieczeń typu bancassurance występujących w praktyce obrotu na rynku

pracowniczych. Chociaż charakter i konstrukcja obu tych rodzajów umów są takie same, mogą mieć one nieco odmienne cele. W przypadku umów ubezpieczenia zawieranych przez bank grupa obejmowana ochroną ubezpieczeniową może, chociaż nie musi, stanowić zbiorowość tworzoną *de facto* w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Natomiast w ubezpieczeniach pracowniczych istnieje bezpośredni, pierwotny, formalny i stały związek między ubezpieczającym a ubezpieczonymi. Niezależnie jednak od celu zawarcia takiej umowy, przy założeniu, że można do niej przystępować w czasie jej trwania, a nie tylko w momencie jej zawarcia, funkcjonowanie otwartej grupy ubezpieczonych oznacza możliwość obejmowania ubezpieczeniem osób, które łączy z ubezpieczającym określona cecha wspólna [stosunek podstawowy, cel].

W przypadku grupowej umowy ubezpieczenia objęcie ubezpieczeniem najczęściej następuje z chwilą złożenia deklaracji (oświadczenia) przystąpienia do ubezpieczenia. Jednocześnie, zgodnie z art. 13 UDU oraz art. 808 § 4 Kodeksu cywilnego, zarówno ubezpieczający, jak i ubezpieczyciel zobowiązani są do przekazania ubezpieczonemu – przystępującemu do ubezpieczenia – określonych informacji. Przyjmując, że przedstawiony powyżej schemat obejmowania ubezpieczonych ochroną z chwilą złożenia przez nich deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia jest najbardziej powszechny<sup>8</sup>, należy wskazać, iż informacje, których przekazania ubezpieczonemu wymaga ustawodawca, z reguły umieszczone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Te z kolei ubezpieczony zwykle otrzymuje przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Warto wskazać, że przepisy prawa nie wykluczają przekazania wymaganych informacji w innej formie niż ogólne warunki ubezpieczenia. W praktyce jednak inne rozwiązania spotyka się stosunkowo rzadko. Niezależnie od formy przekazania wymaganych prawem informacji dotyczących obowiązków i uprawnień ubezpieczonego, należy przyjąć, że ma on możliwość zapoznania się z warunkami ochrony ubezpieczeniowej przed przystąpieniem do umowy. Oczywiście, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową, osobie przystępującej do ubezpieczenia przysługuje szereg dodatkowych uprawnień<sup>9</sup>, jednak ich szczegółowe omówienie pozostaje poza zakresem niniejszego artykułu.

Kwestią podstawową w ubezpieczeniach grupowych jest konieczność ustalenia grupy ubezpieczonych, czyli osób, które mogą zostać objęte ubezpieczeniem. Chociaż samo utworzenie grupy ubezpieczonych to decyzja ubezpieczającego, to już warunki i zasady przystąpienia do ubezpieczenia będą podlegały ustaleniom obu stron umowy. Z punktu widzenia ubezpieczyciela konieczność dokonania takich ustaleń wynika z obowiązku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach

---

ubezpieczeniowym należy do umów ubezpieczenia grupowego, czyli klasycznej umowy na rzecz osoby trzeciej wynikającej z art. 808 k.c. w zw. z art. 393 k.c.”.

8. W zależności od uzgodnień pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym mogą w tej mierze zostać przyjęte różne rozwiązania: automatyczne obejmowanie ochroną, przystąpienie wobec braku wyraźnego sprzeciwu ze strony ubezpieczyciela w określonym czasie, przystąpienie dopiero z chwilą wyraźnego potwierdzenia tego faktu przez ubezpieczyciela czy też przystąpienie za potwierdzeniem ubezpieczającego.
9. Przede wszystkim chodzi tu o uprawnienie do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela na podstawie art. 808 § 3 Kodeksu cywilnego, a także uprawnienie do żądania informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia zgodnie z art. 808 § 4 Kodeksu cywilnego. Poza tym wynikające z następnego paragrafu odpowiednie stosowanie regulacji dotyczącej ochrony konsumenta, o której mowa w art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> Kodeksu cywilnego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w której przedmiot ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby czy w odniesieniu do ubezpieczeń na życie analogiczna do zgody ubezpieczonego na ustanowienie ochrony ubezpieczeniowej – zgoda ubezpieczonego na zmianę treści umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego.

której musi on uwzględnić zarówno warunki przystąpienia do ubezpieczenia, jak i dotychczasowy lub potencjalny skład grupy osób, które tym ubezpieczeniem zostaną objęte.

Warto zwrócić uwagę, że w przypadku indywidualnego ubezpieczenia na życie ocena ryzyka polega zwykle na ocenie stanu zdrowia danej osoby lub też na ocenie indywidualnych, z góry określonych cech, które mogą mieć wpływ na ryzyko zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ocenia się zatem potencjalną możliwość wystąpienia określonego zdarzenia w oparciu o szczegółowe dane jednostki, m.in. jej wiek, stan zdrowia, skłonność do określonych zachowań czy podejmowania szczególnej działalności. Między innymi w oparciu o te dane ubezpieczyciel dokonuje kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

Z racji szczególnego charakteru grupowej umowy ubezpieczenia, ocena ryzyka musi obejmować daną grupę jako całość. Skoro w przypadku tego typu umów ryzyko ubezpieczeniowe nie jest oceniane indywidualnie, lecz w odniesieniu do całej grupy potencjalnych ubezpieczonych, to nie wydaje się możliwe zastosowanie tych samych kryteriów i warunków oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Uniemożliwia to, między innymi, potencjalna możliwość przystępowania do grupowej umowy ubezpieczenia dodatkowych osób już w trakcie jej obowiązywania.<sup>10</sup> O ile bowiem można sobie wyobrazić dokonanie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego w grupowej umowie ubezpieczenia o charakterze zamkniętym, czyli ocenę grupy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, oraz dokonanie kalkulacji składki dla całej grupy z uwzględnieniem indywidualnych cech każdego z jej członków, o tyle nie można tego zastosować w odniesieniu do umowy o charakterze otwartym. Dokonywanie oceny ryzyka w trakcie obowiązywania grupowej umowy ubezpieczenia oznaczałoby bowiem, że składka z tytułu ubezpieczenia w stosunku do niektórych osób przystępujących do ochrony ubezpieczeniowej będzie ulegać zmianie. To natomiast, poza sytuacją występowania wielości grup w ramach danej umowy, byłoby nie tylko nie do pogodzenia z grupowym charakterem umowy ubezpieczenia, ale także, jak się wydaje, z bezwzględnym zakazem jednostronnej zmiany wysokości składki w umowie ubezpieczenia na życie w trakcie jej trwania.

W świetle powyższego, chociaż w praktyce ubezpieczeniowej występuje możliwość przeprowadzenia indywidualnej oceny ryzyka poszczególnych ubezpieczonych w grupowych umowach ubezpieczenia, to „mówiąc o ubezpieczeniach grupowych mamy jednak przede wszystkim na myśli ubezpieczenia grupowe w ścisłym tego słowa znaczeniu, przy których występuje łączna ocena ryzyka całej grupy”<sup>11</sup>. Należy też podzielić stanowisko, że „w ubezpieczeniach grupowych indywidualna ocena ryzyka poszczególnych ubezpieczonych jest wyjątkiem, natomiast regułą jest łączna ocena ryzyka całej grupy”<sup>12</sup>. Oczywiście, w przypadku wystąpienia nietypowych sytuacji, na przykład mocno zróżnicowanej grupy ubezpieczonych, w ramach której niewielka jej część, np. zarząd spółki, została ubezpieczona na bardzo wysokie sumy<sup>13</sup>, co może w sposób znaczący wpływać na warunki ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń zamiast uproszczonej procedury może być skłonny do przeprowadzenia pełnej, indywidualnej oceny ryzyka. Chociażby z tego powodu, że nie odpowiada ona specyfice jednolitej

10. W przypadku tzw. otwartej grupy.

11. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 284.

12. Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 4.

13. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 284: „W przypadku znacznych różnic w wysokości sum ubezpieczenia poszczególnych osób i gdy sumy te są wysokie”.

grupy. Jak się jednak wydaje, dokonanie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego będzie, co do zasady, skutkować wyłączeniem jednostki z grupy lub zakwalifikowaniem jej do innej grupy (podgrupy) w ramach danej umowy ubezpieczenia.

Omawiając warunki dokonywania oceny ryzyka w grupowych umowach ubezpieczenia, można wskazać jedynie przykładowo na następujące okoliczności, które mogą być brane pod uwagę przez ubezpieczyciela:

- a) rozmiar grupy,
- b) zawody wykonywane przez osoby wchodzące w skład grupy,
- c) rodzaj i charakter wykonywanej pracy (i związane z tym choroby zawodowe),
- d) wiek osób wchodzących w skład grupy,
- e) proporcje płci<sup>14</sup>,
- f) poziom przychodów, sposób zatrudnienia,
- g) dodatkowe informacje dotyczące stosunku podstawowego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, związane z celem przystąpienia do ubezpieczenia.

Powyższe wyliczenie jest jedynie przykładowe, a kryteria ocenne mogą zależeć od charakteru, funkcji lub celu grupowej umowy ubezpieczenia. Ponadto nie w każdym przypadku wszystkie ze wskazanych powyżej informacji będą wymagane przez ubezpieczyciela lub znane ubezpieczonym.

Jak wskazano, w przypadku grupowych umów ubezpieczenia o charakterze otwartym w momencie zawierania umowy nie są znane wszystkie osoby, które zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową. To najczęstsza sytuacja w umowach bancassurance. Chociaż, co wcześniej zasygnalizowano, możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia, w której grupa osób objętych ubezpieczeniem jest znana od początku, a w stosunku do tych osób przeprowadzona została semi-indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego, to wydaje się, że tego rodzaju umowa będzie miała raczej charakter umowy ubezpieczenia zbiorowego,<sup>15</sup> a nie grupowej umowy ubezpieczenia. W tej ostatniej bowiem, co do zasady, ocena ryzyka dokonywana jest grupowo, przy przyjęciu pewnych założeń. Podstawowym powodem takiego podejścia jest okoliczność, iż **w momencie zawierania grupowej umowy ubezpieczenia osoby, które przystąpią do umowy (jako ubezpieczeni), nie są znane**. W przypadku bancassurance będą to zwykle klienci banku, którzy złożą oświadczenie (deklarację) o przystąpieniu do ubezpieczenia.<sup>16</sup> Z tego powodu trudno ocenić, czy będą to przyszli klienci banku oraz jaka część obecnych klientów banku, a w szczególności jaka ich kategoria przystąpi do ubezpieczenia.

---

14. W przedmiocie oceny ryzyka można zauważyć, iż od 28 stycznia 2013 r. w związku z uchwaleniem w dniu 14 grudnia 2012 r. ustawy o zmianie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 53) w prawie polskim obowiązują nowe zasady kalkulacji składek ubezpieczeniowych i świadczeń, dotyczące ich nieróżnicowania z zastosowaniem kryterium płci. Jest to argument przemawiający za tym, aby nie traktować zasady indywidualizacji jako warunku *sine qua non* ochrony ubezpieczeniowej.

15. Uproszczony *underwriting* grupowy na podstawie <http://praceubezpieczenia.wordpress.com/tag/narzedzia-wspomagajace-w-poszczegolnych-etapach-underwritingu/> [08.04.2013].

16. Por. K. Malinowska, *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebyt w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 2, 2008, s. 37: „Inną cechą charakterystyczną i bardzo istotną dla ubezpieczeń grupowych jest możliwość zmienności grupy podczas trwania umowy. Oznacza to, że grupa objęta ochroną nie jest zamknięta na dzień zawierania umowy ubezpieczenia, lecz istnieje możliwość przystępowania i występowania z grupy w razie odpowiednio: nabycia lub utraty przymiotów wyznaczających grupę ubezpieczonych. Co więcej, ubezpieczycielowi może nie być znana tożsamość ubezpieczonych przez cały okres trwania ubezpieczenia, a wiedzę taką zyskuje dopiero przy zgłoszeniu roszczenia ubezpieczeniowego. Taką praktykę można obserwować w przypadku ubezpieczeń oferowanych w związku z usługami bankowymi”.

Najczęstszym celem grupowej umowy ubezpieczenia o charakterze bancassurance jest zabezpieczenie spłaty kredytu lub pożyczki.<sup>17</sup> Teoretycznie można byłoby przyjąć, że każda informacja, która pozwoliłaby zakładowi ubezpieczeń dokładniej ocenić ryzyko ubezpieczeniowe w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, jest istotna, więc zebranie tych informacji w dużej ilości pozwala na prawidłową kalkulację składki. Skoro jednak nie jest możliwe zebranie danych dotyczących „przyszłych” ubezpieczonych, wykorzystuje się inne kryteria i czynniki. Przy łącznej ocenie ryzyka grupy ubezpieczonych „musi być zagwarantowane, ażeby wśród członków grupy była zapewniona należyta proporcja osób zdrowych. Jeżeli członkostwo jest dobrowolne, istnieje niebezpieczeństwo, że osoby o słabszym zdrowiu będą silniej umotywowane do uczestnictwa w ubezpieczeniu niż ich zdrowsi koledzy”<sup>18</sup>. Dlatego w doktrynie podkreśla się, że obie strony grupowej umowy ubezpieczenia, czyli ubezpieczyciel i ubezpieczający (kredytodawca), są z reguły tak samo zainteresowane ustaleniem, aby osoby przystępujące do ubezpieczenia cieszyły się dobrym zdrowiem, co znacząco ogranicza zarówno ryzyko kredytowe, jak i ubezpieczeniowe.<sup>19</sup> Biorąc za przykład bancassurance, można dojść do wniosku, że do podstawowych zadań banku należy skrupulatna analiza sytuacji klientów, ponieważ wpływa to na ich zdolność kredytową. Z punktu widzenia objęcia ubezpieczeniem, taka analiza ma pewne znaczenie w kontekście oceny „warunków zakwalifikowania do członkostwa w grupie”<sup>20</sup>. Z punktu widzenia ubezpieczyciela nie jest niezbędne uzyskanie większej ilości informacji niż „warunki umowy ( ...) określające kto kwalifikuje się do członkostwa w grupie”<sup>21</sup>. Dlatego ocena ryzyka musi opierać się głównie na określonych założeniach dotyczących potencjalnych uczestników danej grupy, ale w kategoriach globalnych, zbiorczych.

Zatem, skoro ocena ryzyka musi nastąpić przy określaniu warunków ubezpieczenia, nie ma potrzeby zadawania potencjalnemu ubezpieczonemu pytań dotyczących okoliczności takich jak stan zdrowia, przebyte choroby czy przeprowadzone leczenie, czy jakichkolwiek innych, które, co do zasady, w ubezpieczeniach indywidualnych mogłyby mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Uzyskane w ten sposób informacje w grupowej umowie ubezpieczenia będą zawsze postrzegane jako otrzymane zbyt późno – nie będą bowiem mogły wpływać na wysokość składki, która jako uśredniona dla całej grupy z założenia została ustalona już na samym początku ubezpieczenia. Taki sposób ustalenia składki poprzedzonej oceną ryzyka ubezpieczeniowego przy przyjęciu określonych założeń w zasadzie zastępuje konieczność zadawania pytań potencjalnym ubezpieczonym na etapie obejmowania ich ubezpieczeniem. Niezależnie bowiem od udzielonych odpowiedzi, żaden parametr umowy ubezpieczenia nie ulegnie zmianie. Dane te oczywiście mogą zostać wykorzystane przy konstruowaniu kolejnej grupowej umowy ubezpieczenia lub kolejnej grupy ubezpieczonych, natomiast ubezpieczyciel nie będzie mógł jednostronnie dokonać zmiany umowy w stosunku do tych ubezpieczonych, którzy należą już do określonej grupy. Pominąć należy tutaj wspomniane wcześniej sytuacje nietypowe, chociażby na przykładzie bancassurance,

17. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 292: „Z dość specyficzną, niemniej popularną, formą konstrukcji grupy mamy do czynienia przy grupowym ubezpieczeniu kredytobiorców ( ... ). Kredytodawca to zwykle bank”.

18. Ibidem, s. 285.

19. Ibidem, s. 293.

20. Ibidem, s. 285.

21. Ibidem, s. 287.

gdy ze względu na wiek danej osoby lub kwotę kredytu wyważanie proporcji między „dobrym” a „złym ryzykiem” może wpłynąć na decyzję o poddaniu potencjalnego ubezpieczonego badaniom medycznym bądź o nieprzyjęciu danej osoby do ubezpieczenia.

Zatem, w dokumentacji grupowej umowy ubezpieczenia **określone zostają jedynie pewne kryteria odnoszące się do osób, które mogą przystąpić do umowy ubezpieczenia**. Jest to powszechna praktyka na polskim rynku, akceptowana zarówno przez doktrynę, jak i organ nadzoru. Odmienne stanowisko oznaczałoby, że skoro nie jest możliwa grupowa ocena ryzyka, niemożliwe jest zawieranie grupowych umów ubezpieczenia, czyli stanowiłoby zaprzeczenie dopuszczalności konstrukcji dozwolonej na mocy przepisów prawa.

Należy zauważyć, iż przyjęcie uproszczonej procedury oceny ryzyka nie narusza także uprawnień ubezpieczonych. Takiej oceny należy dokonać także w kontekście postanowień umownych, w tym wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela, które *de facto* stanowią właściwe założenia konstrukcji grupy ubezpieczonych, w oparciu o które dokonano oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz określono składkę.

## 2. Status wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej

Kwestia sposobu dokonywania oceny ryzyka należy do decyzji zakładu ubezpieczeń. Jej efekt stanowi element stosunku umownego łączącego ubezpieczyciela z ubezpieczającym. O ile sposób dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego różni się znacznie od sposobu zastosowania wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, o tyle może on bezpośrednio wpływać na charakter i status wyłączeń. Analizując wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, należy się zgodzić z twierdzeniem, że strony grupowej umowy ubezpieczenia mogą postanowić, iż ochrona ubezpieczeniowa będzie świadczona wyłącznie osobom, których stan zdrowia został określony w umowie ubezpieczenia. W praktyce zdarza się, że grupowa umowa ubezpieczenia umożliwia świadczenie ochrony ubezpieczeniowej jedynie osobom o określonych cechach. Cechą tą może być na przykład stan zdrowia w momencie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej. Kryterium to, jak się wydaje, może zostać sformułowane ogólnie albo bardziej szczegółowo, na przykład przy wyłączeniu z ubezpieczenia osób cierpiących na określone schorzenia. Dokonanie tego typu założenia pozwala na ocenę ryzyka i ustalenie wysokości składki. Indywidualna ocena ryzyka nie jest zatem w takiej sytuacji niezbędna.

Szczególnym przykładem produktu ubezpieczeniowego, w którym trudno byłoby dokonać indywidualnej oceny ryzyka, jest tzw. ubezpieczenie PPI [ang. *payment protection insurances*], oferowane w ramach bancassurance. Natura tego typu ubezpieczenia wymaga, by okres ubezpieczenia rozpoczynał się w momencie udzielenia ubezpieczonemu kredytu lub pożyczki. W przypadku indywidualnej oceny ryzyka (czasem wymagającej przeprowadzenia dodatkowych badań medycznych) trudno byłoby uzyskać oczekiwany rezultat, czyli rozpoczęcie okresu ubezpieczenia w momencie zawarcia umowy kredytu lub pożyczki.

Z powyższych względów, uzasadnioną praktyką, której celem jest nie tylko ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do określonych zdarzeń, ale także w konsekwencji ochrona interesów pozostałych ubezpieczonych, chociażby przed uzyskaniem świadczeń przez osobę do nich nieuprawnioną, jest zawieranie w warunkach ubezpieczenia **postanowień dotyczących wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela**. Teoretycznie można pokusić się o twierdzenie,

że w niektórych przypadkach stanowi to konsekwencję przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonaną przez ubezpieczyciela i jest zarazem jej odzwierciedleniem. Nie jest ona jednak dokonywana w momencie przystąpienia do ochrony ubezpieczeniowej danego ubezpieczonego, ale w momencie zawarcia grupowej umowy ubezpieczenia na określonych warunkach.

Jak wspomniano, wskazany powyżej mechanizm chroni również pozostałych ubezpieczonych przed podwyższaniem składek. Podobnie w pozytywny sposób wpływa także na ochronę interesów osób już objętych ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel jest bowiem zmuszony do obliczenia składek na podstawie oceny ryzyka w sposób zabezpieczający wykonanie swoich zobowiązań. Brak przyjęcia pewnych założeń i ograniczeń odpowiedzialności z kolei uniemożliwiłoby obliczenie składki, a w efekcie wykonanie obowiązków ubezpieczyciela nałożonych przez prawo i związanych z koniecznością prowadzenia przez ubezpieczyciela racjonalnej gospodarki finansowej, z poszanowaniem interesów ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych z umów ubezpieczenia.

### 3. Szczegółowe zagadnienia związane z grupową oceną ryzyka ubezpieczeniowego w kontekście stosowanych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela

Podczas dokonywania analizy regulacji i praktyki związanej z oceną ryzyka ubezpieczeniowego w grupowych umowach ubezpieczenia nie sposób pominąć wskazanego już wcześniej art. 815 § 1 w związku z art. 815 § 2<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego. Ostatnie zdanie przepisu art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego wskazuje, że w razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jednocześnie w ubezpieczeniach grupowych, zwłaszcza w ubezpieczeniach na życie, powszechną praktyką jest, że ubezpieczyciel przed udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu nie przeprowadza indywidualnych badań medycznych.<sup>22</sup> Często nie wymaga nawet wypełnienia kwestionariusza medycznego dotyczącego obecnego stanu zdrowia przy wyrażaniu przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.<sup>23</sup> Bardzo często pytania skierowane do osoby przystępującej do grupowej umowy ubezpieczenia mają wyłącznie charakter oświadczeń woli, a nie wiedzy. Dotyczyć mogą m.in. wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz oświadczeń wymaganych przez art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego, zgód na przetwarzanie danych osobowych dla celów marketingowych lub też uzyskiwania informacji z zakładów opieki zdrowotnej. Trudno jednak przyjąć, że brak skierowania zapytania do ubezpieczonego sam w sobie powoduje wystąpienie konsekwencji wymienionych w art. 815 § 1 (ostatnie zdanie). To ubezpieczyciel bowiem decyduje o tym, w jaki sposób i w oparciu o jakie kryteria dokonuje oceny ryzyka. Zadanie przez ubezpieczyciela pytania dotyczącego określonej okoliczności wskazuje jedynie na jej istotę z punktu widzenia ryzyka ubezpieczeniowego<sup>24</sup> oraz na konieczność dokonania odpowiedniej weryfikacji z punktu widzenia danej umowy ubezpieczenia i jej warunków. Nie ulega wątpliwości, że ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zadawania pytań ubezpieczającemu (ubezpieczonemu) w zakresie okoliczności, które mogłyby wpłynąć na ocenę ryzyka, jeżeli da się jej dokonać w oparciu o inne czynniki lub

22. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, Przedsiębiorstwo wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 223 [12/233].

23. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 401.

24. Zob. Z. Gawlik, Komentarz do art. 815 Kodeksu cywilnego, LEX [stan prawny 01.08.2010].



założenia. Inne stanowisko byłoby zaprzeczeniem zasady swobody decyzyjnej ubezpieczyciela co do sposobu przeprowadzenia oceny ryzyka. Przepisy art. 815 § 1 i 815 § 2<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego nakładają obowiązki w zakresie tzw. deklaracji ryzyka jedynie na ubezpieczającego (ubezpieczonego) i tylko wówczas, gdy ubezpieczyciel będzie wymagał przekazania określonych informacji. Należy przyjąć zatem, że skierowanie zapytania do ubezpieczającego (ubezpieczonego) w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie nie jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Konsekwencją braku skierowania takiego zapytania będzie jedynie uznanie, że ocena ryzyka została dokonana przez ubezpieczyciela w inny sposób niż poprzez uzyskanie informacji w ramach deklaracji ryzyka.

W tej sytuacji warto także zwrócić uwagę na zgłaszane w praktyce wątpliwości o stosunek deklaracji ryzyka do zastosowanych w ramach ogólnych warunków ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wskazane wątpliwości pojawiły się w kontekście zaskakującego, jak się wydaje, uznania, że brak zadania pytań przez ubezpieczyciela na etapie przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia może oznaczać, że wszelkie okoliczności związane z ryzykiem ubezpieczeniowym ubezpieczyciel uznaje za nieistotne. Skutkiem takiego stanowiska miałyby być zakwestionowanie niektórych wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które mogłyby być związane z okolicznościami, zaistniałymi przed objęciem danej osoby ochroną ubezpieczeniową (tzw. *preexisting conditions*). Nie ulega jednak wątpliwości, że treść art. 815 § 1 Kodeksu cywilnego bezpośrednio wskazuje, iż uznanie przez ubezpieczyciela danych okoliczności za nieistotne następuje wyłącznie w przypadku, gdy sformułował on zapytanie w tym zakresie, a następnie zdecydował się zawrzeć umowę (objąć ubezpieczeniem) z osobą, która na zadane pytania nie odpowiedziała. Nie można takiej sytuacji uznać za tożsamą z brakiem zadania pytań. Jednocześnie bezsporne jest, że o ile obowiązek złożenia deklaracji ryzyka wynikający z art. 815 § 1 w związku z art. 815 § 2 (1) wiąże się z samą oceną ryzyka przez ubezpieczyciela, o tyle wyłączenia odpowiedzialności służą *de facto* określeniu granic ochrony oferowanej przez ubezpieczyciela w danym produkcie. Ubezpieczyciel przez wskazanie okoliczności, które nie są objęte ochroną w ramach danego ubezpieczenia, doprecyzowuje zakres ochrony ubezpieczeniowej. Przykładowo, jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń ubezpieczyciel wskazuje, że wyłączeniem z ochrony jest objęty przypadek, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku choroby zdiagnozowanej u niego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, oznacza to, że zakresem ochrony objęte jest ryzyko wystąpienia śmierci w wyniku innych chorób. Tym samym ubezpieczony jest poinformowany o zakresie ubezpieczenia, tj. jeżeli zdiagnozowano u niego daną chorobę przed przystąpieniem do ubezpieczenia – zakres ubezpieczenia nie obejmie zdarzenia śmierci spowodowanej tą chorobą.

Naturalną konsekwencją uznania, że wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wpływają na zakres ubezpieczenia, czyli stanowią o zakresie świadczenia ubezpieczyciela, byłoby uznanie, że postanowienia te należy zakwalifikować do postanowień określających główne świadczenia stron. O ile zostały one sformułowane w sposób jednoznaczny, będą wyłączone spod oceny pod kątem niedozwolonych postanowień umownych zgodnie z art. 385 (1) Kodeksu cywilnego. Tak może się stać jedynie wówczas, gdy postanowienie to będzie sformułowane zgodnie z wytycznymi określonymi w tym przepisie. Jednak w przypadku wątpliwości co do zapisu wyłączeń, można także pokusić się o ocenę skutku uznania danego wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za niedozwolone postanowienie umowne.<sup>25</sup> Skutek uznania postanowienia stanowiącego

---

25. Art. 384 §1 Kodeksu cywilnego.



postanowienie o wyłączeniu odpowiedzialności ubezpieczyciela jest oczywisty – nie będzie ono obowiązywało w stosunku do konsumenta.<sup>26</sup> W zależności od tego, czy zakwestionowane i uznane za niedozwolone zostanie całe postanowienie umowne, czy też jego część, konsekwencje będą różne dla obu stron umowy ubezpieczenia oraz ubezpieczonego. Z punktu widzenia ubezpieczonego postanowienie polegające na wyłączeniu określonych sytuacji z ochrony ubezpieczeniowej spowodują niemożność ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zaistnienia sytuacji objętej wyłączeniem. Z punktu widzenia ubezpieczyciela *de facto* może okazać się, że szacowana na podstawie dokonanej uprzednio, za pomocą przyjętych założeń, oceny ryzyka składka została ustalona na zbyt niskim poziomie. Dlatego konsekwencje w przypadku uznania postanowienia dotyczącego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zwłaszcza w kontekście grupowych umów ubezpieczenia, mogą być bardzo poważne. Znajdą też zastosowanie do wszystkich członków danej grupy.

Występujący czasem w praktyce wymóg składania przez ubezpieczonych oświadczeń o przystąpieniu do grupowej umowy ubezpieczenia, w ramach których są oni zobowiązani wskazać, czy podlegają hospitalizacji, czy też leczeniu, poza standardowymi kontrolami lekarskimi, ma, jak się wydaje, charakter czysto informacyjny. Zwraca bowiem uwagę na to, jak istotny w ramach danego ubezpieczenia może być stan zdrowia ubezpieczonego i w jaki sposób może wpływać na zakres ubezpieczenia. Skoro bowiem warunki ubezpieczenia przewidziane dla określonej grupy nie podlegają negocjacji, a ocena ryzyka ubezpieczeniowego i ocena wysokości składki zostały dokonane uprzednio, to trudno wskazać na inny cel takich oświadczeń. Chodzi zatem wyłącznie o skierowanie uwagi ubezpieczonego lub potencjalnego ubezpieczonego na fakt, że tego typu informacje mogą mieć znaczenie z punktu widzenia ubezpieczonego i ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób ubezpieczony może zwrócić szczególną uwagę na informacje, które w sytuacji braku powyższego rozwiązania mogłyby przez niego zostać uznane za nieistotne. Ubezpieczony otrzymuje bowiem, warunki ubezpieczenia, zanim przystąpi do ubezpieczenia, i po zapoznaniu się z nimi podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z danego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Wskazanie na stan zdrowia lub podejmowane leczenie z punktu widzenia ubezpieczenia mogą być także wskazówką dotyczącą stosowania wyłączeń odpowiedzialności, z pełnymi konsekwencjami dla ubezpieczonego, w postaci odmowy wypłaty świadczenia w całości lub części.

Na zakończenie powyższych analiz szczegółowych warto też podkreślić, że „Regułą polskiego prawa dotyczącego umowy ubezpieczenia jest wymóg zgodności OWU z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. o umowie ubezpieczenia [art. 805–834 k.c.]”<sup>27</sup>, które nie przewidują ograniczeń dotyczących rozmieszczenia zapisów stosujących się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej w różnych miejscach ogólnych warunków ubezpieczenia, przez jaki należy rozumieć także wyłączenia w ramach ochrony ubezpieczeniowej.<sup>28</sup> Te ostatnie, wchodząc w skład zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiąc będąc o pierwotnie dokonanej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego,

26. Jak wyżej wspomniano, dotyczy to także ubezpieczonych w ramach grupowych umów ubezpieczenia na podstawie art. 808 § 5 Kodeksu cywilnego.

27. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, wydanie trzecie, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 105.

28. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II CKN 531/98, niepublikowany: „Ogólne warunki ubezpieczenia muszą w szczególności określać m.in. zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Oznacza to, że mogą one przewidywać konkretne wyłączenia odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela”.

zresztą nie tylko w grupowych umowach ubezpieczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że w każdym wypadku powinny być formułowane ze szczególną uwagą.

## Podsumowanie

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do dokonania kalkulacji składki ubezpieczeniowej w oparciu o uprzednią ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Składka jest obliczana z uwzględnieniem zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, jak i ograniczeń tej odpowiedzialności, które powinny określać ogólne warunki ubezpieczenia.<sup>29</sup> Przepisy prawa nie przewidują szczegółowych regulacji dotyczących sposobu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Nakładają na ubezpieczyciela taki obowiązek, jednak nie formułują żadnych szczegółowych dyrektyw w tym temacie. Zatem ubezpieczycielowi przysługuje dozwolona w granicach prawa i ograniczona przez konieczność poszanowania interesów ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych z umów ubezpieczenia swoboda do użycia instrumentów, za pomocą których takiej oceny dokona. Może to być zarówno wykorzystanie tzw. deklaracji ryzyka, jak i przyjęcie określonych założeń, których skutek może mieć również swój wymiar w formułowaniu zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Będzie zatem dotyczył także wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. To właśnie one staną się konsekwencją pierwotnie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W świetle powyższych analiz nie wydaje się uzasadnione kwestionowanie istnienia wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego, czy też traktowanie ich jako naruszenia zasady dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Taka ocena dokonywana jest przy pewnych założeniach i prowadzi do określenia wysokości składki.

Warto podkreślić, że także z ekonomicznego punktu widzenia twierdzenie, iż stosowanie indywidualnej oceny ryzyka w grupowych umowach ubezpieczenia jest niezbędne, może pogorszyć sytuację osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, skutkując koniecznością opłacania wyższej składki i wydłużeniem czasu zawierania umów, co może się wiązać zarówno z niedogodnościami dla obejmowanych ubezpieczeniem, jak i kolejnymi kosztami. Może się także okazać, że w przypadku, gdy ubezpieczenie stanowi zabezpieczenie należności, w tym kredytu, określony ubezpieczony nie będzie się kwalifikował do ubezpieczenia indywidualnego, z pełnymi konsekwencjami braku posiadania odpowiedniego zabezpieczenia, jeżeli taki był cel grupowej umowy ubezpieczenia.

## Wykaz źródeł

Gawlik Z., Komentarz do art. 815 Kodeksu cywilnego, LEX [stan prawny 01.08.2010].

Handschenke J., Kęszycka B., Kowalewski E., *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2007, nr 7/8, s. 4.

Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, wydanie trzecie, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 105.

---

29. Por. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia w: Ubezpieczenia gospodarcze w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997, s. 1.

Malinowska K., *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebył w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 2, 2008, s. 37.

Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie*, Przedsiębiorstwo wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 223 [12/233].

Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.

Śliwiński A., *Ryzyko Ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 10.

Tadla A., *Umowa ubezpieczenia na życie, Zawieranie umowy. Dochodzenie roszczeń. Wzory*, Wydawnictwo C.H. BECK, Warszawa 2000, s. 65.

Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, Bydgoszcz 1997, s. 101.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1999 r., sygn. akt II CKN 531/98, niepublikowany. Wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK, RU/CO/11.

## **Group life insurance contract vs. insurance risk assessment – practical problems**

*Insurance risk assessment is an extremely important issue connected with operation of insurance undertakings. Practical doubts arise as to the risk assessment used when group life insurance contracts are concluded, in particular in the context of liability exclusions used by insurance undertakings. The manner in which the risk is assessed is decided by the insurer. Due to the specific nature of the group insurance contract, risk assessment conducted by the insurer needs to cover a given group as a whole, and the risk is not assessed individually. Risk assessment is conducted on the basis of certain assumptions when a group of people which is to join the insurance (insured persons) is still unknown. It is not affected by information provided to the insurer by those who join the insurance (e.g. related to their health). If such assumptions had not been made, the insurer would not be able to calculate the premium amount. The liability exclusions included in the general terms and conditions of insurance reflect the risk assessment carried out by the insurer. Furthermore, liability exclusions aim at protecting interests of the insurer (liability limitations) and those who join the insurance (e.g. limited extent to which the premium amount can be increased).*

**Key words:** group life insurance, insurance risk assessment, liability exclusions, calculation of insurance premium amount, insurance acceptance form.

**BEATA MROZOWSKA-BARTKIEWICZ** – radca prawny.

**ANNA TARASIUK-FLODROWSKA** – radca prawny, kancelaria Hogan Lovells.



MAGDALENA SZCZEPAŃSKA

## Produkty strukturyzowane w formie umowy ubezpieczenia

*Niniejszy artykuł ma charakter edukacyjny, a jego celem jest przedstawienie nowego rodzaju ubezpieczeń na życie, określanych mianem produktów strukturyzowanych. W artykule opisano konstrukcję tego produktu oraz formy, w jakich jest oferowany na rynku. Produkty strukturyzowane składają się z dwóch elementów: „bezpiecznego” opartego na obligacjach i „ryzykownego”, którego podstawą są instrumenty pochodne. Tego rodzaju produkty umożliwiają połączenie gwarancji zwrotu zainwestowanego kapitału z potencjalnie wysoką stopą zwrotu. Ze względu na konstrukcję mogą one występować w formie ubezpieczenia na życie i dożycie oraz umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, które są odpowiednio zmodyfikowane w porównaniu do klasycznych ubezpieczeń na życie.*

**Słowa kluczowe:** produkt strukturyzowany, umowa ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, instrument pochodny, ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym.

### Definicja produktu strukturyzowanego

Produkty strukturyzowane definiowane są jako instrumenty o charakterze inwestycyjnym, które składają się z dwóch elementów: „bezpiecznego” i „ryzykownego”. Tego rodzaju konstrukcja umożliwia połączenie gwarancji zwrotu zainwestowanego kapitału z potencjalnie wysoką stopą zwrotu. Specyfika tego instrumentu wyraża się w tym, że inwestujący w sposób nieograniczony może uczestniczyć w zyskach opartych np. na indeksach giełdy czy cenach surowców takich jak złoto czy ropa, mając zagwarantowane zachowanie co najmniej części wpłaconego kapitału.<sup>1</sup>

Produkty strukturyzowane występują na rynku w różnych formach, które łączy podobna konstrukcja i funkcja ekonomiczna. W związku z tym mają one charakter międzysektorowy. Można

---

1. M. Kobus, *Produkty strukturyzowane w czterech odsłonach*, [www.skarbiec.biz](http://www.skarbiec.biz), [www.structus.pl](http://www.structus.pl).

wyróżnić następujące ich formy prawne: lokata, umowa ubezpieczenia, obligacja, certyfikat funduszy inwestycyjnych zamkniętych, bankowe papiery wartościowe oraz fundusze luksemburskie.

W literaturze przedmiotu przyjęto, że instrument finansowy powinien spełniać cztery poniższe warunki, aby można go było określić mianem produktu strukturyzowanego:

1. ochrona kapitału (pełna lub częściowa),
2. określony czas trwania inwestycji,
3. stopa zwrotu oparta na z góry określonej formule,
4. wbudowany instrument pochodny.<sup>2</sup>

Każda z tych form prawnych ma pewne korzyści, jak i ograniczenia dla inwestorów. W ofercie najczęściej spotykane są instrumenty strukturyzowane przewidujące 100-proc. gwarancję kapitału. Inwestycje tego rodzaju przewidziane są na różne okresy, od 3 miesięcy do 10 lat. Zysk z powyżej określonej gwarancji zależy od przyjętej strategii, np. wielkości wzrostu lub spadku danego instrumentu bazowego, od różnicy zmian poszczególnych aktywów lub od poruszania się wyceny danego aktywa w określonym „korytarzu”. Do zalet instrumentów strukturyzowanych należy zaliczyć przede wszystkim możliwość wypracowania zysku dla klienta, przy zachowaniu gwarancji kapitału. Ponadto ten rodzaj inwestycji pozwala uzyskać dostęp do szerokiej gamy aktywów, co pozwala na dywersyfikację portfela. Oferowana forma inwestycji umożliwia również ograniczenie wysokich kosztów transakcyjnych.<sup>3</sup>

## Konstrukcja produktów strukturyzowanych

Produkty strukturyzowane składają się z dwóch części: „bezpiecznej” i „ryzykownej”. Część „bezpieczną” stanowią instrumenty przynoszące z góry założoną stopę zwrotu, np. obligacje skarbowe bądź lokaty na rynku międzybankowym. W sytuacji, gdy emitentem (podmiot, który jest stroną umowy inkorporującej ekonomiczną treść instrumentu) produktu strukturyzowanego jest bank, środki zainwestowane przez klienta mogą stanowić depozyty. Środki w ramach części „ryzykownej” są przeznaczane na nabycie instrumentu „pochodnego” – opcji, która służy do ustalenia zysku wypłacanego klientowi po zakończeniu subskrypcji. Zysk klienta powyżej określonej gwarancji jest uzależniony od ceny instrumentu bazowego.<sup>4</sup> Ze strony technicznej konstrukcja tego instrumentu polega na tym, że jest on z reguły zbudowany na bazie obligacji zerokuponowej uzupełnionej o instrument pochodny, najczęściej opcję dotyczącą określonego instrumentu bazowego. Środki wpłacone przez inwestującego są przeznaczane na zakup obligacji, a dyskonto na nabycie opcji. Z reguły w trakcie trwania inwestycji obligacja zerokuponowa odbudowuje swoje dyskonto do wartości 100 proc. wniesionego kapitału lub nawet większej, a opcja ma przynieść dodatkowy zysk. Instrumentami bazowymi, które stanowią podstawę dla instrumentów pochodnych, mogą być: akcje, indeksy, waluty, surowce, fundusze inwestycyjne, fundusze funduszy, fundusze hedgingowe, stopy procentowe, ratingi (spółek, państw), poziom inflacji oraz inne czynniki (np. czynniki

---

2. M. Mokrogulski, P. Sapielak, *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, KNF, Warszawa, grudzień 2010.

3. M. Kobus, *Produkty strukturyzowane w czterech odsłonach...*, op. cit.

4. M. Mokrogulski, P. Sapielak, *Produkty strukturyzowane...*, op. cit.

pogodowe i poziom śmiertelności].<sup>5</sup> W zależności od rodzaju produktu strukturyzowanego relacja pomiędzy kwotą zainwestowaną w instrumenty bezpieczne a instrumenty pochodne jest różna.

Ochrona wpłaconego kapitału w produktach strukturyzowanych przyjmuje formę gwarancji zwrotu wniesionych środków. Może mieć ona postać zwrotu 100 proc. zainwestowanych środków na koniec inwestycji lub np. 90 proc. kapitału, 100 proc. zainwestowanych środków na koniec inwestycji powiększonego o 1 proc. za każdy rok inwestycji lub określonego procentu niższego niż 100 proc. zainwestowanych środków.

Inwestowanie w produkty strukturyzowane łączy się z koniecznością ponoszenia określonych kosztów. Przede wszystkim instytucje finansowe, które zaoferowały produkt, pobierają określoną marżę zysku. Stanowi ona różnicę pomiędzy sumą środków wpłaconą przez klienta a zgromadzoną łącznie w części „bezpiecznej” i „ryzykownej” produktu. Jest ona określona i pobierana *ex ante*, po zakończeniu subskrypcji. Warunkiem jej wypłaty nie jest wysokość przyszłej ceny instrumentu bazowego. Niekiedy pobierana jest również tzw. opłata dystrybucyjna w wysokości kilkunastu procent środków wpłacanych przez klienta, która pomniejsza wysokość inwestowanych środków. W przypadku gdy produkt strukturyzowany ma formę prawną umowy ubezpieczenia, klienci są zobowiązani do poniesienia kosztów opłaty za ryzyko, pobieranej przez ubezpieczycieli.

Produkty strukturyzowane oferowane są w różnych formach prawnych, ale dominującą ze względów podatkowych jest umowa ubezpieczenia. Z uwagi na konstrukcję danego produktu możemy wyróżnić umowę ubezpieczenia w formie ubezpieczenia na życie i dożycie oraz umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowy ubezpieczenia oferowane jako produkty strukturyzowane są zmodyfikowane w porównaniu do klasycznych umów ubezpieczenia.

## Charakterystyka klasycznych ubezpieczeń na życie i dożycie oraz ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Ubezpieczenie na życie i dożycie kwalifikowane jest do grupy 1 Działu I ubezpieczeń na życie zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie to ma charakter mieszany i stanowi połączenie ubezpieczenia na dożycie z terminowym ubezpieczeniem na życie. Co do zasady służy ono pokryciu potrzeb związanych ze śmiercią ubezpieczonego, a zarazem zabezpiecza dodatkowe środki w okresie po zaprzestaniu aktywności zawodowej. W tym rodzaju ubezpieczenia wypadkami ubezpieczeniowymi są dożycie przez ubezpieczonego określonego wieku oraz śmierć ubezpieczonego w trakcie trwania stosunku ubezpieczenia. W przypadku dożycia świadczenie otrzymuje ubezpieczony, a w sytuacji jego śmierci wskazane osoby uprawnione. W klasycznych umowach ubezpieczenia na życie i dożycie suma ubezpieczenia wypłacana z reguły z tytułu śmierci, jak i dożycia przez ubezpieczonego określonego wieku, jest ustalana w tej samej wysokości.<sup>6</sup>

Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest klasyfikowane do grupy 3 Działu I ubezpieczeń na życie, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

5. M. Kobus, *Produkty strukturyzowane...*, op. cit.

6. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008.

Na podstawie analizy treści umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy przyjąć, że ubezpieczenie to składa się z dwóch części:

- zabezpieczającej pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego (opartej na konstrukcji klasycznego ubezpieczenia),
- inwestycyjnej (opartej na konstrukcji funduszu kapitałowego).

Immanentnym elementem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiącym *novum* w stosunku do innych umów, jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy.

W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w ogólnych warunkach ubezpieczeń (zwanych dalej o.w.u. ) jako przedmiot ubezpieczenia definiowane jest życie ubezpieczonego, a wypadkami ubezpieczeniowymi są śmierć ubezpieczonego lub dożycie przez niego określonego wieku, których wystąpienie powoduje powstanie roszczenia o wypłatę określonych świadczeń. Niektóre z nich są wypłacane wyłącznie w przypadku wystąpienia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego i mają charakter ubezpieczeniowy, a inne jedynie na wniosek uprawnionego, a roszczenie o ich wypłatę nie jest uwarunkowane zajściem wypadku ubezpieczeniowego. Tego rodzaju świadczenia wynikają z inwestycyjnej części przedmiotowej umowy. Wysokość świadczeń wypłacanych z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może być uzależniona od wyników inwestycyjnych osiąganym przez ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Świadczenie z tytułu zgonu może być określone kwotowo, ale może być również wyrażone w określonej kwocie powiększającej wartość polisy, która odzwierciedla wartość środków zgromadzonych w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych. Wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu dożycia określonego wieku nie jest określoną z góry kwotą i nie jest gwarantowana przez zakład ubezpieczeń.<sup>7</sup> Z reguły jest ona uzależniona od wyników inwestycyjnych osiąganym przez fundusz kapitałowy. Może być określona w następujący sposób: wyższa z następujących kwot, tj. suma ubezpieczenia lub wartość polisy stanowiącej wartość jednostek rachunkowych znajdujących się na rachunku ubezpieczonego. Ze względu na specyfikę tego rodzaju umowy, związana z jej inwestycyjnym charakterem, przewidziana jest możliwość wypłaty szczególnych świadczeń określanym jako wykup częściowy lub całkowity. Świadczenia te są wypłacane nie w przypadku wystąpienia określonych wypadków ubezpieczeniowych, lecz na podstawie oświadczenia woli złożonego przez ubezpieczającego. Prawo do tych świadczeń ubezpieczający może zrealizować w każdym momencie trwania stosunku ubezpieczenia lub po upływie określonego okresu od jej zawarcia. W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel, oprócz obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu wystąpienia wypadków ubezpieczeniowych, posiada również inne zobowiązania. Na treść tej umowy w części dotyczącej inwestowania środków pochodzących ze składek w aktywa funduszu składa się zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do gromadzenia, lokowania i wypłaty środków zgromadzonych na rachunku w zamian za zobowiązanie ubezpieczającego do uiszczenia określonych opłat – czy szerzej – ponoszenia kosztów działalności funduszu. W ramach tej umowy ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej o specyficznej konstrukcji. Dla ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym charakterystyczne jest, że tylko część składki przeznaczana się na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz koszty zakładu ubezpieczeń z tytułu

---

7. J. Thiemer, *Die fondsgebundene Lebensversicherung*, [w] *An der Schwelle zum 3. Jahrtausend- Retrospektiven und Perspektiven*, t. VI, Wien 2000, s. 917.



prowadzenia działalności ubezpieczeniowej związanej z udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych, a pozostała część składki jest inwestowana w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych<sup>8</sup> i ma na celu zwiększenie aktywów ubezpieczającego. Ponadto ubezpieczający jest uprawniony w każdym momencie do wpłaty tzw. składki dodatkowej w dowolnej wysokości, przeznaczonej wyłącznie na alokację środków w wybranych przez niego ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.

Cechą charakteryzującą ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, odróżniającą je od ubezpieczeń tradycyjnych, jest zasada, że działalność lokacyjna funduszu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego. Konsekwencją przyjęcia tej zasady jest to, że wysokość niektórych świadczeń wypłacanych z tytułu tej umowy jest uzależniona od stopy zwrotu uzyskanej z prowadzonej działalności lokacyjnej. W związku z tym przewidziana została możliwość ograniczonego decydowania przez ubezpieczającego o sposobie lokowania wpłaconych przez niego składek ubezpieczeniowych w ramach strategii inwestycyjnych zaproponowanych przez zakład ubezpieczeń. Ubezpieczający ma prawo decydować o wyborze ogólnej strategii lokowania zróżnicowanej ze względu na poziom ryzyka, poprzez wskazanie jednego lub więcej funduszy oraz proporcjonalnego podziału środków ze składki pomiędzy wybrane fundusze. W celu umożliwienia ubezpieczającemu dokonania wyboru odpowiedniej strategii, zakład ubezpieczeń ma obowiązek precyzyjnie określić jej elementy, zasady lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które obejmują w szczególności charakterystykę aktywów, zasady ich dywersyfikacji oraz inne ograniczenia inwestycyjne.<sup>9</sup>

Zespół praw i obowiązków stron, konstytuujących ten typ umowy, który nie jest normatywnie określony, odróżnia umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym od „pokrewnego” typu umowy nazwanej – umowy ubezpieczenia. Umowa ta składa się w części z elementów charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia, a w części z nieznanymi obowiązującym porządkowi prawnemu nowych regulacji, które nadają jej indywidualny charakter. Z tego względu umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie odpowiada żadnemu ustawowemu typowi umowy, co w konsekwencji oznacza, że w literaturze przedmiotu uznawana jest za umowę nienazwaną.<sup>10</sup>

## Charakterystyka produktów strukturyzowanych w formie umowy ubezpieczenia

Produkty strukturyzowane w formie umowy ubezpieczenia na życie i dożycie oraz umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ulegają określonym modyfikacjom. Są one zawierane z reguły na okresy kilkuletnie – 3-, 5-letnie. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć jedynie w określonym krótkim czasie, tzw. okresie subskrypcji, np. 3 tygodnie, 1 miesiąc.

8. Podobnie definiują istotę składki w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, określając, że w tej umowie część składki, która nie jest potrzebna na zabezpieczenie ryzyka i koszty ujmuje się w formie funduszy kapitałowych jako szczególne aktywa, których wartość może być zwiększona [C. Sieprath, *Der Handel mit gebrauchten Lebensversicherungen aus versicherungsvertragsrechtlicher, aufsichtsrechtlicher Und steuerrechtlicher Sicht*, Karlsruhe 2007, s. 25].
9. M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Warszawa 2011, s. 44.
10. M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie...*, op.cit., s. 65–66.

Można przyjąć, że tego rodzaju ubezpieczenia sprzedawane są w określonych transzach, ponieważ ubezpieczyciel jest w stanie oferować produkt oparty o tę samą konstrukcję w określonych odstępach czasu. Ograniczenie w czasie oferty zawarcia danej umowy wynika z istoty produktu strukturyzowanego, opartego na aktywach finansowych, których parametry rynkowe w danym przedziale czasu stanowią podstawę do określenia jego istotnych elementów, jak np. maksymalnej stopy zwrotu. Powyższe zasady pozwalają na określenie szczegółowych parametrów danej oferty umowy ubezpieczenia. Z reguły wymagane jest, aby w ramach jednej transzy została zebrana określona wartość środków, które będą inwestowane, ponieważ powoduje to obniżenie kosztów transakcyjnych. W tego rodzaju ubezpieczeniu początek i okres ubezpieczenia jest taki sam dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej transzy.<sup>11</sup>

Z reguły umowa przewiduje jako jedyną formę składki – składkę jednorazową, w stosunkowo wysokiej wartości – np. 5000 zł. W tego rodzaju produktach ze względu na wymóg uzyskania środków w określonej wysokości mamy do czynienia z tzw. wpłatą na poczet składki. Jest to kwota wpłacana jednorazowo w wysokości wskazanej w deklaracji przystąpienia, służąca sfinansowaniu składki ubezpieczeniowej danego klienta. Do dnia zakończenia subskrypcji klient ma prawo zrezygnować z przystąpienia do umowy, a wtedy wpłata na poczet składki jest zwracana w pełnej, jak wspomniano wcześniej, ustalonej wysokości (nie zawsze jest to 100 proc. wysokości). W tym przypadku środki zwracane są w pełnej wysokości, ponieważ jeszcze nie nabyto instrumentów finansowych, w których będą lokowane, a okres ubezpieczenia jeszcze się nie rozpoczął.

Z reguły w ramach jednej transzy wszyscy ubezpieczający mają te same warunki umowy, przede wszystkim współczynnik partycypacji. Ubezpieczyciel po upływie okresu ubezpieczenia zobowiązuje się do wypłaty w formie świadczenia z tytułu dożycia 100 proc. lub np. 90 proc. wartości zainwestowanych środków, ewentualnie powiększonego o ustaloną premię. Można przyjąć, że świadczenie z tytułu dożycia składa się z dwóch części: z góry ustalonej wartości gwarantowanej, do której wypłaty zobowiązuje się ubezpieczyciel w przypadku zajścia tego wypadku ubezpieczeniowego, oraz części, która zostanie wypłacona tylko w przypadku zrealizowania się określonych warunków i której wysokość nie jest znana w momencie zawarcia umowy. W tego rodzaju produkcie nie jest możliwe ustalenie w momencie zawierania umowy ostatecznej wartości przyszłego świadczenia. Wysokość premii jest uzależniona od wyników inwestycyjnych osiągniętych z tytułu nabycia aktywów za środki wpłacone przez ubezpieczających. W przypadku śmierci ubezpieczonego wysokość wypłacanego świadczenia wynosi np. 101 proc. wpłaconych środków. Ze względu na, w znacznej mierze, inwestycyjny charakter tego ubezpieczenia, wysokość świadczeń gwarantowanych przez ubezpieczyciela jest stosunkowo niska w porównaniu do klasycznych ubezpieczeń na życie o charakterze ochronnym. Należy przyjąć, że jej wysokość jest ustalana nie w oparciu o klasyczne parametry dotyczące ubezpieczeń na życie, takie jak wiek ubezpieczonego, jego stan zdrowia, długość okresu ubezpieczenia, ale na podstawie gwarantowanego oprocentowania środków ulokowanych w bezpieczne aktywa, np. obligacje. Trzeba jednak uwzględnić, że wysokość minimalnego gwarantowanego świadczenia może nie pokrywać utraty realnej wartości zainwestowanego kapitału wskutek inflacji. Cel inwestycyjny tego rodzaju ubezpieczenia wyraża się w oczekiwaniu określonej wartości świadczenia wypłacanego z tytułu dożycia upływu okresu ubezpieczenia ze względu na wzrost wartości aktywów, stanowiących

---

11. C.B. Schareck, M. Schumacher, M. Grischek, *Die Aktienindexgebundene Lebensversicherung*, VVW Karlsruhe 1999, s. 15–16.

bazę dla danego produktu. W tego rodzaju produktach ubezpieczyciele przewidują jedynie wypłatę świadczeń o charakterze jednorazowym, a nie np. rent. W okresie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub ubezpieczony, jeżeli jest to umowa grupowa, ma prawo na swój wniosek otrzymać wartość wykupu całkowitego lub częściowego, którego wysokość jest ustalana na podstawie wartości zgromadzonych środków.

W porównaniu do klasycznych ubezpieczeń na życie i dożycie produkt strukturyzowany w tej formie ma przede wszystkim charakter inwestycyjny. W związku z powyższym zakres informacji dotyczący lokowania zgromadzonych środków jest inny niż w przypadku klasycznych umów ubezpieczenia na życie i dożycie, w których ubezpieczający nie dysponuje wiedzą na temat polityki inwestycyjnej ubezpieczyciela, w szczególności rodzajów aktywów, w jakie on inwestuje. Z tego względu produkt ten jest bardziej transparentny w zakresie informacji dotyczącej polityki inwestycyjnej ubezpieczyciela niż klasyczne ubezpieczenia na życie. W przypadku produktów strukturyzowanych niektórzy ubezpieczyciele w umowie ubezpieczenia umieszczają szczegółowe informacje na temat rodzajów aktywów, w jakie inwestowane są środki, np. w akcje określonych przedsiębiorstw, indeksy akcyjne. Niekiedy ubezpieczyciele ograniczają się jedynie do wskazania nazwy indeksu, który stanowi podstawę inwestycji. W tym rodzaju ubezpieczenia istotną rolę odgrywa ryzyko finansowe, a nie klasyczne ryzyka ubezpieczeniowe, np. zmiany w założonej śmiertelności. Ubezpieczyciel powinien prowadzić również określoną politykę inwestycyjną, dostosowaną do istoty oferowanego produktu, który jest złożony z dwóch rodzajów instrumentów finansowych: o charakterze ryzykownym oraz o charakterze bezpiecznym – gwarantującym określone oprocentowanie. Po pierwsze powinien w sposób profesjonalny określić i nabyć instrumenty o podwyższonym ryzyku, mające zapewnić ustaloną stopę zwrotu z inwestycji. Ponadto instrumenty, w które lokowane są środki, powinny być wykupywane przez emitentów w momencie upływu okresu ubezpieczenia. Ubezpieczyciele mogą sami stworzyć dany produkt finansowy – instrument pochodny, w który zainwestują środki ze składek, bądź nabyć go od innej instytucji finansowej. Okres ubezpieczenia powinien być dostosowany do charakteru instrumentu, w jaki lokowane są środki. Ze względu na istotę instrumentów pochodnych, które z reguły nie mają charakteru długoletniego produkty strukturyzowane nie są długoterminowe, np. kilkunastoletnie.

Ponadto dokładnie określany jest sposób ustalenia premii. Może on być określony zarówno poprzez opis mechanizmu jej określania albo poprzez wzór matematyczny. Z reguły jest ona ustalana z uwzględnieniem współczynnika partycypacji (udziału), definiowanego jako stopa procentowa wyrażająca skalę uczestnictwa ubezpieczającego we wzroście wartości aktywów, w które zainwestowano środki w ramach danej umowy. Współczynnik ten stanowi istotny element zawieranej umowy oraz determinuje wysokość oczekiwanego przez ubezpieczającego świadczenia. Dla każdej transzy jest on ustalony w jednakowy sposób dla wszystkich ubezpieczających i jest stały przez cały okres ubezpieczenia.<sup>12</sup>

Ze względu na inwestycyjny charakter tego rodzaju ubezpieczenia, wyrażający się m.in. w niskiej wysokości świadczeń wypłacanych z tytułu zgonu ubezpieczonego przy kalkulacji wysokości składki, koszty ochrony ubezpieczeniowej nie odgrywają istotnej roli. Z reguły stosuje się uśredniony koszt ochrony ubezpieczeniowej niezależnie od wieku i płci ubezpieczonego, aby zagwarantować te same finansowe warunki umowy. Z powyższych względów w tego rodzaju

12. C.B. Schareck, M. Schumacher, M. Grischek, *Die Aktienindexgebundene*, s. 22.

ubezpieczeniach nie korzysta się z underwitingu medycznego. Mogą być wprowadzone jedynie ograniczenia dotyczące wieku ubezpieczonego w zakresie możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Niekiedy ubezpieczyciele stosują zróżnicowanie wysokości świadczeń wypłacanych z tytułu zgonu ubezpieczonego ze względu na wiek, np. osoby, które nie ukończyły 70 lat, otrzymają sumę kwot: wartość jednostek uczestnictwa i np. 6 proc. wartości początkowej inwestycji, osoby, które ukończyły 70 lat, otrzymają sumę kwot: wartość jednostek uczestnictwa i 1 proc. wartości początkowej inwestycji.

Istnieje możliwość wcześniejszego wypowiedzenia umowy, ale jest to związane z obowiązkiem poniesienia określonych kosztów w postaci opłaty. Ze względu na art. 830 § 1 Kodeksu cywilnego ubezpieczający może w każdej chwili wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na życie. Wartość świadczenia wypłacanego w przypadku wypowiedzenia umowy przez ubezpieczonego odpowiada wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego.

Dzięki inwestycyjnemu charakterowi umowa ubezpieczenia na życie i dożycie stanowi formę pośrednią pomiędzy klasycznymi ubezpieczeniami na życie a ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jest to produkt zawierający nie tylko elementy ubezpieczeniowe, ale także finansowe. W tym rodzaju ubezpieczenia zagwarantowana została przez ubezpieczyciela suma ubezpieczenia z tytułu zgonu, ustalona w określonej wysokości przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, oraz minimalna wysokość świadczenia w przypadku dożycia, która może być wyższa w razie osiągnięcia określonych wyników inwestycyjnych. Należy uznać, że tak jak w przypadku klasycznego ubezpieczenia na życie, nie jest to ubezpieczenie, w którym ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, ponieważ to ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę środków w wysokości ustalonej w chwili zawarcia umowy, zarówno w momencie śmierci ubezpieczonego, jak i w momencie dożycia przez niego określonego wieku. Należy podkreślić, że ze względu na inwestycyjny charakter tego ubezpieczenia, umowa powinna zawierać szczegółowe informacje o rodzajach aktywów, w które lokowane są środki pochodzące ze składek, co stanowi istotną różnicę w porównaniu do klasycznych ubezpieczeń na życie i dożycie, pozbawionych tego rodzaju informacji. W tym produkcie ubezpieczający nie ma możliwości decydowania o wyborze polityki inwestycyjnej, ponieważ to ubezpieczyciel, konstruując umowę, określa sztywno rodzaj aktywów, w które lokuje środki, i zasady ich inwestowania w trakcie trwania umowy. Ubezpieczający po zawarciu umowy nie może w trakcie jej trwania zmienić rodzaju aktywów, a jedynie wypowiedzieć umowę i wycofać środki, licząc się z ryzykiem znacznej straty. Cechy ww. produktów wskazują, że w świetle brzmienia art. 805 k.c. należy uznać, że przedmiotowy produkt formalnie odpowiada definicji umowy ubezpieczenia zawartej w tym przepisie. Jednak z punktu widzenia celu tej umowy nie jest ona klasyczną umową ubezpieczenia na życie, służącą zapewnieniu ochrony na wypadek wystąpienia określonych wypadków ubezpieczeniowych, w ramach której, co do zasady, ubezpieczający płaci składkę w stosunkowo niskiej wysokości i oczekuje wypłaty proporcjonalnie wysokiego świadczenia. Produkt strukturyzowany w formie umowy ubezpieczenia na życie ma charakter inwestycyjny, co oznacza, że ubezpieczający w tej formie chce powiększyć swój kapitał. W związku z powyższym jako wypłacanego przez ubezpieczyciela świadczenia oczekuje on kwoty wpłaconej składki powiększonej ewentualnie o udział w zysku z zainwestowanego kapitału. Ponadto decyzja o zawarciu konkretnej umowy ubezpieczenia podejmowana jest przede wszystkim na podstawie analizy sposobu inwestowania środków wpłaconych w formie składki ubezpieczeniowej, a elementy typowo ubezpieczeniowe odgrywają mniej znaczącą rolę.

W stosunku do klasycznego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym również występują określone modyfikacje. Z reguły dla danego produktu strukturyzowanego tworzony jest odrębny ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Okres jego funkcjonowania odpowiada długości okresu trwania danego produktu strukturyzowanego. Fundusz ten nie jest oferowany w innych rodzajach umów ubezpieczenia. W produkcie strukturyzowanym w formie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel gwarantuje określoną wysokość świadczeń wypłacanych zarówno w przypadku zgonu ubezpieczonego, jak i dożycia przez niego określonego wieku. W klasycznym ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w przypadku dożycia określonego wieku ubezpieczony ma prawo, co do zasady, otrzymać świadczenie w wysokości wartości jednostek uczestnictwa, natomiast w produkcie strukturyzowanym zasadą jest wypłata 100 proc. zainwestowanych pierwotnie środków.

Pomiędzy produktami strukturyzowanymi w formie ubezpieczeń na życie i dożycie a ubezpieczeniami na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym występują istotne różnice w zakresie wymogów prawnych, dotyczących obowiązku zawierania w umowie informacji o inwestycjach dokonywanych przez ubezpieczyciela ze środków pochodzących ze składek, wpłaconych przez klientów w ramach tego ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń na życie i dożycie zastosowanie będzie miał w tym zakresie art. 13 ust.1 ustawy o działalności, zgodnie z którym zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia m.in. zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń. Jest to przepis, który ma zastosowanie do wszystkich rodzajów ubezpieczeń na życie. W ustawie o działalności ubezpieczeniowej zawarto oddzielne, wyodrębnione postanowienia w zakresie treści umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.<sup>13</sup> Zgodnie z art. 13 ust. 4 u.dz.u. w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w Dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia;
- regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

13. Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Kraków 2005, s. 51.

Na podstawie ww. przepisów można przyjąć, że zakres informacji dotyczących inwestycji środków pochodzących ze składek, do których udzielania zobowiązany jest ubezpieczyciel, jest znacznie szerszy w odniesieniu do produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem niż w ubezpieczeniu na życie i dożycie. W związku z powyższym ubezpieczyciele ze względu na ww. wymogi ustawowe mogą różnicować zakres informacji dotyczących aktywów, w które inwestuje ubezpieczyciel, w zależności od formy ubezpieczenia, w jakiej skonstruowany jest produkt strukturyzowany. Ze względu na ochronę interesów klientów ubezpieczycieli, wyrażających się w potrzebie dysponowania informacjami o istocie produktu o charakterze inwestycyjnym, tzn. charakterystyce aktywów, celowe jest wypracowanie jednolitych standardów informacyjnych dla obu form produktów strukturyzowanych. W tym zakresie pewne działania podjęła już Komisja Europejska, która opracowała projekt rozporządzenia nakładającego obowiązek wystandaryzowanych dokumentów informacyjnych dla osób inwestujących w produkty strukturyzowane, tzw. karty informacyjnej jednolitej dla wszystkich rodzajów produktów strukturyzowanych. Karta ta ma zawierać szczegółowy opis strategii inwestycyjnej, ryzyka, jakie się wiąże z realizacją strategii, oraz informować o wszelkich kosztach i opłatach pobieranych przez instytucje tworzące i oferujące dany produkt. Informacje te powinny być sformułowane w nieskomplikowany sposób. Podmioty oferujące tego rodzaju produkty będą zobowiązane prezentować kartę, zanim klient podpisze umowę. Karta ma funkcjonować niezależnie od innych tego typu dokumentów, które pojawiają się w najbliższych latach na mocy innych przepisów unijnych.<sup>14</sup> Obecnie niektóre zakłady ubezpieczeń istotne informacje dotyczące aktywów, w które lokowane są środki, umieszczają w dokumentach o charakterze marketingowym, prezentowanych jedynie w celach informacyjnych, niestanowiących elementu umowy ubezpieczenia. W kontekście długofalowej polityki zakładów ubezpieczeń powinny być wypracowane jednolite standardy informacyjne we współpracy z bankami, stanowiącymi podstawowy kanał dystrybucji tych produktów, ponieważ klienci, którzy nie będą usatysfakcjonowani z wyników inwestycyjnych osiągniętych przez poszczególne produkty strukturyzowane, mogą posługiwać się argumentami, że nie zawarliby danej umowy, gdyby uzyskali kompleksową informację o jej istocie, w tym przypadku polityce inwestycyjnej ubezpieczyciela. W szerszej perspektywie brak pełnej informacji może również zniechęcać niektórych klientów do tej formy inwestycji.

Cechą wyróżniającą ubezpieczenia na życie i dożycie jest niepodleganie 19-proc. podatkowi od zysków kapitałowych. Należy zaznaczyć, że inwestowanie w ramach ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym podlega opodatkowaniu, nieopodatkowane są jedynie świadczenia wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego. Zaletą wszystkich produktów strukturyzowanych oferowanych w formie umów ubezpieczenia jest to, że suma ubezpieczenia nie należy do spadku, co oznacza, że nie podlega podatkowi od spadków i darowizn. Ponadto świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych, jakimi są ubezpieczenia na życie, nie podlegają egzekucji sądowej. Środki zainwestowane w ramach ubezpieczeń na życie są objęte gwarancjami Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, które wynoszą 50 proc. wierzytelności, lecz nie więcej niż 30 tys. euro.

---

14. *Łatwiej zainwestujesz w struktury i fundusze*, „Gazeta Prawna”, 23 lipca 2012 r.

## Produkt strukturyzowany w formie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną

Ostatnio na rynku pojawiły się produkty strukturyzowane w formie grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną. Są to produkty długoletnie – 10- lub 15-letnie, i ze względu na ich charakter klienci powinni mieć świadomość, że jest to inwestycja długoterminowa. Produkt ten opiera się na mechanizmie kredytowania części inwestycji przez ubezpieczyciela i spłacie części kredytowanej w miesięcznych ratach przez ubezpieczającego.<sup>15</sup>

W tego rodzaju umowie klient ubezpieczyciela (ubezpieczony) jest zobowiązany wpłacić na początku inwestycji tzw. pierwszą składkę w wysokości 20 proc. wartości całkowitej inwestycji, której wartość taką samą dla wszystkich ubezpieczających ustala ubezpieczyciel. Pozostałe składki są regularnie płatne w okresie następnych 10 lub 15 lat jako składka miesięczna, której wysokość wylicza się na podstawie wysokości składki inicjującej. Cechą charakterystyczną tego produktu jest to, że pięciokrotność składki inicjującej to tzw. składka zainwestowana, od której naliczane są zyski inwestora, co oznacza, że końcowy zysk naliczany jest tak, jakby cała składka zainwestowana została wniesiona na początku. Należy jednak zaznaczyć, że kwota składki zainwestowanej stanowi jednocześnie chroniony kapitał, który klient otrzyma po zakończeniu inwestycji. Ze względu na charakter produktu, który jest oparty na skomplikowanych instrumentach finansowych, zastrzeżono rygorystyczne konsekwencje niezapłacenia kolejnej składki bieżącej. Ubezpieczyciel po wystaniu pisemnej informacji o braku środków, następnie wezwaniu do zapłaty w przypadku braku wymaganych środków uważa stosunek ubezpieczenia za rozwiązany i dokonuje wypłaty całkowitego wykupu.

Co kluczowe, efekt ekonomiczny tego produktu można by w uproszczeniu wyrazić w ten sposób, że na zysk od samego początku pracuje całość kapitału, czyli tak zwana składka zainwestowana. Inwestowanie pięciokrotności środków, które wpłacono, jest możliwe dzięki opcji kupna na indeks, która opiewa na składkę zainwestowaną, pozwalającą nabyć dane dobro po określonej z góry cenie. Polega to na nabyciu za składkę inicjującą dziesięcioletniej lub piętnastoletniej opcji na dany indeks, pozwalającej na otrzymywanie zysku od całości kapitału, ponieważ wartość opcji rośnie o zysk z inwestycji liczony względem nominału opcji (w tym przypadku składki zainwestowanej). Drugim elementem tego rodzaju produktu strukturyzowanego są składki regularne, które mają na celu zbudowanie wartości gwarantowanego kapitału. Składka regularna jest ustalana w takiej wysokości, aby na zakończenie okresu inwestycji z uwzględnieniem odsetek odpowiadała wysokości składki zainwestowanej. Natomiast zysk dla klienta będzie pochodził z opcji.<sup>16</sup>

Środki pochodzące ze składek ubezpieczeniowych są lokowane w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. W obecnie oferowanych na rynku tego rodzaju produktach jedynymi aktywami tego funduszu są certyfikaty wyemitowane przez BNP Paribas Arbitrage Issuance BV, gwarantowane przez bank BNP Paribas, z których wypłata oparta jest na określonym dla danego produktu indeksie. Są to indeksy syntetyczne (dynamiczne strategie inwestycyjne, na podstawie modeli matematycznych decydujące o doborze aktywów, w zależności od ich wyników), które w obliczu

15. M. Krasoń, *Pierwsza struktura z regularną składką*, [www.structus.pl](http://www.structus.pl).

16. M. Krasoń, *Poradnik Struictus pl.: Pareto wyjaśniamy wątpliwości*, [www.structus.pl](http://www.structus.pl).



podwyższonej zmienności na rynku mogą osiągać wyniki odbiegające od oczekiwań.<sup>17</sup> Należy podkreślić, że w regulaminie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie zawarto szczegółowych informacji na temat konstrukcji indeksu, na którym są oparte certyfikaty, co nie pozwala uzyskać pełnej wiedzy o zasadach polityki inwestycyjnej tego funduszu.

W tego rodzaju produktach ubezpieczyciel pobiera opłatę za zarządzanie, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłata likwidacyjna. Opłata za zarządzanie naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej (tzn. całej kwoty, która zostanie zainwestowana w fundusz w ciągu całego okresu odpowiedzialności) pomniejszonej o składkę pierwszą i pobierana miesięcznie ze składki bieżącej (np. 2,4 proc. w skali roku). Opłata za ryzyko jest wliczona w opłatę za zarządzanie, np. 0,038 proc. Powyższe oznacza, że klient w ciągu okresu ubezpieczenia wpłaci więcej niż wysokość składki zainwestowanej, ponieważ z wpłaconych środków muszą być pokryte koszty opłat. Opłata likwidacyjna jest naliczana procentowo w przypadku całkowitego wykupu od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Jej wysokość zmniejsza się wraz z upływem okresu ubezpieczenia i wynosi od 80 proc. do 5 proc.

Jako zalety tego rodzaju produktu wskazywane są: względnie niskie opłaty administracyjne; połączenie cech regularnego oszczędzania z gwarancją kapitału oraz naliczanie zysku od wielokrotności wpłaconych początkowo środków. Natomiast mankamentami są: nieintuicyjna wycena aktualnej wartości zainwestowanych środków; brak elastyczności w przypadku chwilowej niemożności zapłaty składki regularnej, kontrowersyjne instrumenty bazowe i poziom skomplikowania zasad działania produktów.<sup>18</sup>

## Podsumowanie

Produkty strukturyzowane w formie umowy ubezpieczenia stają się coraz popularniejszą formą inwestowania środków na polskim rynku finansowym. Ubezpieczyciele poprzez oferowanie nowych produktów, odpowiadających oczekiwaniom klientów, są coraz bardziej aktywni na polu rywalizacji o oszczędności Polaków. Należy jednak podkreślić, że produkty strukturyzowane w zakresie elementów inwestycyjnych mają charakter bardziej skomplikowany w porównaniu do klasycznych ubezpieczeń na życie, a nawet ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W obecnie obowiązujących przepisach prawa nie ma uregulowań określających w taki sam sposób zakres informacji dotyczących polityki inwestycyjnej, których obowiązek ma udzielić ubezpieczyciel oferujący produkt strukturyzowany w formie ubezpieczenia na życie i dożycie lub ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W odniesieniu do produktów strukturyzowanych w formie umowy na życie i dożycie obowiązuje bowiem ogólna regulacja dotycząca wszystkich umów ubezpieczenia na życie, a w stosunku do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym odrębna regulacja szczegółowa. Ze względu na niejednolite regulacje ustawowe w tym zakresie, dotyczące w istocie produktów o bardzo zbliżonym charakterze, celowe jest wypracowanie jednolitych standardów informacyjnych, które zapewniałyby udzielenie kompleksowej informacji o aktywach, w jakie lokowane są środki, czy szerzej o polityce inwestycyjnej ubezpieczyciela dotyczącej danego produktu.

---

17. M. Krasoń, *Poradnik Structus pl...*, op. cit.

18. *Ibidem*.



W związku z wprowadzeniem na rynek produktów strukturyzowanych jako nowej formy inwestycji, przed ubezpieczycielami stoją nowe wyzwania. Ubezpieczyciele, konstruując tego rodzaju produkty, wykorzystują nowoczesne instrumenty finansowe, co wiąże się z koniecznością silnego zaangażowania w działalność inwestycyjną, a nie tylko ubezpieczeniową. Ponadto ze względu na skomplikowany charakter tego rodzaju produktów, konieczne jest umieszczenie w umowie szczegółowych informacji na temat jego konstrukcji oraz aktywów, w które lokowane są środki pochodzące ze składek, co nie jest konieczne w klasycznych umowach ubezpieczenia na życie. Klient zawierający tego rodzaju umowę powinien mieć pełną informację dotyczącą produktu, co być może pozwoli w przyszłości uniknąć problemów z brakiem satysfakcji z nabytego ubezpieczenia ze względu na niezrozumienie jego istoty i ryzyk z nim związanych. Wydaje się również, że celowe byłoby podjęcie działań edukacyjnych dla klientów ubezpieczycieli, w zakresie nowoczesnych rozwiązań inwestycyjnych, w tym w szczególności nowych rodzajów ubezpieczeń. W tym kontekście oczywiste jest, że sprzedaż tego rodzaju ubezpieczeń wymaga specjalistycznej wiedzy, którą obecnie agenci ubezpieczeniowi na ogół nie dysponują. Z tego względu z reguły produkty te są oferowane przez banki w ramach bancassurance. Jednak uwzględniając w przyszłości wzrost w przypisie składki produktów o charakterze inwestycyjnym, należałoby rozważyć edukację agentów ubezpieczeniowych o elementy doradztwa finansowego, aby również ten kanał dystrybucji mógł oferować tego rodzaju produkty oraz sprostać coraz większym oczekiwaniom klientów co do zakresu informacji w kwestiach inwestycyjnych już oferowanych produktów, takich jak np. ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Wydaje się, że można byłoby rozważyć postulat *de lege ferenda*, żeby w sposób odrębny uregulować w przepisach prawa umowy ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, uwzględniając ich specyficzny charakter, jak również umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Szczegółowa regulacja tego rodzaju umów pozwoliłaby usunąć wątpliwości interpretacyjne występujące w obecnym stanie prawnym oraz w lepszy sposób zabezpieczyć interesy podmiotów stosunku ubezpieczenia.

W kontekście wymogów stawianych pośrednikom ubezpieczeniowym należy uwzględnić również projekt Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (COM [2012] 360 final), która ma zastąpić dyrektywę 2002/92/WE. W projekcie przewidziano dodatkowe wymogi mające zastosowanie do pośrednictwa ubezpieczeniowego prowadzonego w związku ze sprzedażą ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych. Przed udzieleniem porady pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń powinni ocenić potrzeby, wymagania i sytuację finansową klienta. Ponadto wskazano, że umowy ubezpieczenia zawierające aspekty inwestycyjne często oferowane są klientom jako produkty alternatywne wobec produktów inwestycyjnych objętych dyrektywą MiFID II lub jako zamienniki tych produktów. W celu zapewnienia spójnej ochrony inwestorów i uniknięcia ryzyka arbitrażu regulacyjnego w opinii projektodawców ważne jest, by detaliczne produkty inwestycyjne podlegały tym samym standardom w zakresie prowadzenia działalności, w tym m.in. wymogom w zakresie udostępniania odpowiednich informacji, wymogom w zakresie adekwatności udzielanych porad oraz ograniczeniom w zakresie zachęt, a także wymogom w zakresie zarządzania konfliktami interesów oraz, w przypadku doradców niezależnych, ograniczeniom w stosunku do formy wynagrodzenia. W projekcie dyrektywy wskazano, że klientom lub potencjalnym klientom przekazuje się odpowiednie informacje na temat:

a) pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń oraz świadczonych przez nich usług.

W przypadku świadczenia usługi doradztwa, informacje te powinny określać, czy doradztwo

świadczony jest niezależnie oraz czy opiera się na szerokiej, czy też bardziej ograniczonej analizie rynku, oraz powinny wskazywać, czy pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń będzie udostępniać klientowi bieżącą ocenę odpowiedniości poleconego mu produktu ubezpieczeniowego;

- b) produktów ubezpieczeniowych i proponowanych strategii inwestycyjnych. Informacje te powinny obejmować stosowne wytyczne oraz ostrzeżenia dotyczące ryzyka związanego z inwestycją w te produkty oraz poszczególnych strategii inwestycyjnych; oraz
- c) kosztów i odnośnych opłat.

Ponadto zastrzeżono, że przedmiotowe informacje powinny być przekazywane w przystępnej formie w taki sposób, aby klienci lub potencjalni klienci byli w normalnych okolicznościach w stanie zrozumieć charakter konkretnego produktu ubezpieczeniowego, który jest oferowany, oraz związane z nim ryzyko, i w konsekwencji byli w stanie podjąć świadome decyzje inwestycyjne. Informacje te mogą być przekazywane w ustandaryzowanym formacie. W projekcie Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego wskazano nowe oczekiwania co do rozwoju rynku ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym, które powinny być uwzględniane przez ubezpieczycieli obecnie przy konstruowaniu produktów i ich dystrybucji.

## Wykaz źródeł

- Brodecki Z., Serwach M. (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Kraków 2005.
- Kobus M., *Produkty strukturyzowane w czterech odsłonach*, [www.skarbiec.biz](http://www.skarbiec.biz), [www.structus.pl](http://www.structus.pl).
- Krasoń M., *Pierwsza struktura z regularną składką*, [www.structus.pl](http://www.structus.pl).
- Krasoń M., *Poradnik Structus pl.: Pareto wyjaśniamy wątpliwości*, [www.structus.pl](http://www.structus.pl).
- Mokrogulski M., Sapielak P., *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, KNF, Warszawa, grudzień 2010.
- Rosik P., *Łatwiej zainwestujesz w struktury i fundusze*, „Gazeta Prawna”, 23 lipca 2012.
- Schareck C.B., Schumacher M., Grischek M., *Die Aktienindexgebundene Lebensversicherung*, VVW Karlsruhe 1999.
- Sieprath C., *Der Handel mit gebrauchten Lebensversicherungen aus versicherungsvertragsrechtlicher, aufsichtsrechtlicher Und steuerrechtlicher Sicht*, Karlsruhe 2007.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenia na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Warszawa 2011.
- Thiemer J., *Die fondsgebundene Lebensversicherung, [w:] An der Schwelle zum 3. Jahrtausend-Retrospektiven und Perspektiven*, t. VI, Wien 2000.

## Structured products in the form of the insurance contract

*The article „Structured products in the form of the insurance contract” is educational in its nature, and its aim is to present a new type of life insurance known as structured products. The article describes the structure of this product and forms in which it is offered on the market. Structured products consist*

*of two elements: the „safe” one, based on bonds, and the „risky” one, based on derivatives. Such a product makes it possible to combine the guarantee that the principal amount invested will be reclaimed with a potentially high rate of return. Due to the structure of the product itself, it can take the form of life and endowment insurance and unit-linked life insurance contract, which are appropriately modified in comparison with classical life insurance.*

**Key words:** structured products, insurance contract, unit-linked life insurance contract, derivative, investment life insurance.

**DR HAB. MAGDALENA SZCZEPAŃSKA** – pracownik Katedry Prawa Ubezpieczeń WPiA UW, wykładowca na Podyplomowym Studium Prawa Ubezpieczeń WPiA UW.



ANNA JĘDRZYCHOWSKA  
EWA POPRAWSKA

## Klasyczne miary efektywności systemu *bonus-malus*

Głównym celem wprowadzenia systemu *bonus-malus* w ubezpieczeniach komunikacyjnych było uzyskanie narzędzia do właściwego dopasowania wysokości składek ubezpieczeniowych do poziomu ryzyka przyjmowanego przez zakłady ubezpieczeń oraz bodźca wpływającego na poziom częstości występowania niekorzystnych zdarzeń losowych tj. kradzieży pojazdów, kolizji drogowych oraz wymuszeń ubezpieczeniowych. System ten jest obecnie rozpowszechniony w krajach całej UE. Niestety coraz częściej pojawiają się głosy, iż jego efektywność nie zawsze kształtuje się na zadowalającym poziomie.

Do oceny taryfikacyjnej efektywności systemu najczęściej znajdują zastosowanie: teoria łańcuchów Markowa oraz ujemny model dwumianowy. Narzędzia te pozwalają w przybliżonym stopniu określić poziom dopasowania składki ubezpieczeniowej do ubezpieczonego ryzyka komunikacyjnego.

Celem artykułu będzie krótkie przybliżenie tych metod oraz wskazanie kluczowych obszarów funkcjonowania systemu, które podlegają w nich ocenie.

**Słowa kluczowe:** ubezpieczenia komunikacyjne, system *bonus-malus*, procesy Markowa, składka ubezpieczeniowa, szkodowość.

### Wprowadzenie

Systemy *bonus-malus*, kojarzone głównie z ubezpieczeniami komunikacyjnymi, służą przede wszystkim różnicowaniu składki ubezpieczeniowej dla klientów o różnej historii szkód w przeszłości. Rozpowszechnione są w całej UE, jednak zastosowane rozwiązania są zróżnicowane: od systemów kształtowanych dowolnie przez zakłady ubezpieczeń, do systemów ujednoczonych, narzuconych przez ustawodawców. Nazwa systemów (z łac. „dobry-zły”) wiąże się z ideą nagradzania niższą składką za bezszkodową historię ubezpieczenia (*bonus*) i karania wyższą składką za występujące w poprzednich okresach ubezpieczenia szkody (*malus*). Ubezpieczeni są przydzielani do klas o różnej wysokości składek, w zależności od liczby zgłoszonych w poprzednim okresie szkód oraz klasy, w jakiej znajdowali się w poprzednim okresie.

Do najważniejszych funkcji systemów *bonus-malus* należą:

- **funkcja taryfikacyjna** – zróżnicowanie składek dla nisko- i wysokoszkodowych klientów – dopasowanie składki do indywidualnego ryzyka;
- **funkcja prewencyjna** – oddziaływanie na szkodowość poprzez zachęcanie ubezpieczonych do unikania szkód;
- **funkcja marketingowa** – duże ulgi w wysokości składek są atrakcyjne dla klientów, stanowią istotny element podnoszący atrakcyjność oferty ubezpieczyciela.

Systemy *bonus-malus* są charakterystyczne dla rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, przede wszystkim obowiązkowego OC. W wielu krajach, w tym także w Polsce, stosuje się je również przy ubezpieczeniu autocasco. Pomimo tego, że jako jedną z funkcji systemu *bonus-malus* wymienia się funkcję prewencyjną, należy dopowiedzieć, iż w przypadku ubezpieczeń AC ma ona ograniczone zastosowanie. Trudno bowiem mówić o prewencji w przypadku takich szkód, na których zaistnienie właściciel pojazdu nie ma wpływu, np. kradzież, szkoda będąca wynikiem działania sił natury czy działania osób trzecich – poza zachowaniem należytej staranności w zabezpieczeniu pojazdu ubezpieczony nie może w żaden sposób wpływać na częstość występowania szkód. Karanie zwykłą składką w takich przypadkach wydaje się nieuzasadnione i nielojalne wobec ubezpieczonego. Ponadto pojawia się odwrotne wręcz działanie – zatajanie zaistniałych szkód celem zachowania niżek, zatem zafałszowywanie statystyk i fikcyjne obniżanie szkodowości (efekt zwany w literaturze *hunger of bonus*). Niektóre zakłady ubezpieczeń podjęły również próbę wprowadzenia systemu *bonus-malus* w ubezpieczeniach mieszkań<sup>1</sup>, choć również tu pojawiają się podobne problemy jak w przypadku autocasco.

Pierwszy system *bonus-malus* był wprowadzony w Belgii. Tamtejszy rząd już w 1956 r. wprowadził obowiązkowe ubezpieczenie OC kierowców, ale system zaczął funkcjonować w 1961 r. Piętnaście lat po wprowadzeniu obowiązku posiadania polisy OC na zakłady ubezpieczeń nałożony został obowiązek stosowania przy taryfikacji reguł systemu *bonus-malus*. Wytyczne te regulowały sposób naliczania i wysokość składek ubezpieczeniowych.

Przykład belgijskiego systemu *bonus-malus* prowadzi do kolejnej funkcji systemu, tj. do funkcji marketingowej. Duża ulga w cenie ubezpieczenia jest bardzo atrakcyjna dla klientów. W 1961 r. niewielka firma ubezpieczeniowa<sup>2</sup> wprowadziła system niżek i zwyczaj dla swoich klientów, choć nie było to obowiązkowe. Firma ta dzięki owej decyzji zwiększyła swoje udziały w rynku od 2 do 5 proc. Zainicjowanie systemu pomogło jej wprowadzić do swojego portfela klientów, głównie dobrych i niskoszkodowych kierowców. Decyzja klientów była podjęta przez nich pomimo tego, iż składka wejściowa była dla nich o 20 proc. wyższa, niż gdyby kupowali ubezpieczenie OC poza systemem *bonus-malus*.

Obecnie systemy *bonus-malus* stosuje się w wielu krajach, jednak podejście do ich formy jest bardzo różne. W części krajów systemy te kształtowane są całkowicie dowolnie przez zakłady ubezpieczeń, w innych są częściowo regulowane przez ustawodawcę, aż do systemów całkowicie uregulowanych prawnie, identycznych dla wszystkich ubezpieczycieli (np. do 2002 roku system belgijski). W Polsce, do 1 stycznia 2004 r., obowiązywały przepisy, które ustalały maksymalną niżkę na poziomie 60 proc., a zwyczaję – na 160 proc., oraz stanowiły, że za każdy bezszkodowy

- 
1. Przykładem polskiego ubezpieczyciela stosującego system *bonus-malus* w ubezpieczeniach domu/mieszkania jest TUiR Allianz.
  2. J. Lemaire, *Bonus-Malus Systems in Automobile Insurance*, Boston: Kluwer, 1995, s. 11.

okres 24 miesięcy system powinien gwarantować wzrost zniżki o co najmniej 10 p.p. Po wprowadzeniu nowelizacji Ustawy o działalności ubezpieczeniowej ograniczenia te przestały obowiązywać, tym niemniej praktyka rynkowa i zachowanie ubezpieczycieli sprawiły, że limity się utrzymały.<sup>3</sup>

System zniżek i zwwyżek funkcjonuje nie tylko w Europie, ale też w Azji i niektórych państwach afrykańskich i latynoamerykańskich. Natomiast w krajach Ameryki Północnej system *bonus-malus* jest rzadziej stosowany z powodu specyficznego podejścia do taryfikacji *a posteriori*.<sup>4</sup> Według niektórych autorów<sup>5</sup> systemy taryfikacji *a posteriori* z jednej strony pozwalają na ujęcie czynników trudnych do kwantyfikacji, jednak z drugiej strony stanowią zaprzeczenie idei ubezpieczenia, gdzie w zamian za pewną składkę ubezpieczyciel przejmuje ryzyko, na jakie narażony jest ubezpieczony. Przy zastosowaniu systemów *bonus-malus* składka również staje się losowa, zależna od historii szkód. Drugim argumentem przeciw systemom *bonus-malus* jest to, że ich stosowanie zaprzecza zasadzie solidarności ubezpieczonych (ubezpieczeni, którzy w danym okresie nie spowodowali szkód, pomagają tym, u których szkody wystąpiły).

Należy podkreślić, iż systemy *bonus-malus* w poszczególnych krajach mocno się od siebie różnią. Zależnie od regulującego je prawodawstwa są obowiązkowe (wtedy konkurencja produktowa jest ograniczona, pozostaje jedynie konkurencja cenowa) bądź dowolne (i wtedy pojawiają się dodatkowe obszary konkurencji). Niektóre kraje przyjęły bardzo prosty system *bonus-malus*. Przykładowo w Brazylii jest podział polis tylko na siedem klas, a poziom premii 100, 90, 85, 80, 75, 70 i 65. Nowy ubezpieczający zaczyna w klasie 7, na poziomie 100. Każde zgłoszenie szkody przenosi go o jedną klasę „w górę”, do niższej zniżki.

## 1. Konstrukcja systemów *bonus-malus*

System *bonus-malus* jest jednym ze stosowanych sposobów wyceny ubezpieczeń (*insurance pricing methods, insurance rating methods*) w zależności od ryzyka ponoszonego przez zakłady ubezpieczeń, w związku ze zróżnicowanym poziomem szkodowości poszczególnych klientów. Wśród sposobów wyceny najczęściej wymienianych w literaturze<sup>6</sup> można wskazać:

- wycenę indywidualną, gdzie składka dla każdego ubezpieczonego jest ustalana indywidualnie, na podstawie osądu dokonanego przez przedstawiciela ubezpieczyciela (metoda stosowana głównie tam, gdzie dane statystyczne dotyczące szkodowości są niewystarczające, zatem nie dotyczą sytuacji ubezpieczeń komunikacyjnych),
- podział na klasy taryfowe i inne (*schedule rating, experience rating, retrospective rating*). Podział na klasy taryfowe dokonywany jest na podstawie czynników wyodrębnionych jako istotnie

3. Jedynie zakład ubezpieczeń Proama oferuje zniżkę na poziomie 70 proc. Pozostałe oferty ubezpieczycieli sięgają poziomu 60 proc. zniżki.

4. Por. *Automobile insurance and road accident prevention: report prepared by an OECD scientific expert group*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1990, s. 46, za: B. Kochański, *Efektywność funkcjonowania systemu bonus-malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych w Polsce i w wybranych krajach europejskich*, praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Mirosława Szredera, Uniwersytet Gdański 2000.

5. Szerzej w J. Lemaire, *Bonus...*, op. cit.

6. Szerzej w B. Kochański, *Efektywność...*, op. cit. oraz E. J. Vaughan, *Fundamentals of risk and insurance*, John Wiley and sons, 1992.

wpływające na poziom szkodowości. W ubezpieczeniach komunikacyjnych są to najczęściej czynniki, które można podzielić na: dotyczące kierowcy, dotyczące pojazdu, cel użytkowania pojazdu, osoby upoważnione do użytkowania pojazdu.

Pozostają jednak czynniki, które trudno wykorzystać w klasyfikacji, takie jak np. indywidualne cechy kierowcy (np. refleks, skłonność do brawury itp.), których nie można wziąć pod uwagę *a priori*. Zatem przydatny jest również podział uwzględniający dotychczasowy przebieg ubezpieczenia. Służą temu metody „nakładane” na ustalone wcześniej grupy taryfikacyjne uzależniające ostateczną wysokość składki od tego, na ile dotychczasowy przebieg szkodowości różnił się od przeciętnego w danej grupie. Systemy *bonus-malus* wyróżniają się wśród tych metod przejrzystością i przystępnością dla przeciętnego klienta. Zatem systemy te są systemami klasyfikacji ubezpieczonych w zależności od indywidualnej historii szkodowości, są więc systemami *a posteriori*.<sup>7</sup>

Proces ustalania składki dla każdego klienta przebiega w systemie *bonus-malus* w sposób następujący:

1. klienci są wstępnie klasyfikowani na podstawie czynników *a priori*, ustalana jest dla nich wysokość składki podstawowej,
2. następnie ustala się, w jakiej klasie taryfowej powinien znaleźć się dany klient, na podstawie tego, w jakiej klasie znajdował się w poprzednim okresie ubezpieczenia, oraz liczby szkód jakie zostały zgłoszone z jego ubezpieczenia w minionym okresie (w przypadku braku szkód klient przechodzi do klasy następnej, w przypadku zgłoszenia szkód cofa się według ustalonego algorytmu do jednej z klas poprzednich),
3. każdej klasie przypisany jest odpowiedni współczynnik (stawka, poziom składki), określający, jaki procent składki podstawowej powinien płacić klient, w przypadku klas zniżkowych jest to współczynnik mniejszy od 1, dla klas zwykłych większy od 1 (lub 100 proc., gdyż przyjęto się wyrażać te współczynniki jako procent składki podstawowej),
4. współczynnik ten wykorzystywany jest do korygowania ustalonej wcześniej na podstawie czynników *a priori* składki podstawowej (ostateczna składka to iloczyn współczynnika i składki podstawowej).

Aby w pełni scharakteryzować system *bonus-malus*, konieczna jest znajomość jego kluczowych elementów:

- **klas taryfowych** (wygodne jest rozróżnienie klas zwykłych i zniżkowych)  $C_i$ , gdzie  $i = 1, \dots, s$  oznacza klasę o numerze  $i$ ,  $s$  oznacza liczbę klas;
- **klasy początkowej**, do której trafia nowy klient bez historii szkodowości  $C_{i0}$ ;
- wartości współczynników w poszczególnych klasach określających procent składki podstawowej płaconej przez klienta (czasem opisywany jako procent zniżki lub zwwyżki udzielanej klientowi); w sposób syntetyczny opisuje te wartości **wektor stawek**:  $b = \{b_1, \dots, b_s\}$ ;
- **algorytmu przemieszczania** się z klasy do klasy w zależności od liczby szkód w poprzednim okresie – algorytm ten można określić:
  - **opisowo**,

---

7. Określenia *bonus* oraz *malus* nie dotyczą wyłącznie klas taryfikacyjnych, lecz są stosowane również jako synonimy zwwyżki oraz zniżki.



- za pomocą tabeli (dla większej przejrzystości) np.

Tabela 1. Przykładowe reguły przejścia dla fikcyjnego systemu *bonus-malus*

Klasa	Stawka (w %)	Wpływ liczby szkód na zmianę klasy	
		0	1 i więcej
1	200	2	1
2	100	3	1
3	90	4	2
4	80	5	3
5	70	5	4

Źródło: opracowanie własne.

Ta forma jest wygodna do analizy dla klienta. W wierszach charakteryzowane są poszczególne klasy taryfowe. W pierwszej kolumnie znajduje się numer klasy, w drugiej stawka taryfowa, a kolejne kolumny zawierają informacje o tym, w której klasie znajdzie się w kolejnym roku klient, który w poprzednim roku był w klasie o numerze  $i$  oraz zgłosił 0, 1, 2 lub więcej szkód.

- za pomocą macierzy przejścia z klasy do klasy – ta forma jest wygodna w przypadku analizy systemów. Aby skonstruować macierze przejścia, najpierw definiuje się funkcję transformacji:  $T_k(i)=j$  oznacza, że kierowca przechodzi z klasy  $i$  do klasy  $j$ , gdy spowodował  $k$  wypadków w ciągu jednego okresu ubezpieczenia. Następnie konstruuje się macierze  $T_k$  odzwierciedlające to, co dzieje się z danym klientem w przypadku zgłoszenia przez niego  $k$  szkód. Elementami macierzy są zera, w przypadku gdy klient nie przechodzi z klasy  $i$  do  $j$ , oraz 1, gdy następuje przejście, czyli

$$T_k = \left( t_{ij}^{(k)} \right), \text{ gdzie } t_{ij}^{(k)} = \begin{cases} 1 & \text{gdy następuje przejście} \\ 0 & \text{w przeciwnym przypadku} \end{cases} \quad (1)$$

Dla podanego przykładu:

$$T_0 = \begin{bmatrix} 0 & 1 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 1 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 1 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 1 \end{bmatrix} \quad T_1 = T_2 = \dots = \begin{bmatrix} 1 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 1 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 1 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 1 & 0 \end{bmatrix}$$

Natomiast wektor stawek  $b = [2 \quad 1 \quad 0,9 \quad 0,8 \quad 0,7]$ .

W dalszej części opracowania stosowane będą powyższe oznaczenia. Do analizy systemów i konstrukcji miar oceny systemów wykorzystywane będą algorytmy przejścia z klasy do klasy zapisane w formie macierzy przejścia.

## 2. Przegląd klasycznych miar prezentowanych w literaturze

Przy analizie systemów *bonus-malus* podstawową kwestią jest określenie prawdopodobieństwa pojawienia się  $k$  szkód<sup>8</sup> w ciągu roku dla pojedynczego ubezpieczonego. Do aproksymacji rozkładu liczby roszczeń [zmiennej losowej  $K$ ] często wykorzystuje się rozkład Poissona w postaci:

$$p_k = P(K=k) = \frac{\lambda^k e^{-\lambda}}{k!}, \quad (2)$$

gdzie  $\lambda$  to współczynnik szkodowości.

$$\text{Wartość oczekiwana} \quad E(k) = \lambda, \quad (3)$$

$$\text{wariancja} \quad V(k) = \lambda. \quad (4)$$

Model ten jest w literaturze aktuarialnej często stosowany, jest on również uzasadniony merytorycznie w odniesieniu do pojedynczego ubezpieczonego.<sup>9</sup>

W odniesieniu do portfeli ubezpieczonych, przede wszystkim tam, gdzie założenie o homogeniczności portfeli nie jest spełnione, stosowany jest model oparty na rozkładzie ujemnym dwumianowym<sup>10</sup>. Jeżeli mamy do czynienia z portfelem niejednorodnym, zakłada się, że dla pojedynczego ubezpieczonego rozkład liczby szkód jest zmienną losową o rozkładzie Poissona. Parametr ten jest jednak inny dla różnych ubezpieczonych – jest realizacją zmiennej losowej  $\Lambda$ . Jeżeli parametr intensywności szkód  $\lambda$  jest zmienną losową o rozkładzie gamma z parametrami  $\alpha$  i  $\beta$ <sup>11</sup>, wówczas liczba szkód ma rozkład ujemny dwumianowy w postaci:

$$P(K=k) = \binom{\alpha+k-1}{k} \left( \frac{\beta}{1+\beta} \right)^\alpha \left( \frac{1}{1+\beta} \right)^k, \quad k = 0, 1, 2, \dots \quad (5)$$

8. Systemy *bonus-malus* w większości krajów oparte są na liczbie szkód zgłoszonych w poprzednim okresie. Jedynym krajem, w którym system ten opiera się na wartości szkód, jest Korea Południowa, gdzie szkody majątkowe są podzielone na dwie klasy, zależnie od ich wysokości, natomiast szkody osobowe podzielono aż na 14 klas [za Lemaire 1998], jednak wydaje się, że analiza dla tego systemu może być prowadzona w analogiczny sposób, z wyjątkiem zmiany na rozkład zawierający prawdopodobieństwa wystąpienia szkody o określonej wysokości [właściwie z określonego przedziału wartości].
9. Za C.D. Daykin, T. Pentikänen, H. Pesonen, *Practical risk theory for actuaries*, Chapman&Hall, London 1994.
10. Zastosowanie tego modelu wskazywane jest między innymi w: G. Coene, L.G. Doray, *A financially balanced bonus-malus system*, „Astin Bulletin” 26, 1996, s. 107–116, M. Fisz, *Rachunek prawdopodobieństwa i statystyka matematyczna*, PWN Warszawa 1967, s. 180.
11. Estymatory parametrów  $\alpha$  i  $\beta$  wyznaczone metodą momentów:  $\tilde{\beta} = \frac{\bar{k}}{S_k^2 - \bar{k}}$  i  $\tilde{\alpha} = \frac{\bar{k}^2}{S_k^2 - \bar{k}}$ , gdzie  $\bar{k}$  to średnia

liczba szkód w portfelu,  $S_k^2$  to wariancja liczby szkód w portfelu – za A. Szymańska. W analizie przyjmuje się założone z góry wartości parametru  $\lambda$  w rozkładzie Poissona oraz  $\alpha$  i  $\beta$  w ujemnym dwumianowym, najbardziej pożądane jest zatem, aby parametry te były wyznaczane z podstawie danych szkodowych z kraju, dla którego prowadzona jest analiza. Pojawia się jednak problem dostępności danych służących takim wyliczeniom, najczęściej więc przyjmowane są  $\lambda=0,1$  [wartość ta jest zbliżona do przeciętnej częstości szkód w krajach europejskich] bądź wartość 0,0552 [wyliczona i podana w roku 2010 przez UFG w raporcie: Ubezpieczenia komunikacyjne w latach 2005–2009. Wspólny Raport Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) i Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG), oraz  $\alpha=16,1384$  i  $\beta=1,6131$  [wartości przyjęte za wyliczeniami dla jednego z belgijskich zakładów ubezpieczeń] por. Lemaire, 1995, s. 123.

Jego wartość oczekiwana: 
$$E(K) = \frac{\alpha}{\beta}, \quad (6)$$

wariancja: 
$$V(K) = \frac{\alpha}{\beta} \left( 1 + \frac{1}{\beta} \right). \quad (7)$$

Podczas przedstawiania kolejnych miar wykorzystywanych w analizie systemów *bonus-malus* przyjmujemy założenie upraszczające, że liczba szkód ma rozkład Poissona z parametrem  $\lambda$ .

## 2.1. Miary oparte na teorii procesów Markowa

W rozważaniach teoretycznych do analizy systemu *bonus-malus* wykorzystuje się teorię procesów Markowa. Proces przesuwania ubezpieczonego z klasy do klasy zgodnie ze zdefiniowanym systemem, jest jednorodnym łańcuchem Markowa o skończonej liczbie stanów [za „stan” przyjęta jest klasa, w której znajduje się ubezpieczony]<sup>12</sup>.

Na podstawie przedstawionych macierzy wylicza się również prawdopodobieństwa przejścia z klasy  $C_i$  do klasy  $C_j$  w ciągu jednego okresu:

$$p_{ij}(\lambda) = \sum_{k=0}^{\infty} p_k(\lambda) t_{ij}^{(k)}, \quad (8)$$

gdzie  $p_k(\lambda)$  oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia  $k$  szkód.

Macierz przejścia zawiera prawdopodobieństwa przejścia z klasy do klasy z roku na rok, czyli w syntetyczny sposób przedstawia algorytm zmiany klas:

$$M(\lambda) = \sum_{k=0}^{\infty} p_k(\lambda) T_k = \begin{bmatrix} p_{11}(\lambda) & \cdots & p_{1s}(\lambda) \\ \vdots & & \vdots \\ p_{s1}(\lambda) & \cdots & p_{ss}(\lambda) \end{bmatrix}, \quad (9)$$

gdzie  $\sum_{j=1}^s p_{ij}(\lambda) = 1$  i  $p_{ij}(\lambda) \geq 0$ .

Czyli i-ty wiersz macierzy zawiera prawdopodobieństwa przejścia ubezpieczonego z klasy  $i$  do każdej z klas taryfowych. Zatem macierz prawdopodobieństw przejścia w syntetyczny sposób prezentuje działanie systemu, może więc być jego modelem.

12. Warto zaznaczyć, że nie wszystkie systemy *bonus-malus* są procesami Markowa. W niektórych systemach, np. belgijskim, wprowadzane są dodatkowe reguły, które powodują, że w pierwotnej formie proces przejść między klasami nie zależy tylko od położenia ubezpieczonego i liczby szkód w poprzednim okresie. W systemie belgijskim wprowadzono regułę, która określa, że jeżeli ubezpieczony ma 4 kolejne lata bezszkodowe, to niezależnie od tego, jaką zwyżkę płaci w poprzednim okresie, w kolejnym nie może znajdować się w klasie o wyższym współczynniku niż klasa 14 [klasa w składce = 100% składki podstawowej]. Z takiego systemu jak belgijski konieczne jest zatem „przetworzenie” go do formuły, w której będzie on procesem Markowa, poprzez sztuczne dodanie klas, np. 18.0 (klasa 18 i 0 lat bezszkodowych), 18.1 (klasa 18 i jeden rok bezszkodowy bezpośrednio przed analizowanym okresem), 18.2 (klasa 18 i dwa kolejne lata bezszkodowe bezpośrednio poprzedzające analizowany okres, i 18.3 (klasa 18 i 3 kolejne lata bezszkodowe) [za Lemaire 1998].

Dla podanego przykładu:

$$M(\lambda) = \begin{bmatrix} q & p & 0 & 0 & 0 \\ q & 0 & p & 0 & 0 \\ 0 & q & 0 & p & 0 \\ 0 & 0 & q & 0 & p \\ 0 & 0 & 0 & q & p \end{bmatrix},$$

gdzie  $p = p_0(\lambda)$ , natomiast  $q = p_1(\lambda) + p_2(\lambda) + \dots = 1 - p$ .

### 2.1.1. Miary oparte na rozkładzie stacjonarym

Kilka miar efektywności systemów *bonus-malus* opartych jest na rozkładzie stacjonarym procesu. Wśród ich wad można wymienić to, że opierają się na modelach, których założenia nie zawsze spełnione są w rzeczywistości, między innymi nie uwzględniają zmiany częstości szkód (parametru  $\lambda$ ) w czasie [zmiany te wiążą się ze wzrostem doświadczenia kierowcy, zmianą samochodu na nowszy, bezpieczniejszy, wzrostem liczby kilometrów pokonywanych w ciągu roku itp.]. Ponadto dla niektórych systemów *bonus-malus* stan stacjonary nie jest osiągalny albo okres dochodzenia do rozkładu wystarczająco zbliżonego do rozkładu stacjonarnego jest bardzo długi. Zalety to natomiast przede wszystkim prosta i zrozumiała konstrukcja.

Dla rozkładu stacjonarnego można obliczyć wektor zawierający prawdopodobieństwa znalezienia się w każdej z klas taryfowych w długim horyzoncie czasowym (po osiągnięciu stanu stacjonarnego)  $\alpha(\lambda) = [\alpha_1(\lambda), \dots, \alpha_s(\lambda)]$ . Elementy wektora  $\bar{\alpha}(\lambda)$  można interpretować jako prawdopodobieństwa znalezienia się w długim horyzoncie czasowym w danej klasie bądź też jako frakcję czasu pozostawania klienta w danej klasie taryfowej.

Dla rozkładu stacjonarnego warto obliczyć wektor zawierający prawdopodobieństwa znalezienia się w każdej z klas taryfowych w długim horyzoncie czasowym (po osiągnięciu przez proces stanu stacjonarnego):

$$\alpha(\lambda) = [\alpha_1(\lambda), \dots, \alpha_s(\lambda)], \quad (10)$$

gdzie  $\alpha_i(\lambda)$  oznacza prawdopodobieństwo przynależności do  $i$ -tej klasy w długim horyzoncie czasowym, natomiast  $\sum_{i=1}^s \alpha_i(\lambda) = 1^{13}$ .

Przy założeniu rozkładu Poissona dla liczby szkód wektor  $\alpha(\lambda)$  można wyznaczyć jako lewostronny wektor własny macierzy  $M(\lambda)$  odpowiadający wartości własnej równej  $1^{14}$ , w innych przypadkach możliwe jest wyznaczenie go numerycznie lub za pomocą symulacji.

Wektor  $\bar{\alpha}(\lambda)$  można otrzymać rekurencyjnie, poprzez obliczenie prawdopodobieństwa znalezienia się w poszczególnych klasach w kolejnych latach funkcjonowania systemu, czyli wektory  $\bar{\alpha}(n, \lambda)$ . Do tych obliczeń wystarczająca jest znajomość klasy początkowej oraz macierzy przejścia. Wektor  $\bar{\alpha}(1, \lambda)$  w pierwszym roku funkcjonowania ubezpieczonego w systemie to wektor zawierający zera poza klasą wstępu, dla:

13. J. Lemaire, *Bonus...*, op. cit.

14. B. Kochański, *Efektywność...*, op. cit.

$$\bar{a}(n; \lambda) = \bar{a}(n-1; \lambda)M(\lambda). \quad [11]$$

Wektor  $\bar{a}(\lambda)$  można otrzymać jako graniczną wartość wektorów  $\bar{a}(n, \lambda)$ , gdy  $n \rightarrow \infty$ .

Elementy wektora  $\bar{a}(\lambda)$  można interpretować jako prawdopodobieństwa znalezienia się w długim horyzoncie czasowym w danej klasie bądź też jako frakcję czasu pozostawania klienta w danej klasie taryfowej.

- **Średnia asymptotyczna składka (stacjonarny przeciętny poziom składki)**

Pierwszą miarą, która może służyć analizie systemów *bonus-malus*, jest średnia asymptotyczna składka  $B(\lambda)$ , czyli przeciętna składka, jaką w długim horyzoncie czasowym (po osiągnięciu przez system stacjonarności) płaci klient o ustalonym poziomie szkodowości. Średnia asymptotyczna składka wyrażona jest wzorem:

$$B(\lambda) = \sum_{i=1}^s a_i(\lambda) \cdot b_i, \quad [12]$$

gdzie  $b_i$  oznacza składkę w  $i$ -tej klasie.

Jest zatem średnią ważoną przeciętnych indywidualnych składek stacjonarnych.

Miara ta może służyć także do analizy pojedynczego systemu:

- jeżeli  $B(\lambda) = \lambda$ , system składek uważa się za uczciwy,
- jeżeli  $B(\lambda) > \lambda$ , składki są zawyżone,
- gdy  $B(\lambda) < \lambda$ , zaniżone.

Może również służyć do porównywaniu systemów między sobą – system z wyższym poziomem  $B(\lambda)$  będzie przynosił wyższy oczekiwany zysk z pojedynczego ubezpieczenia, będzie jednak „droższy” dla klienta.

Przy ustalaniu średniego stacjonarnego poziomu składki można wskazać klasę, w której znajdzie się klient, w chwili gdy system *bonus-malus* osiągnie poziom stacjonarności.

Miara ta, jeżeli ma służyć porównywaniu systemów, powinna być analizowana z uwzględnieniem tego, że wartość składki podstawowej w różnych systemach może się różnić, zatem wyznaczenie średniej stacjonarnej składki jako procentu składki podstawowej nie określa jeszcze, który system jest „tańszy”, a który „droższy”. Ponadto należy pamiętać, że za 100 proc. składki podstawowej może być przyjęty dowolny poziom, niekoniecznie składka płacona przez ubezpieczonych w klasie wstępu (klient „na wejściu” do systemu może płacić np. składkę podwyższoną). Na dodatek, w związku z honorowaniem zniżek wypracowanych przez ubezpieczonych u innych ubezpieczycieli, klasa wstępu dotyczy tylko ubezpieczonych bez żadnej historii szkodowości.

Dalej, posługując się wartościami oczekiwanymi stacjonarnego poziomu składki, można ustalić, jak silna jest tendencja przesuwania ubezpieczonych do klas o najniższej składce. Zatem są to miary równowagi (odpowiednio: nierównowagi) systemu.

- **Względny stacjonarny przeciętny poziom składki (RSAL – Relative Stationary Average Level)**

RSAL oblicza się za pomocą wzoru:

$$RSAL(\lambda) = \frac{(B(\lambda) - \min_i(b_i))}{(\max_i(b_i) - \min_i(b_i))}. \quad [13]$$

Miara ta przyjmuje wartości z przedziału  $[0;1]$ , gdzie najniższej możliwej składce przyporządkowuje się wartość 0, a najwyższej 1. Wskaźnik ten określa pozycję w systemie przeciętnego ubezpieczonego o poziomie szkodowości  $\lambda$  w długim okresie (po osiągnięciu przez system stanu stacjonarnego). Określa zatem nie to, jaki procent składki podstawowej płaci przeciętny klient, ale gdzie na skali rozpiętości całego systemu się on znajduje.

Trudno podać optymalną wartość tej miary, wg twórcy miary powinna ona oscylować wokół 0,5, jednak przykłady niektórych systemów *bonus-malus* wskazują, że nie jest to w praktyce możliwe<sup>15</sup>. Niskie wartości tej miary mogą wskazywać na silną tendencję do skupiania się ubezpieczonych w klasach o dużych zniżkach, natomiast wysokie wartości mogą wskazywać na lepsze rozłożenie ubezpieczeń w poszczególnych klasach.<sup>16</sup>

Jedną z wad miernika jest to, że na wysokość RSAL bardzo duży wpływ ma wysokość maksymalnej zwwyżki w systemie, ustalanej w dużej mierze w taki sposób, aby była dotkliwa dla bardzo szkodowych klientów<sup>17</sup>, ponadto w niektórych systemach (np. norweski) w ogóle nie określa się maksymalnej zwwyżki, co powoduje, że RSAL nie może być wyznaczony. Ze względu na ostatnią uwagę wprowadza się modyfikację RSAL, która powoduje, że miara jest niemożliwa do obliczenia tylko dla systemów, w których klasą startową jest klasa najniższa<sup>18</sup>.

Modyfikacja RSAL:

$$RSAL_2(\lambda) = \frac{(B(\lambda) - \min_i(b_i))}{(b_{i0} - \min_i(b_i))}, \quad [14]$$

gdzie  $b_{i0}$  to składka początkowa.

Po takiej modyfikacji miara jest niemożliwa do obliczenia tylko dla tych systemów, w których klasą startową jest klasa najniższa [takie systemy w praktyce nie występują]. Optymalną wartością tej miary jest 1, wówczas taki system można nazwać zrównoważonym finansowo.<sup>19</sup>

Miarę RSAL można również zmodyfikować tak, aby obliczyć ją nie tylko dla pojedynczego ubezpieczonego, ale również dla całego portfela, niekoniecznie homogenicznego.

- **Współczynnik zmienności składek**

Współczynnik zmienności składek po  $n$  okresach funkcjonowania systemu można wyrazić następująco:

$$V(n; \lambda) = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^s (b_i - B(n; \lambda))^2 a_i(\lambda)}}{B(n; \lambda)}, \quad [15]$$

gdzie  $B(n; \lambda)$  jest przeciętną składką po  $n$  latach funkcjonowania systemu.

15. Szerzej w J. Lemaire, *Bonus-Malus Systems in Automobile Insurance*, Boston: Kluwer, 1995 oraz B. Kocharński, *Efektywność...*, op. cit.

16. Szerzej w B. Kocharński, *Efektywność...*, op. cit.

17. W Polsce wg ustawy o ob. obowiązkowych zakład ubezpieczeń nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli w ramach swojej działalności prowadzi działalność obejmującą te ubezpieczenia – jedynym sposobem „pozbycia się” bardzo szkodowego klienta jest zniechęcenie go bardzo wysoką składką.

18. Takie systemy w praktyce nie występują.

19. Za B. Kocharński, *Efektywność...*, op. cit.

Współczynnik zmienności składek mierzy stopień zróżnicowania składek płaconych przez ubezpieczonych, czyli może być miernikiem solidarności lub jej braku między ubezpieczonymi – im większa wariancja, tym poziom solidarności mniejszy. Przy braku ubezpieczenia współczynnik zmienności strat, na jakie narażony jest ubezpieczony, równy jest współczynnikowi zmienności szkód, jakie mogą wystąpić. W przypadku ubezpieczenia i braku zróżnicowania składek współczynnik zmienności płatności dokonywanych przez ubezpieczonego wynosi 0. W przypadku systemów *bonus-malus* jest to wartość pomiędzy tymi skrajnościami.

Pomocna może być zarówno zmian wartości współczynnika zmienności w czasie dla zadanego poziomu  $\lambda$  (np. typowego, czyli równego 0,1). Zwykle współczynnik zmienności w pierwszym roku wynosi zero, wzrasta do momentu osiągnięcia maksymalnej zniżki, a następnie spada do momentu osiągnięcia stacjonarności. Innym zestawieniem wartym analizy jest zależność współczynnika zmienności od poziomu parametru  $\lambda$ , co może służyć jako narzędzie porównywania systemów między sobą.<sup>20</sup>

- **miara łącznej zmienności systemu**<sup>21</sup>

Jest to suma odchyleń od wektora stacjonarnego po  $n$  okresach funkcjonowania systemu, czyli:

$$(TV)_n = \sum_{j=1}^s |p_{ij}^n(\lambda) - a_j(\lambda)| \quad (16)$$

gdzie  $p_{ij}^n(\lambda)$  oznacza prawdopodobieństwo przejścia z klasy  $C_i$  do klasy  $C_j$  po dokładnie  $n$  okresach funkcjonowania systemu.

$TV$  mierzy, jak szybko system staje się zbliżony do stacjonarnego oraz na ile się od swego docelowego stanu różni po  $n$  latach funkcjonowania. Może to być miara wrażliwości systemu na występujące szkody i przesunięcia z klasy do klasy.

Pozostaje dyskusyjne, jakie są pożądane wartości tej miary. Z jednej strony system powinien mocno reagować na wystąpienie szkód, z drugiej przy zbyt dużej wrażliwości system umieszcza ubezpieczonych w odpowiednich dla nich klasach dopiero po bardzo długim czasie, co wydaje się sprzeczne z ideą systemu. Jeżeli system dopiero po 30 latach umieszcza ubezpieczonych o danym poziomie szkodowości w odpowiednich dla nich klasach, to oznacza, że przez ponad połowę przeciętnego czasu „bycia kierowcą” ubezpieczony nie jest dobrze klasyfikowany, ponadto żaden z systemów *bonus-malus* nie funkcjonuje w niezmienionej formie aż tak długo, zatem zbyt „wrażliwe” systemy nie mogą w realiach rynkowych dobrze spełniać swej funkcji taryfikacyjnej. Przeważnie systemy mało rozbudowane, o niewielu klasach stabilizują się szybko, te bardziej złożone znacznie wolniej. W literaturze<sup>22</sup> można znaleźć wyniki obliczeń dokonanych dla systemów działających w różnych krajach. Dla systemów prostych miara  $TV$  przyjmuje małe wartości już po kilku latach funkcjonowania ich (np. system funkcjonujący na Tajwanie już po 3 latach osiąga bardzo niskie wartości  $TV$  dla  $\lambda=0,1$ ), dla systemów bardziej złożonych, z wieloma klasami oraz złożonymi regułami przejścia, wskaźnik ten przyjmuje wysokie wartości nawet po 30 latach ich funkcjonowania

20. Za J. Lemaire, *Bonus-Malus systems: the European and Asian approach to merit rating*, „North American Actuarial Journal Society of Actuaries” – Schaumburg, Illinois, 1998: 2:1, 26–47.

21. Za H. Bonsdorff, 1992, *On the Convergence Rate of Bonus-Malus Systems*, „ASTIN Bulletin” 22:217–223. [1992] – por. J. Lemaire, *Bonus...*, 1995, op. cit.

22. J. Lemaire, *Bonus...*, 1998, op. cit.

(dla przykładu system belgijski dla  $\lambda=0,1$  po 30 latach ma wartości na poziomie 20 proc. wartości początkowych i nawet po 60 latach nie stabilizuje się).

Wskaźnik ten może być wykorzystywany do analizy wpływu modyfikacji dokonywanych w konstrukcji systemu<sup>23</sup> na tempo jego stabilizowania się.

- **Efektywność ogólna – elastyczność średniej składki względem poziomu ryzyka**

Elastyczność systemu jest miarą reakcji systemu na zmianę częstości szkód. Pozwala określić, w jakim stopniu kierowcy o różnym poziomie ryzyka są oceniani przez system. Elastyczność systemu definiowana jest jako:

$$\eta(\lambda) = \frac{\frac{dB(\lambda)}{d\lambda}}{\frac{B(\lambda)}{\lambda}} = \frac{B'(\lambda)}{B(\lambda)} \cdot \lambda. \quad [17]$$

W dobrze skonstruowanym systemie *bonus-malus* wysokość składki powinna być rosnącą funkcją szkodowości, w idealnym przypadku powinna być to funkcja liniowa, czyli  $\eta(\lambda)=1$ , co oznacza, że ze wzrostem względnego ryzyka wystąpienia szkody o jedną jednostkę (np. jeden punkt procentowy), względny przyrost składki powinien być taki sam, np. jeżeli jeden klient charakteryzuje się wskaźnikiem częstości szkód równym 0,1, natomiast inny 0,11, to drugi z klientów powinien płacić składkę wyższą o 10 proc. W większości funkcjonujących na świecie systemów *bonus-malus* elastyczność jest jednak  $<1$ <sup>24</sup>.

W literaturze znaleźć można badania wskazujące na to, że na wysokość miary efektywności bardzo duży wpływ ma wysokość maksymalnych zwwyżek w systemie, co może jednak działać odstraszająco na klientów.

Wśród wad tej miary najważniejszą jest brak uwzględnienia struktury portfela. Z tego względu wprowadzana bywa miara opisana niżej.

- **Łączna elastyczność (*total elasticity*)<sup>25</sup>**

Miarę tę można wyznaczyć, gdy znana jest funkcja struktury szkodowości w portfelu, a dokładniej funkcja opisująca rozkład zmiennej losowej określającej częstość szkód, czyli funkcja gęstości parametru  $\lambda$ . Jeżeli zmienna ta może być scharakteryzowana przez funkcję  $g(\lambda)$ , wówczas łączna elastyczność portfela wyraża się wzorem:

$$\eta = \int_0^{\infty} \eta(\lambda) g(\lambda) d\lambda. \quad [18]$$

Jest ona łączną wartością elastyczności systemu przy zadanej strukturze portfela, zależy więc od tego, jak wielu „dobrych” i „złych” klientów ma ubezpieczyciel. Zatem interpretacja i zastosowanie miary jest podobne do miary poprzedniej.

23. Np. zmiany takich elementów jak: liczba klas, klasa startowa, zasady przejścia (np. czy uzależniać zmianę klasy od jednej szkody, czy rozwijać system do zależności od pięciu szkód).

24. Za A. Szymańską, *Wybrane miary efektywności systemów bonus-malus ubezpieczeń komunikacyjnych OC*, w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, nr 1127, 2008, s. 428–435

25. B. Kochański, *Efektywność...*, op. cit.



- **Efektywność zależna od klasy startowej**<sup>26</sup>

Pozwala ocenić, jak szybko kierowcy trafiają do klas odpowiadających poziomowi ryzyka, który reprezentują. Jest to funkcja:

$$\mu(\lambda) = \frac{v'_i(\lambda)}{v_i(\lambda)} \cdot \lambda, \quad (19)$$

gdzie  $v_i(\lambda)$  to strumień zdyskontowanych (na początek ubezpieczenia) oczekiwanych płatności ponoszonych przez ubezpieczonego znajdującego się na początku w  $i$ -tej klasie.

### 2.1.2. Metody bazujące na prawdopodobieństwie stanu równowagi

W literaturze proponuje się też mierniki, które uwzględniają nie tylko samą analizę rozkładu prawdopodobieństwa równowagi. Wszystkie one bazują na prawdopodobieństwie stanu równowagi  $q_i^*$ , które można interpretować w następujący sposób: z jakim prawdopodobieństwem ( $q_i^*$ ), przy dostatecznie długim funkcjonowaniu systemu *bonus-malus*, wylosowany klient znajduje się w klasie  $i$ . Wartości  $q_i^*$  wyznaczane są z rozwiązania układu  $l+1$  ( $l$  – łączna liczby klas *bonus* i *malus*) równań z  $l$  niewiadomymi:

$$\begin{cases} q_0^* = q_0^* p_{0,0} + q_1^* p_{1,0} + q_2^* p_{2,0} + q_3^* p_{3,0} + \dots + q_{l-1}^* p_{l-1,0} + q_l^* p_{l,0} \\ q_1^* = q_0^* p_{0,1} + q_1^* p_{1,1} + q_2^* p_{2,1} + q_3^* p_{3,1} + \dots + q_{l-1}^* p_{l-1,1} + q_l^* p_{l,1} \\ \vdots \\ q_k^* = q_0^* p_{0,k} + q_1^* p_{1,k} + q_2^* p_{2,k} + q_3^* p_{3,k} + \dots + q_{l-1}^* p_{l-1,k} + q_l^* p_{l,k} \\ \vdots \\ q_{l-1}^* = q_0^* p_{0,l-1} + q_1^* p_{1,l-1} + q_2^* p_{2,l-1} + q_3^* p_{3,l-1} + \dots + q_{l-1}^* p_{l-1,l-1} + q_l^* p_{l,l-1} \\ q_l^* = q_0^* p_{0,l} + q_1^* p_{1,l} + q_2^* p_{2,l} + q_3^* p_{3,l} + \dots + q_{l-1}^* p_{l-1,l} + q_l^* p_{l,l} \\ 1 = q_0^* + q_1^* + q_2^* + q_3^* + \dots + q_{l-1}^* + q_l^* \end{cases} \quad (20)$$

Wartości  $p_{ij}$  pochodzą z macierzy przejścia.

Poniżej zaprezentowane zostaną trzy z cząstkowych wskaźników opartych na prawdopodobieństwie stanu równowagi:

- **Stosunek oczekiwanych wartości zniżek i wyżek w klasach taryfikacyjnych**

Miernik ten pozwala uwzględniać dwie dodatkowe kwestie, tj. fakt, że systemy różnią się między sobą liczbą klas taryfowych i wartościami przyznawanych bonusów i malusów.

Najpierw należy obliczyć oczekiwane wartości uzyskanych zniżek/zwyżek składki w poszczególnych klasach taryfowych w oparciu o prawdopodobieństwa stanu równowagi. Otrzymane wartości oczekiwane odnosić się będą do systemu w wymiarze długoookresowym wg następujących formuł:

$$E_i^m(t_i) = t_i \cdot q_i^* \quad E_i^b(t_i) = t_i \cdot q_i^*, \quad (21)$$

26. Ibidem.

gdzie:

$i$  to numer klasy taryfowej (łącznie klasy *malus*  $\{0,1,2 \dots k\}$  i *bonus*  $\{k+1, k+2, \dots, l\}$ );

$E_i^m(t_i)$  – oczekiwana wartość zwwyżki w  $i$ -tej klasie *malus*;

$E_i^b(t_i)$  – oczekiwana wartość zniżki w  $i$ -tej klasie *bonus*;

$q_i^*$  – prawdopodobieństwo równowagi dla  $i$ -tej klasy;

$t_i$  – wartość zwwyżki lub zniżki w  $i$ -tej klasie taryfikacyjnej;<sup>27</sup>

Uwzględnienie liczby klas w systemie następuje poprzez wyznaczenie zagregowanej (ogólnej) wartości oczekiwanej w obrębie klas *malus*, a także w obrębie klas *bonus*. Wówczas uzyskane zostaną: ogólna oczekiwana wartość zwwyżek dla klas *malus*, jako:

$$E^m(t) = \sum_{i=0}^k E_i^m(t_i), \quad (22)$$

gdzie:

$E^m(t)$  – ogólna oczekiwana wartość zwwyżek;

$E_i^m(t_i)$  – oczekiwana wartość zwwyżki w  $i$ -tej klasie *malus*;

$i$  ogólna oczekiwana wartość zniżek dla klas *bonus*, jako:

$$E^b(t) = \sum_{i=k+1}^l E_i^b(t_i), \quad (23)$$

gdzie:

$E^b(t)$  – ogólna oczekiwana wartość zniżek;

$E_i^b(t_i)$  – oczekiwana wartość zniżki w  $i$ -tej klasie *bonus*.

Ostatecznie należy wyliczyć stosunek tych dwóch wielkości:

$$\frac{E^m(t)}{E^b(t)} \quad (24)$$

Interpretacja tego wskaźnika jest następująca: im bardziej wartość wskaźnika przekracza wartość 1 (czyli zwwyżki stawki znacząco pokrywają zniżki), tym system uchodzi za bardziej rygorystyczny. Warto zwrócić uwagę, że rzeczywiście tak skonstruowany miernik ujmuje dwa aspekty, którymi mogą się różnić systemy *bonus-malus*: liczbę klas i wartość zwwyżek/zniżek stawki podstawowej. Przykładowo: podniesienie zwwyżek, przy pozostałych warunkach niezmiennych, zwiększy wartość miernika, podobnie jak przy niezmiennych pozostałych warunkach likwidacja niektórych klas bonusowych.

Stosunek oczekiwanych wartości zniżek i zwwyżek w klasach taryfikacyjnych<sup>28</sup>. Miernik ten jest ilorazem oczekiwanej wartości zwwyżek dla klas *malus* i oczekiwanej wartości zniżek dla klas *bonus* obliczonych dla stanu równowagi systemu.

27. Przy wyznaczaniu wartości zwwyżki/zniżki  $t_i$  w klasach przyjmuje się założenie, że stawka podstawowa jest jednostkowa.

28. Ł. Gwizdała, *Możliwości analizy systemów bonus-malus w świetle procesów Markowa*, w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, red. Wanda Ronka-Chmielowiec, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 228, Wrocław 2011.

Miernik ten jest łatwy w interpretacji, uwzględnia też strukturę portfela. Wśród wad wymienia się wysoki poziom jego ogólności [jest to mocno zagregowana miara]. Ponadto wskaźnik ten traci na znaczeniu dla systemów funkcjonujących dostatecznie długo, aby klienci bezszkodowi „zagnieździli się” w klasie o najwyższym poziomie składki, taka sytuacja zaniża mocno wartość wskaźnika.

- **Wartość oczekiwana czasu przejścia po raz pierwszy z klasy  $i$ -tej do  $j$ -tej**

Ocenę efektywności systemu można też przeprowadzić pod kątem tego, jak szybko od wejścia do systemu klient dostanie się do upatrzonej przez siebie klasy docelowej. Wybór klasy docelowej może być dowolny, niemniej najczęściej klienci pożądamy najwyższych możliwych zniżek. Zadanie zatem sprowadza się przede wszystkim do wyznaczenia rozkładu tej zmiennej.

Rozkład zmiennej losowej  $T$ , oznaczającej czas, jaki upływa od momentu wejścia ubezpieczonego do  $i$ -tej klasy taryfikacyjnej, do przejścia do klasy  $j$ -tej po raz pierwszy, wyznacza się z wykorzystaniem prawdopodobieństw  $p_{ij}^m$ , gdzie  $i$  to klasa startowa, a  $j$  – docelowa, zawartych w macierzach przejścia w  $m$  latach  $M^{(m)}$ . Macierz przejścia należy jednak tak zmodyfikować, aby można z niej było odczytać prawdopodobieństwa przejścia z klasy uznanej za początkową do docelowej w przeciągu  $m$  lat, które interpretuje się jako wartości dystrybuanty czasu do pierwszego wejścia w stan docelowy, czyli:

$$F_T(m) = P[T \leq m] = p_{i,j}^{(m)}. \quad (25)$$

Następnie, odejmując kolejne wartości dystrybuant, uzyskuje się rozkład prawdopodobieństwa  $p_T(m)$  zmiennej losowej  $T$ . Po policzeniu wartości oczekiwanej znanej te można dokonać interpretacji systemu – im wyższa wartość oczekiwana, tym system jest bardziej rygorystyczny dla ubezpieczonych i klient dłużej musi oczekiwać na „dostanie się” do najkorzystniejszej dla niego klasy.

Zaletą tej metody jest to, że pozwala dokonać analizy systemu zarówno dla pojedynczego klienta, jak i w ujęciu całościowym w zakładzie ubezpieczeń. Jej wadą jest fakt, że mierzy tylko pierwsze przejście klienta po systemie. Nie jest zatem użyteczna do pomiaru efektywności dla klienta, który dokonał zmiany ubezpieczyciela, a po pewnym czasie powrócił do dotychczasowego.

- **Średni względny przyrost prawdopodobieństwa pozostania lub powrotu ubezpieczonego do strefy *malus* systemu**

Klient może też badać efektywność systemu, zadając sobie pytanie: z jakim prawdopodobieństwem zostaną w tym samym miejscu lub trafię do klasy zwykłej, jeśli jeszcze rok pozostanę w tym systemie. By otrzymać odpowiedź, należy wyliczyć prawdopodobieństwo pozostania danego ubezpieczonego w bieżącej klasie bądź jego przejścia do klas o wyższych poziomach składki w ciągu  $m$  lat. W efekcie, dla kolejnych, coraz dłuższych okresów, otrzymuje się wartości prawdopodobieństwa dla każdej klasy *malus*. Niech będą one oznaczone przez:

$$p_i^{(m)} = \sum_j p_{ij}^{(m)}, \quad (26)$$

gdzie:

$p_i^{(m)}$  – prawdopodobieństwo, że polisa z  $i$ -tej klasy *malus* w niej pozostanie lub przejdzie do innej klasy *malus* w ciągu  $m$  lat;

$i$  – numer rozważanej klasy *malus*;

$j$  – kolejne numery istniejących klas *malus*, w tym  $j = i$ .

Jednakże, z punktu widzenia postawionego problemu, bardziej interesujące jest prawdopodobieństwo łączne dla wszystkich klas *malus*. Wartość ta może posłużyć do wyliczenia prawdopodobieństwa, że ubezpieczony po *m* latach wciąż będzie w strefie *malus* lub do niej powróci. Należy tego dokonać przez użycie systemu wag<sup>29</sup>, policzonego z uwzględnieniem prawdopodobieństwa równowagi, wg następującej formuły:

$$W_i = \frac{q_i^*}{\sum_j q_j^*}, \quad (27)$$

gdzie:

$W_i$  – waga dla *i*-tej klasy *malus*;

*i* – numer *i*-tej klasy *malus*;

*j* – numery kolejnych klas *malus*, w tym  $j = i$ .

Ostatecznie prawdopodobieństwo, że ubezpieczony po *m* latach wciąż będzie w strefie *malus* lub do niej powróci wyrażone będzie przez:

$$p_{mi}^{(m)} = \sum_i \sum_j W_i p_{ij}^{(m)} \quad (28)$$

gdzie:

$p_{mi}^{(m)}$  – prawdopodobieństwo, że ubezpieczony po *m* latach wciąż będzie w strefie *malus* lub do niej powróci

*i* – numer *i*-tej klasy *malus*;

*j* – numery kolejnych klas *malus*, w tym  $j = i$ .

Naturalnie, w przypadku większości systemów *bonus-malus* mowa będzie o przeciętnym zmniejszaniu się wartości prawdopodobieństwa, tzn.  $(b-1) \times 100$  proc. będzie mniejsze od zera. Stąd system określić można, jako tym bardziej rygorystyczny, im większy będzie średni przyrost względny dla oszacowanej funkcji regresji. Uogólniając, miernik ten pozwala ustalić, w jakim stopniu klasy *malus* systemu są zdolne do utrzymywania i do przyciągania ubezpieczonych, a ściślej, w jakim tempie tę zdolność tracą.<sup>30</sup>

Zatem metoda ta jest użyteczna dla identyfikacji tych klientów, wobec których istnieje ryzyko łatwego przejścia przez konkurujące zakłady ubezpieczeń, gdyż mogą oni oceniać jako coraz mniej pewne utrzymanie swoich zniżek w systemie tego zakładu, w którym są obecnie. Jest to oczywistą zaletą tego miernika. Jego wada to natomiast oparcie go na danych agregowanych.

## Podsumowanie

Po przeglądzie wybranych kilkunastu metod oceny efektywności systemu *bonus-malus* należy podkreślić, że każda z tych miar jest fragmentaryczna, ponadto nie uwzględniają one elementów jakościowych związanych z procesem ubezpieczenia. Co więcej są to głównie miary efektywności taryfikacyjnej, oceniające, w jakim stopniu system *bonus-malus* dostosowuje składkę do in-

29. Jeśli ubezpieczeni rozkładaliby się równomiernie pomiędzy klasy *malusowe*, wówczas wystarczyłoby zsumowanie prawdopodobieństw  $p_i^{(m)}$  po *i*, a następnie podzielenie otrzymanej wartości przez liczbę klas *malus*.

30. Ibidem.

dywidualnego ryzyka. Niektóre metody (miara łącznej zmienności systemu) badają też poziom nierównowagi systemu (im większa nierównowaga, tym gorsze dopasowanie składki do indywidualnego ryzyka). Tylko niektóre (łączna elastyczność) uwzględniają strukturę portfela ubezpieczycieli i przepływu klientów między systemami. Celem dokonywania operacji matematycznych tworzy się modele, które opierają się na silnych założeniach, nieprzystających w pełni do praktyki rynkowej (jak niezależność szkód; nie uwzględniają zmiany częstości szkód w czasie – wzrost doświadczenia kierowcy, zmiana samochodu na nowszy, bezpieczniejszy, wzrost liczby kilometrów pokonywanych w ciągu roku itp.).

W analizie należy też uwzględnić specyfikę polskiego rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, w którym to obszarze spotyka się system *bonus-malus*. Wskazać można trzy podstawowe ograniczenia i obciążenie polskiego rynku:

1. Silne obciążenie historyczne, związane z wieloletnim monopolem jednego ubezpieczyciela i wciąż jeszcze silną jego pozycją;
2. Oferowane w Polsce produkty ubezpieczeniowe sprzedawane przez ubezpieczycieli wchodzących w międzynarodowe grupy kapitałowe to często kopie produktów z większych rynków, przez co produkty są niedostosowane do polskich warunków;
3. W Polsce zasady funkcjonowania ubezpieczenia OC kierowców, przez to, że jest to ubezpieczenie obowiązkowe, reguluje ustawa. Odnośnie funkcjonowania systemu *bonus-malus*, największym ograniczeniem jest brak możliwości odmówienia klientowi ubezpieczenia obowiązkowego przez zakład, który prowadzi sprzedaż ubezpieczeń w tym obszarze. Powoduje to, że jedynie poziomem składki zakład może takiego klienta zniechęcić do zakupu produktu ubezpieczeniowego. Taka sytuacja silnie rzutuje na to, jak funkcjonuje system *bonus-malus* dla ubezpieczeń OC.

## Wykaz źródeł

- Coene G., Doray L.G., *A financially balanced bonus-malus system*, „Astin Bulletin” 26, 1996, s. 107–116.
- Daykin C.D., Pentikänen T., Pesonen H., *Practical risk theory for actuaries*, Chapman&Hall, London 1994.
- Fisz M., *Rachunek prawdopodobieństwa i statystyka matematyczna*, PWN, Warszawa 1967.
- Gwizdała Ł., *Możliwości analizy systemów bonus-malus w świetle procesów Markowa*, w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, red. Wanda Ronka-Chmielowiec, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 228, Wrocław 2011.
- Kochański B., *Efektywność funkcjonowania systemu bonus-malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych w Polsce i w wybranych krajach europejskich*, Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Mirosława Szredera, Uniwersytet Gdański 2000.
- Lemaire J., *Bonus-Malus systems: the European and Asian approach to merit rating*, „North American Actuarial Journal Society of Actuaries” – Schaumburg, Illinois, 1998: 2:1, 26–47, dostępne na [www.soa.org/library/journals/north-american-actuarial-journal/1998/january/naaj9801\\_2.pdf](http://www.soa.org/library/journals/north-american-actuarial-journal/1998/january/naaj9801_2.pdf).
- Lemaire J., *Bonus-Malus Systems in Automobile Insurance*, Boston: Kluwer 1995.
- Szymańska A., *Wybrane miary efektywności systemów bonus-malus ubezpieczeń komunikacyjnych OC*, w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, nr 1127, 2008, s. 428–435.
- Vaughan E.J., *Fundamentals of risk and insurance*, John Wiley and sons, 1992.

## Classical measures of effectiveness of the *bonus-malus* system

*The main aim of the introduction of the bonus-malus system to motor insurance was to obtain a tool which would enable matching the insurance premium amount to the level of risk assumed by insurance undertakings correctly, and a stimulus influencing the frequency of adverse fortuitous events, i.e. vehicle thefts, road collisions and cases of insurance fraud. This system is currently widespread throughout the EU. Unfortunately, more and more often opinions can be heard that its effectiveness is not always at a satisfying level.*

*In order to assess the system's tariff effectiveness the Markov chain theory and negative binomial model are usually used. Thanks to these tools it is possible to approximately determine the level at which the insurance premium is matched to the motor risk insured.*

*The aim of the article is to briefly present these methods and indicate the key areas of the system's operation which are subject to assessment in them.*

**Key words:** motor insurance, bonus-malus system, Markov processes, insurance premium, loss ratio.

**DR ANNA JĘDRZYCHOWSKA** – adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

**DR EWA POPRAWSKA** – adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

ALICJA WOLNY-DOMINIAK

## Możliwości programu R w szacowaniu rezerwy IBNR<sup>1</sup>

W zakładach ubezpieczeń majątkowych istotną pozycję w funduszu ubezpieczeniowym zajmuje rezerwa z tytułu zaistniałych szkód niezgłoszonych do dnia tworzenia rezerwy (ozn. IBNR). W literaturze przedmiotu zaproponowano wiele metod szacowania rezerwy IBNR, w których wykorzystano różnorodne techniki modelowania statystycznego, analizy danych czy data mining. Przegląd metod kalkulacji rozpatrywanej rezerwy jest szeroko eksploatowany w literaturze.<sup>2</sup> Celem niniejszego artykułu jest zapoznanie czytelnika z możliwościami wykorzystania pakietu {ChainLadder} programu komputerowego R<sup>3</sup> w analizie rozwoju szkodowości oraz szacowaniu rezerwy IBNR.

**Słowa kluczowe:** rezerwa IBNR, Chain Ladder, GLM, bootstrap, program R.

### Wprowadzenie

Program R jest darmowym programem statystycznym dedykowanym pierwotnie szerokiej grupie naukowców mogących implementować różnorodne algorytmy obliczeniowe w otwartym środowisku informatycznym. Z czasem jednak zyskał popularność również w zastosowaniach komercyjnych, np. w dziedzinie finansów. Od dwóch lat intensywnie rozwijany jest pakiet służący do analizy rozwoju szkodowości oraz szacowania rezerwy IBNR o nazwie {ChainLadder}. W pakiecie

1. Praca częściowo finansowana przez grant Narodowego Centrum Nauki (nr NN 111461540).
2. Por. w pracach: M.V. Wüthrich, M. Merz, *Stochastic Claims Reserving Methods in Non-Life Insurance*, John Willey & Sons, England, 2008; W. Bijak, M. Pawlak, M. Smętek, *Analiza rezerw w oparciu o trójkąty szkód – badanie wstępne dla polskiego rynku ubezpieczeń*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej Imienia Oskara Langego we Wrocławiu 990, 2003, s. 432–441; S. Wieteska, *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładów ubezpieczeń. Teoria i praktyka*, Branta Oficyna Wydawnicza, 2004; A. Wolny, *Podejście Aktuarialne do kalkulacji rezerwy szkodowej, Statystyczne zaawansowane metody kalkulacji rezerwy szkodowej*, [w:] *Metody kalkulacji ryzyka rezerw szkodowych w ubezpieczeniach majątkowo-osobowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, 2005; A. Pobłocka, *Wybrane metody kalkulacji rezerwy IBNR*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu 1197, 2008, s. 368–376.
3. R Core Team, *R: A language and environment for statistical computing*, R Foundation for Statistical Computing, Austria 2012.

zaimplementowano metody szacowania IBNR, które można podzielić następująco: metoda *chain ladder* wraz z modyfikacjami<sup>4</sup>, metoda GLM – stosuje uogólniony model liniowy do szacowania wartości wypłaconych odszkodowań<sup>5</sup>. Dane wejściowe wprowadzane są w postaci trójkąta szkód w formie skumulowanej lub nieskumulowanej. Pakiet pozwala na ciekawą wizualizację danych zawartych w trójkącie szkód, jak również wykresy przydatne w analizie wyników estymacji oraz dopasowania modelu do danych.

W pierwszej części pracy zawarto teoretyczne aspekty szacowania IBNR wraz z opisem odpowiednich funkcji w programie R.<sup>6</sup> W drugiej części skupiono się na opisie technicznej strony stosowania pakietu {ChainLadder} oraz przedstawiono przykładowe ekrany programu R zawierające uzyskane wyniki.

## 2. Metody szacowania IBNR w pakiecie {ChainLadder} – aspekty teoretyczne

Szacując rezerwę IBNR, wykorzystuje się dane zawarte w trójkącie szkód, w którym wyróżnia się następujące elementy:

- $n$  – liczba okresów uwzględnianych w analizie,
- numer wiersza  $i, i=1, \dots, n$  – okres wystąpienia szkody zwany dalej okresem wypadkowym,
- numer kolumny  $j, j=1, \dots, n$  – okres opóźnienia w wypłacie odszkodowania,
- $X_{ij}$  – wartości odszkodowań dla szkód, które zaszły w okresie  $i$ , wypłaconych z opóźnieniem  $j$ ,
- $C_{ij}$  – skumulowana wartość odszkodowań dla szkód, które zaszły w okresie  $i$ , wypłaconych z opóźnieniem  $j$ : 
$$C_{i,j} = \sum_{k=0}^j X_{i,k}.$$

Zazwyczaj wyznacza się rezerwę IBNR w oparciu o dwa rodzaje trójkąta szkód: zawierającego wartości wypłaconych odszkodowań (PLT – *Paid Losses Triangle*) oraz zawierającego wartości wypłaconych i niewypłaconych zaszytych szkód (ILT – *Incurred Losses Triangle*).

Przechodząc do opisu statystycznego, w trójkącie szkód zawarte są obserwacje dla  $n$  zmiennych losowych  $X_{0^*}, \dots, X_{n-1}$  będących wartościami odszkodowań wypłaconych z opóźnieniem  $j=1, \dots, n^2$ . Analogicznie można interpretować skumulowane wartości odszkodowań  $C_{0^*}, \dots, C_{n-1}$ .

Pierwszą metodą dostępną w pakiecie {ChainLadder} jest ta bazująca na idei klasycznej metody *chain ladder* (CL). Istotą metody CL jest oszacowanie tzw. współczynnika LDF oznaczonego dalej jako  $f_j, j=1, \dots, n-1$ , który interpretuje się jako zmianę wartości wypłaconych odszkodowań w danym okresie opóźnienia w stosunku do wcześniejszego okresu opóźnienia. Zakładając zależ-

- 
4. Por. w pracach: T. Mack, *Distribution-free calculation of the standard error of chain ladder reserve estimates*, „Astin Bulletin”, 23/2. 1993, s. 213–225; T. Mack, *The standard error of chain ladder reserve estimates: Recursive calculation and inclusion of a tail factor*, „Astin Bulletin” 29/2, 1999, s. 361–366; G. Quarg, T. Mack, *Blätter der Deutschen Gesellschaft für Versicherungs- und Finanzmathematik*, 26/4 2004, s. 597–630.
  5. Por. w pracach: S. Christofides, *Regression models based on log-incremental payments*, „Claims Reserving Manual” 2/1990, Institute of Actuaries, London; A.E. Renshaw, P. Verrall, *A stochastic model underlying the chain ladder technique*, „British Actuarial Journal”, 4/1998, s. 903–923.
  6. P. Biecek, *Przewodnik po pakiecie R*, Wydawnictwo GIS, 2008.
  7. Standardowo zmienną losową oznacza się wielkimi literami, a jej realizacje małymi literami. Jednak w przypadku opisu metod szacowania IBNR w literaturze przedmiotu stosuje się jedynie wielkie litery.



ność liniową pomiędzy skumulowanymi wartościami trójkąta w kolejnych okresach opóźnienia, do szacowania LDF można zastosować modele liniowe.

Założmy, że zależność regresyjna pomiędzy skumulowanymi wartościami wypłaconych odszkodowań w kolejnych okresach opóźnień opisuje funkcja regresji liniowej:

$$C_{j+1} = f_j C_j + \xi, j=1, \dots, n-1.$$

Przy spełnionych założeniach metody najmniejszych kwadratów, nieobciążonym estymatorem

$$\text{współczynnika LDF jest } \hat{f}_j = \frac{\sum_{i=0}^{n-j-2} C_{i,j} C_{i,j+1}}{\sum_{i=0}^{n-j-2} C_{i,j}^2}, \text{ a jego wariancja } D^2\{\hat{f}_j\} = \frac{\sigma_j^2}{\sum_{i=0}^{n-j-2} C_{i,j}^2}$$

gdzie  $\sigma_j^2$  jest wariancją resztową. W praktyce ubezpieczeniowej częstym przypadkiem jest występowanie heteroskedastyczności składnika losowego<sup>8</sup>. Możliwe rozwiązanie takiej sytuacji

to wprowadzenie wag  $w_{i,j} \in [0,1]$  spełniających warunek  $\sum_{i=0}^{n-j-2} w_{i,j} = 1$  oraz przejście do ważonej metody najmniejszych kwadratów. Wtedy nieobciążonym parametrem czynnika LDF jest

$$\hat{f}_j = \sum_{i=0}^{n-j-2} w_{i,j} \frac{C_{i,j+1}}{C_{i,j}} \text{ wraz z wariancją } D^2\{\hat{f}_j\} = \frac{\sigma_j^2}{\sum_{i=0}^{n-j-2} w_{i,j} C_{i,j}^2}, \text{ gdzie } \alpha \in \{0,1,2\}.$$

W przypadku gdy wagi oraz parametr  $\alpha$  przyjmowane są jako 1, ważona metoda najmniejszych kwadratów sprowadza się do metody klasycznej.

Funkcja pakietu `{ChainLadder}`, w której zaimplementowana jest powyższa metoda estymacji nosi nazwę `MackChainLadder()`. Główne argumenty funkcji to:

- `Triangle` – skumulowany trójkąt szkód,
- `weights` – wagi, domyślnie przyjmowana jest wartość 1,
- `alpha` – parametr  $\alpha$ , domyślnie przyjmowana jest wartość 1,
- `est.sigma` – metoda wyznaczania wariancji resztowej.

Główne wartości zwracane to:

- `FullTriangle` – pełny trójkąt szkód z oszacowanymi wartościami poniżej przekątnej,
- `Models` – model liniowy dla każdego okresu opóźnienia,
- `f` – czynnik LDF,
- `f.se` – odchylenie standardowe dla estymatora czynnika LDF.

W powyższej metodzie rezerwa IBNR szacowana jest dla trójkąta PLT lub trójkąta ILT. W praktyce okazuje się często, iż wysokość wypłaty nie pokrywa się z faktyczną wartością szkody. W metodzie zwanej `MunichChainLadder` (ozn. MCL) nowatorstwem jest uwzględnienie powstałej różnicy poprzez założenie o istnieniu zależności (mierzonej korelacją) pomiędzy dwoma trójkątami. Wprowadzany jest, poza LDF, wskaźnik  $Q_j$ , będący stosunkiem wypłaconych odszkodowań do zaistniałych

8. D.M. Murphy, *Unbiased Loss Development Factors*, Proceedings of the Casualty Actuarial Society Casualty Actuarial Society – Arlington, Virginia 1994, LXXXI s. 154–222.

szkód, dla których nie nastąpiła wypłata odszkodowania:  $Q_i = \frac{P_i}{I_i}$ . Analiza w czasie pozwala na prognozowanie tego wskaźnika, który następnie wykorzystywany jest do korekty rezerwy IBNR.

W celu oszacowania rezerwy IBNR metodą MCL, w pakiecie {ChainLadder} zaimplementowano funkcję MunichChainLadder(). Funkcja ta posiada następujące argumenty:

- Paid – skumulowany trójkąt PLT,
  - Incurred – skumulowany trójkąt ILT,
- Główne wartości zwracane przez funkcję to:
- MCLPaid – prognozowane wartości w trójkącie PLT,
  - MCLIncurred – prognozowane wartości w trójkącie ILT,
  - MackPaid – prognozowane wartości w trójkącie PLT metodą CL,
  - MackIncurred – prognozowane wartości w trójkącie ILP metodą CL,
  - q.f – wskaźnik  $Q$ .

W metodzie CL oraz jej rozszerzeniu MCL nie przyjmuje się zasadniczo żadnych założeń odnośnie rozkładów dla zmiennych. Kolejna metoda dostępna w pakiecie {ChainLadder} bazuje na uogólnionym modelu liniowym (ozn. GLM). Danymi wyjściowymi w modelu GLM są wartości z nieskumulowanego trójkąta szkód  $[X_{i,j}]_{n \times n}$ . Zmienną objaśnianą jest wartość wypłaconych odszkodowań  $X_{i,j}$ , na którą wpływa okres wystąpienia szkody ( $\alpha_i$ ) oraz okres opóźnienia ( $\beta_j$ ). Model GLM ma następującą postać<sup>9</sup>:

$$\ln(x_{ij}) = \mu + \alpha_i + \beta_j + \xi_{ij},$$

gdzie składnik losowy  $\xi$  ma rozkład z podrodziny rozkładów Tweedie, zależny od parametru  $p$  [Tweedie, 1984]. W przypadku gdy  $p=1$ , uzyskiwany jest rozkład od-Poisson, natomiast dla  $p=2$  – rozkład gamma. Istotą metody GLM jest oszacowanie wartości  $\mu$ , co łatwo uzyskać jeśli się korzysta z techniki uogólnionych modeli liniowych<sup>10</sup>.

W pakiecie {ChainLadder} występuje funkcja glmReserve(), której głównymi argumentami są:

- var.power – parametr  $p$ ,
- link.power – definiowanie funkcji połączenia,
- mse.method – wskazanie metody wyznaczania średniego błędu szacunku.

W wyniku działania funkcji glmReserve() uzyskiwane są wartości:

- FullTriangle – pełny trójkąt szkód z oszacowanymi wartościami poniżej przekątnej,
- model – parametry strukturalne modelu GLM.

Poza tym, jako że w funkcji glmReserve() wykorzystuje się wbudowaną funkcję glm(), dostępne są również wszystkie zmienne wynikowe generowane przez glm().

Kolejna metoda szacowania IBNR, którą można znaleźć w pakiecie {ChainLadder}, wykorzystuje technikę symulacyjną bootstrap (ozn. BCL). Metoda BCL korzysta z dwuetapowej procedury obliczeniowej.<sup>11</sup> W pierwszym etapie szacowana jest rezerwa IBNR metodą CL i wyznaczane są reszty modelu. Następnie z uzyskanego ciągu reszt następuje losowanie ze zwracaniem i sy-

9. A.E. Renshaw, P. Verrall, *A stochastic*, op. cit.

10. P. McCullagh, J.A. Nelder, *Generalized Linear Models*, 2nd ed., Chapman and Hall, 1989.

11. P. England, R. Verrall, *Analytic and bootstrap estimates of prediction errors in claim reserving*, „Insurance: Mathematics and Economics” 25/1999, s. 281–293.

mulowany jest ciąg trójkątów szkód, dla których szacowane są rezerwy IBNR. Ostateczna wartość IBNR przyjmowana jest jako średnia wartość tych rezerw. Uzyskany ciąg rezerw służy do określenia rozkładu rezerwy.

Metoda BCL zaimplementowana jest w funkcji `BootChainLadder()` wraz z argumentami:

- `Triangle` – trójkąt szkód,
- `R` – liczba powtórzeń w losowaniu.

W wyniku otrzymywane są wartości:

- `simClaims` – ciąg trójkątów szkód,
- `IBNR.Total` – ciąg rezerw.

### 3. Analiza rezerwy IBNR w pakiecie `{ChainLadder}` – aspekty obliczeniowe

Do przedstawienia możliwości obliczeniowych w szacowaniu rezerwy IBNR wykorzystano dane zaczerpnięte z literatury przedmiotu<sup>12</sup>. Trójkąty szkód PLT oraz ILT o nazwie `MCLpaid` oraz `MCLincurred` przedstawia Rysunek 1.

Rysunek 1. Trójkąty szkód stosowane w obliczeniach

```
> PersonalAutoPaid
dev
origin  1      2      3      4      5      6      7      8      9     10
1  101125 209921 266618 305107 327850 340669 348430 351193 353353 353584
2  102541 203213 260677 303182 328932 340948 347333 349813 350523   NA
3  114932 227704 298120 345542 367760 377999 383611 385224   NA   NA
4  114452 227761 301072 340669 359979 369248 373325   NA   NA   NA
5  115597 243611 315215 354490 372376 382738   NA   NA   NA   NA
6  127760 259416 326975 365780 386725   NA   NA   NA   NA   NA
7  135616 262294 327086 367357   NA   NA   NA   NA   NA   NA
8  127177 244249 317972   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA
9  128631 246803   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA
10 126288   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA

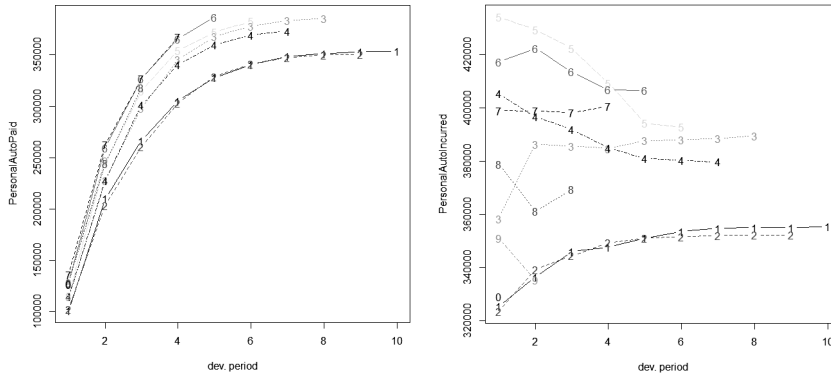
> PersonalAutoIncurred
dev
origin  1      2      3      4      5      6      7      8      9     10
1  325423 336426 346061 347726 350995 353598 354797 355025 354986 355363
2  323627 339267 344507 349295 351038 351583 352050 352231 352193   NA
3  358410 386330 385684 384699 387678 387954 388540 389436   NA   NA
4  405319 396641 391833 384819 380914 380163 379706   NA   NA   NA
5  434065 429311 422181 409322 394154 392802   NA   NA   NA   NA
6  417178 422307 413486 406711 406503   NA   NA   NA   NA   NA
7  398929 398787 398020 400540   NA   NA   NA   NA   NA   NA
8  378754 361097 369328   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA
9  351081 335507   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA
10 329286   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA   NA
```

Źródło: ekran programu R.

W pierwszym etapie przykładu wyznaczono współczynniki LDF i wykonano prezentację graficzną, co przedstawiają Wykres 1, Tabela 1 oraz Wykres 2. Do obliczenia LDF wykorzystano funkcję `ata()`.

12. Y. Zhang, *A general multivariate chain ladder model*, „Insurance: Mathematics and Economics” 46/2010, s. 588–599.

Wykres 1. Zmiana wartości trójkątów szkód PLT oraz ILT w okresach opóźnienia



Źródło: ekran programu R.

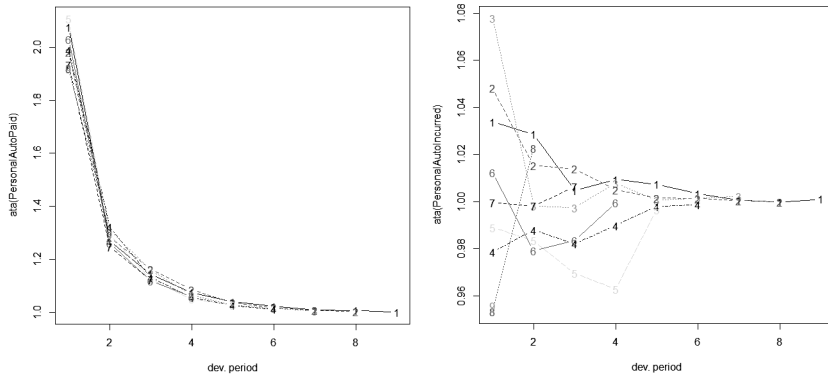
Rysunek 2. Wartości współczynników LDF dla trójkątów szkód PLT oraz ILT

> ata(PersonalAutoPaid)										> ata(PersonalAutoIncurred)									
dev										dev									
origin	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	origin	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10
1	2.076	1.270	1.144	1.075	1.039	1.023	1.008	1.006	1.001	1	1.034	1.029	1.005	1.009	1.007	1.003	1.001	1	1.001
2	1.982	1.283	1.163	1.085	1.037	1.019	1.007	1.002	NA	2	1.048	1.015	1.014	1.005	1.002	1.001	1.001	1	NA
3	1.981	1.309	1.159	1.064	1.028	1.015	1.004	NA	NA	3	1.078	0.998	0.997	1.008	1.001	1.002	1.002	NA	NA
4	1.990	1.322	1.132	1.057	1.026	1.011	NA	NA	NA	4	0.979	0.988	0.982	0.990	0.998	0.999	NA	NA	NA
5	2.107	1.294	1.125	1.050	1.028	NA	NA	NA	NA	5	0.989	0.983	0.970	0.963	0.997	NA	NA	NA	NA
6	2.030	1.260	1.119	1.057	NA	NA	NA	NA	NA	6	1.012	0.979	0.984	0.999	NA	NA	NA	NA	NA
7	1.934	1.247	1.123	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	1.000	0.998	1.006	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	1.921	1.302	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	8	0.953	1.023	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9	1.919	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9	0.956	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
smpl	1.993	1.286	1.138	1.065	1.031	1.017	1.006	1.004	1.001	smpl	1.005	1.002	0.994	0.996	1.001	1.001	1.001	1	1.001
vwtcd	1.990	1.285	1.137	1.064	1.031	1.017	1.006	1.004	1.001	vwtcd	1.004	1.000	0.993	0.995	1.001	1.001	1.001	1	1.001

Źródło: ekran programu R.

Dodatkowe wartości wynikowe dla funkcji ata() to: smpl – średnia wartość LDF dla okresu opóźnienia, vwtcd – średnia ważona wartość LDF dla okresu opóźnienia.

Wykres 2. Współczynniki LDF dla trójkątów szkód PLT oraz ILT



Źródło: ekran programu R.

Następnie oszacowano rezerwę IBNR metodą CL dla danych zawartych w trójkącie PLT. W pierwszym przypadku założono, iż parametr  $\sigma$  szacowany jest z pomocą modelu logarytmiczno-normalnego. W drugim przypadku założono estymator Macka dla parametru  $\sigma$ . Jak widać na Rysunku 4, poziom rezerwy IBNR nie zmienił się, jednak zdecydowanie zwiększył się poziom współczynnika wariancji CV w każdym roku wypadkowym. Błąd modelu Mack S.E. wzrósł natomiast nieznacznie.

### Rysunek 3. Wyniki dla metody CL – model log-normal

```
> CL
MackChainLadder(Triangle = PersonalAutoPaid, weights = 1, alpha = 1,
  est.sigma = "log-linear")

```

	Latest	Dev.To.Date	Ultimate	IBNR	Mack.S.E	CV(IBNR)
1	353,584	1.000	353,584	0	0	NaN
2	350,523	0.999	350,752	229	680	2.9689
3	385,224	0.995	387,054	1,830	1,522	0.8316
4	373,325	0.989	377,481	4,156	1,720	0.4140
5	382,738	0.973	393,454	10,716	2,760	0.2575
6	386,725	0.943	409,932	23,207	3,758	0.1619
7	367,357	0.887	414,305	46,948	6,351	0.1353
8	317,972	0.780	407,609	89,637	9,141	0.1020
9	246,803	0.607	406,593	159,790	12,506	0.0783
10	126,288	0.305	414,021	287,733	19,067	0.0663

```

Totals
Latest: 3,290,539.00
Dev: 0.84
Ultimate: 3,914,785.82
IBNR: 624,246.82
Mack S.E.: 29,858.91
CV(IBNR): 0.05

```

Źródło: ekran programu R.

### Rysunek 4. Wyniki dla metody CL – model Mack

```
> CL1
MackChainLadder(Triangle = PersonalAutoPaid, weights = 1, alpha = 1,
  est.sigma = "Mack")

```

	Latest	Dev.To.Date	Ultimate	IBNR	Mack.S.E	CV(IBNR)
1	353,584	1.000	353,584	0	0	NaN
2	350,523	0.999	350,752	229	998	4.3544
3	385,224	0.995	387,054	1,830	1,713	0.9360
4	373,325	0.989	377,481	4,156	1,885	0.4537
5	382,738	0.973	393,454	10,716	2,872	0.2680
6	386,725	0.943	409,932	23,207	3,847	0.1658
7	367,357	0.887	414,305	46,948	6,405	0.1364
8	317,972	0.780	407,609	89,637	9,177	0.1024
9	246,803	0.607	406,593	159,790	12,532	0.0784
10	126,288	0.305	414,021	287,733	19,085	0.0663

```

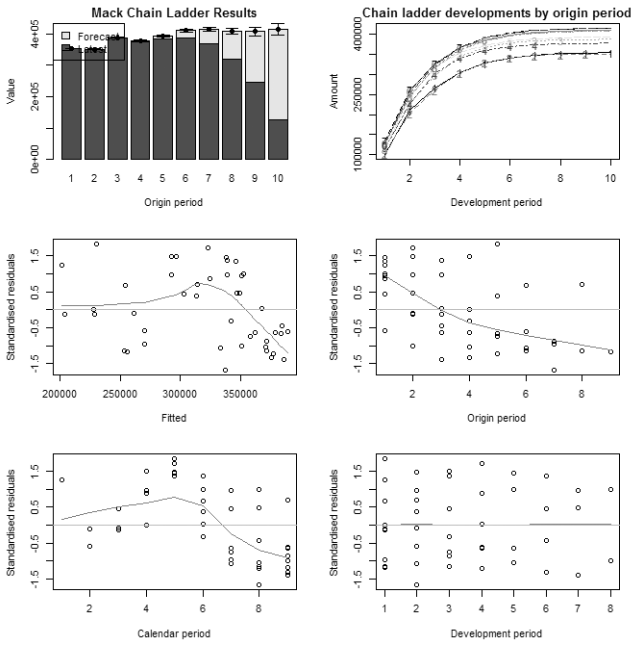
Totals
Latest: 3,290,539.00
Dev: 0.84
Ultimate: 3,914,785.82
IBNR: 624,246.82
Mack S.E.: 30,358.21
CV(IBNR): 0.05

```

Źródło: ekran programu R.

Dodatkowym wygodnym narzędziem służącym do analizy dopasowania modelu do danych jest funkcja `plot()` pozwalająca na graficzną analizę reszt.

Rysunek 5. Wykresy generowane dla metody CL



Źródło: ekran programu R.

W dalszej części przykładu wykonano szacowanie IBNR z zastosowaniem metody MCL. W tym celu korzystano z danych zawartych w trójce PLT oraz ILT. Wyniki przedstawia poniższy rysunek.

Rysunek 6. Wyniki dla metody MCL

```
> MCL
MunichChainLadder(Paid = PersonalAutoPaid, Incurred = PersonalAutoIncurred,
  est.sigmaP = 0.1, est.sigmaI = 0.2)

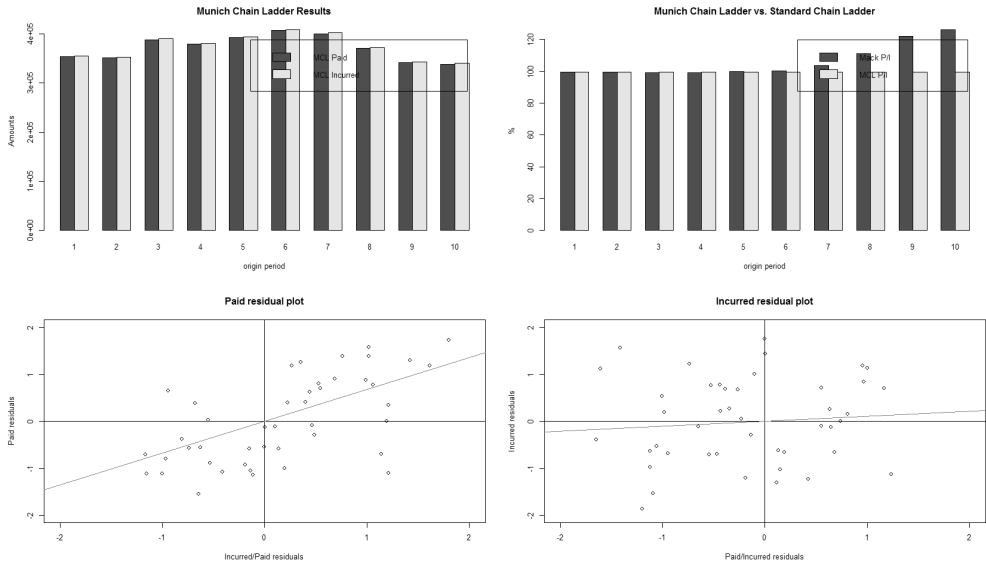
Latest Paid Latest Incurred Latest P/I Ratio Ult. Paid Ult. Incurred Ult. P/I Ratio
1      353,584      355,363      0.995 353,584      355,363      0.995
2      350,523      352,193      0.995 350,781      352,558      0.995
3      385,224      389,436      0.989 387,875      389,681      0.995
4      373,325      379,706      0.983 378,609      380,371      0.995
5      382,738      392,802      0.974 392,252      394,124      0.995
6      386,725      406,503      0.951 406,450      408,393      0.995
7      367,357      400,540      0.917 400,212      402,144      0.995
8      317,972      369,328      0.861 370,281      372,098      0.995
9      246,803      335,507      0.736 341,172      342,875      0.995
10     126,288      329,236      0.384 338,227      339,913      0.995

Totals
      Paid Incurred P/I Ratio
Latest: 3,290,539 3,710,614      0.89
Ultimate: 3,719,441 3,737,520      1.00
```

Źródło: ekran programu R.

Za pomocą funkcji `plot()` można porównać metody CL oraz MCL, jak również wykonać analizę reszt modelu.

Rysunek 7. Wykres generowany dla metody MCL



Źródło: ekran programu R.

Kolejną stosowaną metodą była metoda GLM. Wyniki dla funkcji `glmReserve()` dla trójkąta PLT przedstawia Rysunek 8.

Rysunek 8. Wyniki dla metody GLM

```
> GLM
  Latest Dev.To.Date Ultimate  IBNR      S.E      CV
2  350523  0.9993471  350752    229  464.3474  2.02771788
3  385224  0.9952720  387054   1830 1187.4583  0.64888432
4  373325  0.9889902  377481   4156 1700.7849  0.40923602
5  382738  0.9727643  393454  10716 2650.8531  0.24737338
6  386725  0.9433882  409932  23207 3867.6316  0.16665797
7  367357  0.8866825  414305  46948 5552.4815  0.11826875
8  317972  0.7800907  407609  89637 8024.2919  0.08951986
9  246803  0.6070026  406593 159790 11982.6054  0.07498971
10 126288  0.3050280  414021 287733 22428.0768  0.07794753
total 2936955  0.8247089  3561202 624247 30832.5263  0.04939155
```

Źródło: ekran programu R.

Poza głównymi informacjami o wielkości rezerwy IBNR i błędach szacunku, w prosty sposób można uzyskać informacje dotyczące wyników działania standardowej funkcji `glm()`.

## Rysunek 9. Wyniki dla metody GLM – parametry strukturalne modelu

```

> summary(GLMmodel)

Call:
glm(formula = value ~ factor(origin) + factor(dev), family = fam,
    data = ldaFit, offset = offset)

Deviance Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-30.698  -14.131  -2.018   13.057   39.727

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  11.588524   0.040888 283.421 < 2e-16 ***
factor(origin)2 -0.008041   0.051794  -0.155 0.877489
factor(origin)3  0.090443   0.050637   1.786 0.082506 .
factor(origin)4  0.065399   0.051048   1.281 0.208340
factor(origin)5  0.106844   0.050796   2.103 0.042484 *
factor(origin)6  0.147870   0.050751   2.914 0.006105 **
factor(origin)7  0.158482   0.051518   3.076 0.003990 **
factor(origin)8  0.142187   0.053672   2.649 0.011908 *
factor(origin)9  0.139692   0.058005   2.408 0.021275 *
factor(origin)10 0.157796   0.073551   2.145 0.038740 *
factor(dev)2    -0.010061   0.029810  -0.338 0.737684
factor(dev)3    -0.566599   0.036779 -15.406 < 2e-16 ***
factor(dev)4    -1.051402   0.046362 -22.678 < 2e-16 ***
factor(dev)5    -1.482313   0.064812 -25.960 < 2e-16 ***
factor(dev)6    -2.340274   0.095993 -24.380 < 2e-16 ***
factor(dev)7    -2.933742   0.143040 -20.510 < 2e-16 ***
factor(dev)8    -3.882731   0.263858 -14.715 < 2e-16 ***
factor(dev)9    -4.315592   0.406793 -10.609 1.25e-12 ***
factor(dev)10   -6.146107   1.430109  -4.298 0.000125 ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for Tweedie family taken to be 472.0577)

Null deviance: 2379116 on 54 degrees of freedom
Residual deviance: 16899 on 36 degrees of freedom
AIC: NA

Number of Fisher Scoring iterations: 4

```

Źródło: ekran programu R.

Ten wydruk podaje szczegółowe wartości parametrów strukturalnych modelu GLM dla okresu opóźnienia. Ponadto podawany jest średni błąd szacunku dla każdego parametru oraz wyznaczana jest wartość p-value. Widać zatem, które z parametrów są istotne w modelu, a które nie. Algorytm uzyskał zbieżność w czterech krokach.

W ostatnim etapie przykładu zastosowano metodę BCL. Wyniki generowane na ekranie to średnia rezerwa IBNR uzyskana jako średnia z wygenerowanego ciągu 99 rezerw.

## Rysunek 10. Wyniki dla metody BCL

```

> BCL
BootChainLadder(Triangle = PersonalAutoPaid, R = 999, process.distr = c("gamma",
"od.pois"))

  Latest Mean Ultimate Mean IBNR SD IBNR IBNR 75% IBNR 95%
1  353,584          353,584           0           0           0
2  350,523          350,749           226           589           297           1,369
3  385,224          387,033           1,809           1,335           2,503           4,412
4  373,325          377,430           4,105           1,924           5,196           7,578
5  382,738          393,387           10,649           3,195           12,631           16,308
6  386,725          410,053           23,328           4,522           26,114           31,091
7  367,357          414,109           46,752           6,465           50,913           57,435
8  317,972          407,931           89,959           9,115           96,205           105,665
9  246,803          407,005           160,202           13,520           169,111           182,904
10 126,288          414,607           288,319           25,538           305,239           333,485

Totals
Latest:          3,290,539
Mean Ultimate:  3,915,887
Mean IBNR:      625,348
SD IBNR:        35,169
Total IBNR 75%: 648,446
Total IBNR 95%: 684,450

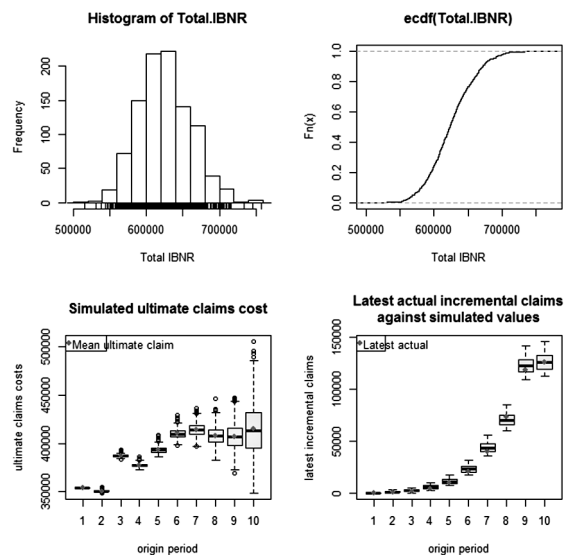
```

Źródło: ekran programu R.



Dodatkowo po zastosowaniu funkcji `plot()` widać między innymi histogram oraz dystrybuantę dla rezerwy IBNR.

Rysunek 11. Wykres generowany dla metody BCL



Źródło: ekran programu R.

## Podsumowanie

W artykule przedstawiono jedynie fragment możliwości pakietu {ChainLadder}. Projekt związany z rozwojem tego oprogramowania jest kontynuowany. Zasadniczo nie jest on konkurencyjny w stosunku do komercyjnego oprogramowania stosowanego w zakładach ubezpieczeń, mimo iż posiada podobną funkcjonalność. To jednak doskonałe uzupełnienie w analizach, gdyż dodawane są nowe metody szacowania IBNR będące efektem najnowszym prac badawczych naukowców. Przykładem jest analiza zależności pomiędzy trójkątami szkód, dla różnych grup ubezpieczeniowych uwzględniana w metodzie nazwanej wielowymiarową metodą CL.

## Wykaz źródeł

- Biecek P., *Przewodnik po pakiecie R.*, Wydawnictwo GIS, 2008.
- Bijak W., Pawlak M., Smętek M., *Analiza rezerw w oparciu o trójkąty szkód – badanie wstępne dla polskiego rynku ubezpieczeń*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej Imienia Oskara Langego we Wrocławiu 990, 2003, s. 432–441.
- Christofides S., *Regression models based on log-incremental payments*, „Claims Reserving Manual” 2/1990, Institute of Actuaries, London.
- England P., Verrall R., *Analytic and bootstrap estimates of prediction errors in claim reserving*, „Insurance: Mathematics and Economics”, 25/1999, s. 281–293.

- Mack T., *Distribution-free calculation of the standard error of chain ladder reserve estimates*, „Astin Bulletin” 23/2, 1993, s. 213–225.
- Mack T., *The standard error of chain ladder reserve estimates: Recursive calculation and inclusion of a tail factor*, „Astin Bulletin” 29/2, 1999, s. 361–366.
- McCullagh P., Nelder J.A., *Generalized Linear Models*, 2nd ed., Chapman and Hall, 1989.
- Murphy D.M., *Unbiased Loss Development Factors*, Proceedings of the Casualty Actuarial Society Casualty Actuarial Society – Arlington, Virginia 1994, LXXXI, 154–222.
- Quarg G., Mack T., *Blätter der Deutschen Gesellschaft für Versicherungs- und Finanzmathematik*, 26/4 2004, s. 597–630.
- Pobłocka A., *Wybrane metody kalkulacji rezerwy IBNR*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu 1197, 2008, s. 368–376.
- R Core Team, *R: A language and environment for statistical computing*, R Foundation for Statistical Computing, Austria 2012.
- Renshaw A.E., Verrall P., *A stochastic model underlying the chain ladder technique*, „British Actuarial Journal” 4/1998, s. 903–923.
- Tweedie M.C.K., *An index which distinguishes between some important exponential families*, [in:] Ghosh J.K. Roy, J., *Statistics: Applications and New Directions*, Proceedings of the Indian Statistical Institute Golden Jubilee International Conference, Calcutta: Indian Statistical Institute, 1984, s. 579–604.
- Wieteska S., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładów ubezpieczeń. Teoria i praktyka*, Branta Oficyna Wydawnicza, 2004.
- Wolny A., *Podejście aktuarialne do kalkulacji rezerwy szkodowej, Statystyczne zaawansowane metody kalkulacji rezerwy szkodowej, [w:] Metody kalkulacji ryzyka rezerw szkodowych w ubezpieczeniach majątkowo-osobowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, 2005.
- Wüthrich M.V., Merz M., *Stochastic Claims Reserving Methods in Non-Life Insurance*, John Wiley & Sons, England 2008.
- Zhang Y., *A general multivariate chain ladder model*, „Insurance: Mathematics and Economics” 46/2010, s. 588–599.

## Possibilities of R software in estimating the IBNR reserve

*The reserve for incurred but not reported losses (IBNR) is an important item in the insurance fund of non-life insurance companies. The literature devoted to this topic abounds in methods in which the IBNR reserve can be estimated, in which various techniques of statistical modelling, data analysis and data mining are used. The review of methods used to calculate the reserve in question is widely discussed in the literature. The aim of this article is to make the reader acquainted with the possibilities of using {ChainLadder} package of R software in analysis of loss ratio development and estimation of the IBNR reserve.*

**Key words:** IBNR reserve, Chain Ladder, GLM, bootstrap, R software.

**DR ALICJA WOLNY-DOMINIAK** – adiunkt w Katedrze Metod Statystyczno-Matematycznych w Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.

JOANNA IWKO

## Koszty jakości a wartość konsumencka usług ubezpieczeniowych

*Jakość oferowanych produktów i usług jest coraz częściej utożsamiana z wartością wytwarzaną i dostarczaną klientowi, która powinna być również w jakiś sposób zmierzona. Jedną z metod jej pomiaru jest określenie wielkości obniżenia jakości wskutek wystąpienia różnego typu czynników ludzkich, technicznych i organizacyjnych, a tym samym niewłaściwego wykorzystania zasobów będących do dyspozycji danego zakładu ubezpieczeń, czyli określenie tzw. kosztów jakości.*

*W niniejszym opracowaniu zaprezentowano pojęcie wartości konsumenckiej i jej odniesienie do usług oferowanych przez zakłady ubezpieczeń. Położono nacisk na te korzyści, które odnoszą się do cech i właściwości usług oferowanych przez zakłady ubezpieczeń, które z kolei są związane z obsługą, wynikają z dodatkowych udogodnień oraz są czerpane z prestiżu i zaufania do zakładu ubezpieczeń. Powyższa analiza ukazała zakład ubezpieczeń jako specyficzny zbiór procesów, które kreują wartość dla klienta. Podejście procesowe pozwala również na potraktowanie zakładu ubezpieczeń jako systemu działań tworzących wartość i nietworzących wartości dla klienta. Te ostatnie powodują marnotrawstwo zasobów zakładu ubezpieczeń, które stanowi element kosztów jakości.*

**Słowa kluczowe:** wartość konsumencka, usługa ubezpieczeniowa, jakość, podejście procesowe, koszty jakości.

### Wprowadzenie

Punktem wyjścia dla decyzji podejmowanych w zakładzie ubezpieczeń powinien być klient, który oczekuje usługi wysokiej jakości, spełniającej jego potrzeby. Pojęcie jakości usługi ubezpieczeniowej należy utożsamiać ze stopniem, w jakim czynności składające się na tę usługę spełniają oczekiwania i wymagania klienta.<sup>1</sup> Oczekiwania te zostaną spełnione, jeżeli oferowane produkty będą spełniać podstawowe zasady ochrony ubezpieczeniowej, do których należą: zasada powszechności,

---

1. J. Łańcucki, *Zarządzanie jakością w zakładzie ubezpieczeń*, [w:] J. Garczarczyk (red.), *Zarządzanie jakością usług w instytucjach finansowych w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej Poznaniu, Poznań 2004, s. 38.

pełności, pewności, realności i szybkości wypłaty odszkodowań i świadczeń.<sup>2</sup> W im większym stopniu zasady te zostaną spełnione, tym wyższa będzie jakość oferowanej usługi, gdyż są one jednocześnie najważniejszymi elementami jakości usług ubezpieczeniowych i kryteriami jej oceny. Jakość oferowanych produktów i usług jest coraz częściej utożsamiana z wartością wytwarzaną i dostarczaną klientowi, która powinna być również w jakiś sposób zmierzona. Jedną z metod jej pomiaru jest określenie wielkości utraty jakości wskutek różnych przyczyn ludzkich, technicznych i organizacyjnych, a tym samym niewłaściwego wykorzystania zasobów będących do dyspozycji danego zakładu ubezpieczeń, czyli określenie tzw. kosztów jakości. Pojęcie wartości tworzonej i dostarczanej klientowi wyrosło na bazie integracji jakości i marketingu, która w pewnym momencie znalazła również wyraz w normie ISO 9001:2000, gdzie klient jest obecny zarówno po stronie wymagań, jak i po stronie rezultatu w procesie zarządzania jakościowego.

W niniejszym opracowaniu zostanie zaprezentowane pojęcie wartości konsumenckiej i jej odniesienie do usług oferowanych przez zakłady ubezpieczeń. Jednocześnie nacisk położony jest na te korzyści, które odnoszą się do cech i właściwości usług oferowanych przez zakłady ubezpieczeń, które są związane z obsługą, wynikają z dodatkowych udogodnień oraz są czerpane z prestiżu i zaufania do zakładu ubezpieczeń. Pozwoli to spojrzeć na zakład ubezpieczeń jako na specyficzny zbiór procesów, które kreują wartość dla klienta. Podejście procesowe pozwala również na potraktowanie zakładu ubezpieczeń jako systemu działań tworzących wartość i nietworzących wartości dla klienta. Te ostatnie powodują marnotrawstwo zasobów zakładu ubezpieczeń, które stanowi element tzw. kosztów jakości. Dzięki temu zostanie zrealizowany cel opracowania, jakim jest próba przedstawienia kosztów jakości w kontekście wartości konsumenckiej usług ubezpieczeniowych.

## 1. Wartość konsumencka w usługach ubezpieczeniowych

Każdy współcześnie działający zakład ubezpieczeń, oferując swoje usługi, proponuje zarazem korzyści, jakie może otrzymać klient przy zakupie określonego produktu, które można określić mianem wartości oferowanej klientowi. W przypadku usług ubezpieczeniowych wartością jest głównie sprzedawana ochrona finansowa, której cena jest wyrażona w składce ubezpieczeniowej. Na dzisiejszym rynku klienci oczekują od zakładów ubezpieczeń nie tylko wartości w postaci bezpieczeństwa finansowego, ale również zaspokojenia ich coraz bardziej wysublimowanych oczekiwań i potrzeb, profesjonalnej obsługi, jakości na każdym poziomie ceny, etyki i odpowiedzialności w stosunku do klientów, pracowników i całego otoczenia. Zatem wartość jest subiektywną oceną poziomu zaspokojenia potrzeb klienta, która stanowi kombinację jakości, obsługi i ceny. Zakład ubezpieczeń oferuje swoim klientom określone produkty. Produkt ubezpieczeniowy rozumiany jest jako efekt całego procesu tworzenia wartości w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym.<sup>3</sup> Istotne dla procesu tworzenia wartości w tego rodzaju przedsiębiorstwie są, poza etapem zawierania umowy i wypłaty świadczeń, również etapy koncepcyjnego i rynkowego wykreowania produktu.<sup>4</sup> Zgodnie

---

2. B. Nowotarska-Romaniak, *Jakość usługi ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, s. 41.

3. J. Plichta, *Wielowymiarowa struktura produktu ubezpieczeniowego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1995, nr 1–2/A, s. 6.

4. A. Karmańska, *Rachunkowość zarządcza ubezpieczyciela. Modelowanie na podstawie rachunku kosztów działań*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 66.

z tzw. trójwarstwową koncepcją produktu ubezpieczeniowego reprezentowaną przez M. Hallera<sup>5</sup>, ochrona ubezpieczeniowa stanowi jedynie rdzeń produktu nadbudowany przez świadczenia podstawowe i dodatkowe, które przyczyniają się do materializacji abstrakcyjnej ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie finalnie decydują o sukcesie rynkowym produktu. Dla klienta oprócz ochrony ubezpieczeniowej ważna jest również wartość dodatkowa, jaką otrzymuje od usługodawcy. Wartość tę można określić jako wartość konsumentką, czyli zbiór korzyści, jakie otrzymuje klient wraz z oferowaną usługą<sup>6</sup> (rys. 1). Obejmuje ona cztery kategorie korzyści:

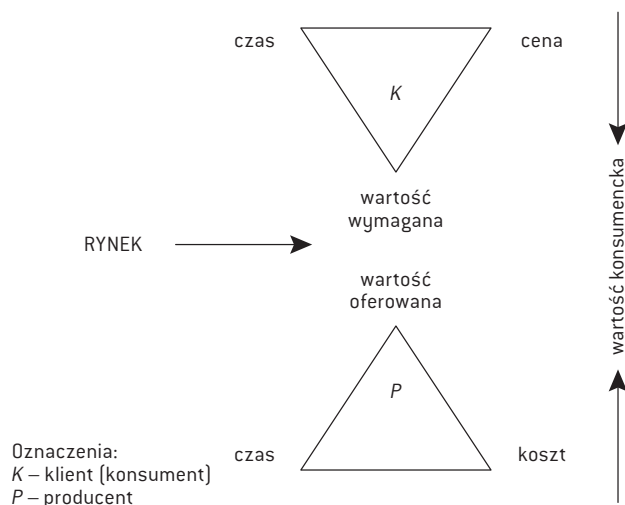
- 1) korzyści odniesione do cech i właściwości oferowanej usługi,
- 2) korzyści związane z obsługą,
- 3) korzyści wynikające z dodatkowych udogodnień,
- 4) korzyści czerpane z prestiżu i zaufania do usługodawcy.

Korzyści odniesione do cech i właściwości oferowanej usługi ubezpieczeniowej wiążą się z jej funkcjonalnością, czasem i wysokością składki ubezpieczeniowej. Usługa musi być dostarczona we właściwym czasie i bez żadnych defektów.

Klienta coraz bardziej interesuje nie tylko sama usługa, ale także cały proces jej świadczenia. Dlatego tak ważna jest obsługa klienta na każdym etapie procesu świadczenia usługi ubezpieczeniowej. Szczególnie istotne są tu kompetencje personelu, czyli ich wiedza i umiejętności oraz dogodny czas otwarcia placówek czy też dostępu do infolinii i informacji na temat oferowanych produktów.

Klient jako korzyści traktuje również dodatkowe udogodnienia, polegające m.in. na sposobie dostarczenia usługi. Można do nich zaliczyć np. możliwość zakupu ubezpieczenia przez telefon lub Internet czy uproszczone procedury likwidacji szkód.

Rys. 1. Wartość konsumentką w trójkątach konkurencyjności



Źródło: Z. Zymonik, *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2002, s. 127.

5. M. Haller, *Produkt und Sortimentsgestaltung*, w: *Handwörterbuch der Versicherung*, red. D. Farny i inni, VWW, Karlsruhe 1998, s. 563.

6. Z. Zymonik, *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2002, s. 126.

Prestiż i zaufanie do zakładu ubezpieczeń to w dzisiejszych czasach jedne z najważniejszych korzyści niematerialnych, które klient decyduje się nabyć wraz z usługą ubezpieczeniową. Z uwagi na niskie zaufanie klientów do zakładów ubezpieczeń<sup>7</sup> oraz obecne trendy rynkowe, chcąc poprawić swój wizerunek i zmienić kulturę organizacyjną, zakłady ubezpieczeń poddają się certyfikacji na zgodność z normami ISO serii 9000<sup>8</sup> czy też podejmują działania z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu<sup>9</sup>.

W tabeli 1 podano przykłady czynników, które mogą stanowić korzyści dla klientów usług ubezpieczeniowych dostarczonych przez zakłady ubezpieczeń, w odniesieniu do cech i właściwości oferowanej usługi, związane z obsługą klienta, wynikające z dodatkowych udogodnień dla klienta oraz czerpane z prestiżu i zaufania do zakładu ubezpieczeń.

Tabela 1. Korzyści z usługi ubezpieczeniowej dostarczanej klientowi przez zakłady ubezpieczeń

Korzyści			
Odniesione do cech i właściwości oferowanej usługi ubezpieczeniowej	Związane o obsługą klienta	Wynikające z dodatkowych udogodnień dla klienta	Czerpane z prestiżu i zaufania do zakładu ubezpieczeń
<ul style="list-style-type: none"> <li>– jasne i przejrzyste o.w.u.,</li> <li>– zniżki w składce ubezpieczeniowej,</li> <li>– marka produktu,</li> <li>– zakres ochrony ubezpieczeniowej,</li> <li>– ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,</li> <li>– czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,</li> <li>– czynniki odróżniające produkt od produktów oferowanych przez konkurencję.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– czas oczekiwania na załatwienie sprawy,</li> <li>– forma i termin zapłaty składki ubezpieczeniowej,</li> <li>– sposób zawarcia umowy ubezpieczenia,</li> <li>– sposób likwidacji szkody [m.in. procedury],</li> <li>– kompetencje i życzliwość personelu,</li> <li>– dostępność informacji o oferowanych produktach.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– możliwość dostosowania oferty do indywidualnych potrzeb klienta,</li> <li>– dostępność kanałów dystrybucji dostosowanych do potrzeb klienta [placówki, pośrednicy, Internet, infolinia 24h],</li> <li>– gratyfikacje dla stałych klientów</li> <li>– uproszczone procedury/krótki czas likwidacji szkód,</li> <li>– obsługa bez konieczności osobistego kontaktu w placówce,</li> <li>– zniżki na zakup kolejnego ubezpieczenia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wypłacalność,</li> <li>– certyfikaty jakości,</li> <li>– kodeksy dobrych praktyk i kodeksy etyczne,</li> <li>– wizerunek,</li> <li>– społeczna odpowiedzialność biznesu (CSR).</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Każdy klient kupując wybrany przez siebie produkt – ubezpieczenie, chciałby jak najwięcej osiągnąć w odniesieniu do tego, na czym mu zależy. Jeśli ceni wygodę, to woli, aby zakup produktu był prosty [zakup w domu za pośrednictwem agenta lub przez Internet]; jeśli zależy mu na niskiej cenie, to dąży do tego, by kupić produkt po możliwie najniższej cenie przy tych samych ogólnych warunkach ubezpieczeń, np. ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpiecze-

7. Z diagnozy społecznej 2011 wynika, iż jedynie 26 proc. badanych ma zaufanie do zakładów ubezpieczeń i zaufanie to z roku na rok spada. Szerzej: T. Szumlicz, *Stosunek do instytucji finansowych*, [w:] J. Czapiński, T. Panek [red.], *Diagnoza społeczna 2011*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011, s. 193.
8. Firmy ubezpieczeniowe w Polsce, które wdrożyły i poddały procesowi certyfikacji system jakości spełniający wymagania międzynarodowej normy ISO 9001, to m.in.: TU Compensa SA [1999 r.], HDI Asekuracja TU SA [2004 r.], Link4 [2007 r.].
9. Szerzej: J. Iwko, *Dobre praktyki biznesowe na polskim rynku usług ubezpieczeniowych jako efekt realizacji idei społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR)*, *Rozprawy Ubezpieczeniowe 2013* [w druku].

nie OC rolników, ubezpieczenie budynków rolnych (zniżki w składce ubezpieczeniowej); jeżeli ceni czas, chciałby dokonywać zakupu produktu możliwie jak najszybciej (zakup przez Internet czy telefon). W przypadku ubezpieczeń klienci otrzymują określone korzyści nie tylko w momencie zakupu określonego produktu, ale również w trakcie obsługi posprzedażowej, m.in. w przypadku likwidacji szkód. Tak więc klient, który wybrał firmę ubezpieczeniową ze względu na niską składkę, w momencie wystąpienia szkody otrzyma pełną rekompensatę poniesionej straty, jakiej się spodziewał, gdyż niska składka to też ograniczony zakres ochrony ubezpieczeniowej. Również klient, który chcąc zaoszczędzić czas, dokonał zakupu ubezpieczenia przez Internet, może w momencie zaistnienia szkody zostać zmuszony do pokonania dużych odległości w celu jej zgłoszenia czy zlikwidowania, z braku wystarczającej sieci placówek. Z uwagi na charakter usług ubezpieczeniowych oraz ich dużą złożoność nie jest możliwe, aby każdy klient otrzymał jednakową wartość, na której mu zależy, w stosunku do wszystkich produktów ubezpieczeniowych.

Podsumowując, w celu stworzenia wartości konsumenckiej zakłady ubezpieczeń nie muszą konkurować ze sobą w obrębie wszystkich właściwości, gdyż żaden z nich nie może odnieść sukcesu, starając się być dobrym we wszystkim i dla wszystkich. Niektóre zakłady ubezpieczeń zwiększają sprzedaż dzięki oferowaniu klientom niższej składki, inne budują swoją przewagę konkurencyjną w oparciu o długą tradycję i dobry wizerunek, jeszcze inne – szybką likwidacją szkód i uproszczonymi procedurami, gęstą siecią placówek na terenie kraju lub dostępem do informacji przez całą dobę. W wyborze opcji dotyczącej wartości konsumenckiej zakład ubezpieczeń powinien, biorąc pod uwagę posiadane zasoby, skupić się na pewnej wybranej wartości, którą może zaoferować klientowi. W przypadku zakładów ubezpieczeń główną wartością zawsze pozostaje ochrona ubezpieczeniowa i w dużej mierze za nią właśnie klient będzie skłonny zapłacić. Oferując wartość dla klienta niezbędne jest oszacowanie kosztów i korzyści jej towarzyszących, ponieważ zgodnie z podstawową zasadą biznesową – cena danej usługi musi być wyższa od kosztu jej wytworzenia i oferowania klientowi.

## 2. Podejście procesowe w zakładzie ubezpieczeń

Każdy zakład ubezpieczeń ma swój specyficzny zbiór procesów kreujących wartość dla klienta. Każdy proces składa się z szeregu pojedynczych działań, które po dodaniu tworzą wartość do zaoferowania klientowi.<sup>10</sup> Klienta jednak interesuje przede wszystkim rezultat tych procesów, a nie sposób dochodzenia do nich. Podejście procesowe jest szeroko opisywane w literaturze przedmiotu.<sup>11</sup> Wewnętrzne procesy gospodarcze można podzielić na trzy podstawowe grupy, w których kryterium podziału stanowi stadium rozwoju produktu<sup>12</sup> (rys. 2):

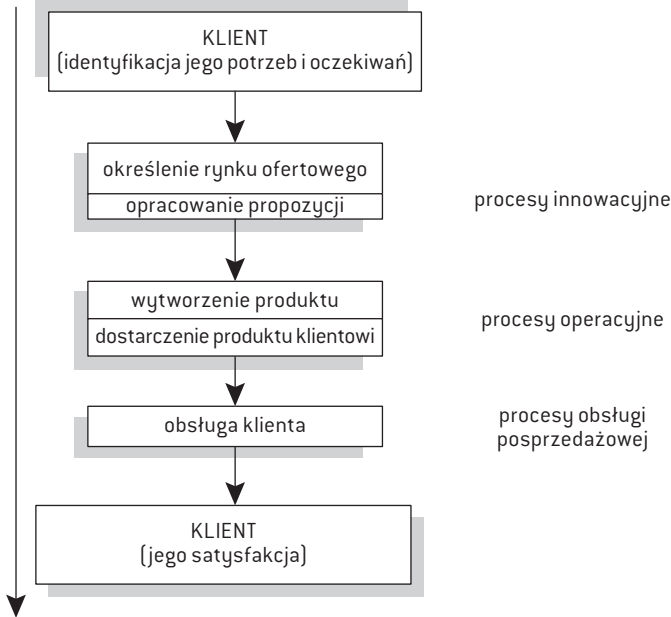
- 1) procesy innowacyjne,
- 2) procesy operacyjne,
- 3) procesy obsługi posprzedażowej.

10. M. Hammer, *Reinżynieria i jej następstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 15 i n.

11. Np. M. Hammer, J. Champy, *Reengineering w przedsiębiorstwie*, Neumann Management Institute, Warszawa 1996; M. Hammer, *Reinżynieria*, op.cit.; R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, i in.

12. R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Strategiczna ...*, op.cit., s. 99.

Rys. 2. Model łańcucha wartości kreowanej w procesach wewnętrznych przedsiębiorstwa



Źródło: R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 99, za: Z. Zymonik, *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2002, s. 135.

Procesy innowacyjne wiążą się z działaniami identyfikującymi nowe rynki, nowych klientów oraz nowe potrzeby dotychczasowych klientów, a także z pracami dotyczącymi projektowania i rozwijania produktów. W tych procesach mieszczą się wszelkie działania mające na celu szukanie szans na rozwój zakładu ubezpieczeń oraz gromadzenie informacji o rynkach i klientach.

Procesy operacyjne stanowią krótki odcinek łańcucha wartości konsumenckiej kreowanej przez zakład ubezpieczeń i obejmują wytworzenie produktu oraz dostarczenie go klientowi. Zauważyć tu można pewną powtarzalność tych procesów. Z uwagi na cechy charakterystyczne usług oraz istotną rolę klienta w procesie ich świadczenia, wytworzenie i dostarczenie nawet tego samego produktu różnym klientom dostarczy im różnej wartości.

Procesy obsługi posprzedażowej są ostatnim ogniwem łańcucha kreowania wartości. W przypadku usług ubezpieczeniowych ta grupa procesów wydaje się szczególnie ważna z uwagi na główny cel ubezpieczeń, jakim jest zapewnienie ochrony ubezpieczonym, ubezpieczającym i uposażonym z umów ubezpieczenia. Obsługa posprzedażowa to nie tylko obsługa ubezpieczenia do czasu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej bez względu na to, czy zaszło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową. Obsługa posprzedażowa trwa o wiele dłużej, bo aż do czasu zakończenia możliwości dochodzenia roszczeń z danej umowy ubezpieczenia, w tym m.in. likwidacji szkód czy też rozpatrywania skarg i zażaleń klientów (odnosi się to w szczególności do roszczeń z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej).

W ramach procesów związanych z cyklem życia produktu ubezpieczeniowego, tj. innowacyjnych, operacyjnych i obsługi posprzedażowej (faza przedprodukcyjna, produkcyjna i poprodukcyjna),



zakład ubezpieczeń powinien wyróżnić wszelkie pozycje kosztowe wynikające z prowadzonych działań w ramach tych faz.<sup>13</sup>

Podjęcie procesowe pozwala na potraktowanie zakładu ubezpieczeń jako systemu działań, które można podzielić na trzy grupy<sup>14</sup>:

- 1) działania, które tworzą wartość dla klienta,
- 2) działania, które nie tworzą wartości dla klienta, ale są niezbędne ze względu na spełnienie wymagań i nie mogą być natychmiast wyeliminowane,
- 3) działania, które nie tworzą wartości dla klienta i mogą być natychmiast wyeliminowane.

Działania nietworzące wartości dla klienta to zaistniałe błędy, które marnotrawią zasoby będące do dyspozycji zakładu ubezpieczeń. Marnotrawstwo związane z niespełnieniem wymagań jakościowych jest elementem **kosztów jakości**, które można odnieść do wszystkich obszarów związanych z całym cyklem życia produktu. Wydaje się, że szczególnie ważne są działania z obszaru procesów innowacyjnych, gdyż od nich rozpoczynają się kolejne etapy procesu i błędy tu wygenerowane będą rzutować na kolejne etapy działań. Natomiast do działań tworzących wartość dla klienta można zaliczyć przede wszystkim prawidłową kalkulację składki, poprawność gospodarki finansowej (rezerwy, margines wypłacalności, kapitały własne), co wpływa na realność usługi ubezpieczeniowej, bez której ubezpieczenia nie istnieją.

Omawiając procesy występujące w zakładzie ubezpieczeń, warto zwrócić uwagę na ich ważny element, jakim są pracownicy, najważniejszy zasób zakładu ubezpieczeń. Każdy pracownik w zakładzie ubezpieczeń może pełnić rolę odbiorcy, twórcy i dostawcy wartości w całym zbiorze działań ukierunkowanych na klienta. Jednak każdemu procesowi świadczenia usług towarzyszą zakłócenia, które są źródłem błędów i nie tworzą wartości dla klienta. Patrząc na proces od strony zakłóceń, czyli działań nietworzących wartości, można stwierdzić, że każdy pracownik w zakładzie ubezpieczeń może być odbiorcą, twórcą i dostawcą błędów. Skutkiem przepływu błędów przez kolejne działania w procesie jest marnotrawstwo zasobów wyrażone w postaci kosztów jakości, które bezpośrednio lub pośrednio obniżają przychody ze sprzedaży. W związku z tym, im szybciej zostaną wyeliminowane błędy będące wynikiem ludzkiej pracy, tym mniejsze będą ich koszty w kolejnych etapach procesu.

### 3. Koszty jakości w zakładzie ubezpieczeń

Większość polskich opracowań dotyczących kosztów jakości jest związana z działalnością produkcyjną.<sup>15</sup> W działalności usługowej, w tym również działalności ubezpieczeniowej, niewiele miejsca

---

13. Szerzej: M. Chmielowiec-Lewczuk, *Controlling i budżetowanie w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010, s. 300 i n.

14. J.P. Womack, D.T. Jones, *Odchudzenie firm. Eliminacja marnotrawstwa – kluczem do sukcesu*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2001, s. 46.

15. R. Kolman, *Inżynieria jakości*, PWE, Warszawa 1992; L. Wasilewski, *Metody kontroli jakości w przedsiębiorstwach przemysłowych*, PWE, Warszawa 1974; K. Cholewicka-Goździk, *Koszty jakości – miernik efektywności zarządzania*, „Podstawowe Problemy Techniki”, 1974, nr 2; E. Kindlarski, *Kontrola i sterowanie jakością*, Wydawnictwo Politechniki Warszawskiej, Warszawa 1979; T. Borys, B. Oyrzanowski, *Jakość dla producenta i konsumenta gospodarki narodowej*, PWE, Warszawa 1989; E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo

poświęca się badaniom i szacowaniu kosztów jakości. Jak wiadomo, chęć oferowania usług wysokiej jakości wymaga jednak nieustannego doskonalenia procesów oraz redukcji kosztów tych procesów.

W normie ISO 9004–3:1994 koszty jakości potraktowano jako środki do oceny efektywności systemu jakości (pkt. 6 „Wyniki ekonomiczne – koszty związane z jakością”). Dzieli ona koszty jakości na dwie grupy:

- koszty zewnętrznego zapewnienia jakości, które wiążą się z obiektywnymi dowodami wymaganej przez odbiorców jakości, m.in. z projektowaniem i wdrażaniem certyfikowanych systemów jakości oraz oceną produktów przez niezależne jednostki badawcze,
- koszty wewnętrznego zapewnienia jakości (tzw. koszty operacyjne), które dzielą się na:
  - koszty zgodności – koszty zaspokojenia wszystkich ustalonych i założonych potrzeb klienta, przy równoczesnym prawidłowym przebiegu procesu,
  - koszty niezgodności – koszty spowodowane nieprawidłowym przebiegiem procesu.

Koszty wewnętrznego zapewnienia jakości, czyli tzw. koszty operacyjne, są ważnym elementem w bieżącej działalności zakładu ubezpieczeń i powinny zostać objęte stałym monitoringiem przez jego zarząd. Dla firmy istotne jest określanie kosztów jakości, gdyż może ono służyć do:<sup>16</sup>

- identyfikowania obszarów wymagających udoskonalenia,
- eliminowania źródeł powstania błędów,
- określenia celów jakościowych na przyszłość,
- tworzenia innowacyjnych metod pomiaru satysfakcji klienta i postrzeganej przez niego jakości usług ubezpieczeniowych.

Koszty zgodności przyczyniają się do sukcesu zakładu ubezpieczeń, natomiast koszty niezgodności oznaczają marnotrawstwo zasobów firmy. Pojęcie niezgodności określa stopień, w jakim produkt odpowiada potrzebom użytkownika. Zatem niezgodność oznacza odchylenie od oczekiwań klienta i potocznie zwane jest błędem, stąd pojęcie kosztów niezgodności, czyli kosztów błędów (straty spowodowane brakiem zgodności z wymaganiami).

W normie PN-ISO 10014:2008 pt. „Zarządzanie jakością – Wytyczne do osiągnięcia korzyści finansowych i ekonomicznych” stwierdzono, iż identyfikacja kosztów i przyporządkowanie ich do trzech grup „kosztów zapobiegania, oceny i uszkodzeń” jest jedną z ważnych metod w doskonaleniu jakości.

Koszty jakości stanowią termin umowny, gdyż pojęcie to nie występuje w teorii kosztów. Do literatury przedmiotu umowne pojęcie kosztów jakości wprowadził J. Juran, następnie było ono rozwijane m.in. przez W. Massera, H. Freemana, A.V. Feigenbauma, J. Banka.<sup>17</sup> Zdaniem J. Banka

---

Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000; T. Wawak, *Ekonomiczne mierniki oceny jakości*, [w:] T. Wawak (red.), *Spoleczna, ekonomiczna i konsumencka ocena jakości*, Wydawnictwo EJB, Kraków 1997; K. Lisiecka, *Koszty jakości*, [w:] J. Bagiński (red.), *Menedżer jakości*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2000; A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998; S. Tkaczyk, *Inżynieria jakości a inżynieria materiałowa*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „Orgmasz”, Warszawa 2000; Z. Zymonik, *Koszty...*, op.cit.

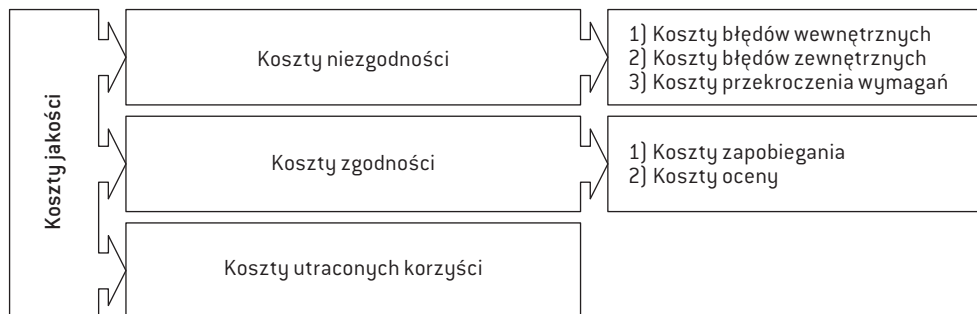
16. Szerzej: J. Gryc, *Koszty jakości i ich liczenie*, „Prawo i Rynek”, 2002, nr 12, s. 32.

17. M.in.: J. Juran, *Juran's quality control handbook*, McGraw Hill, New York 1988; W. Masser, *The Quality Management and Quality Costs*, Industrial Quality Control, October 1957; H. Freeman, *How to Put Quality Costs to Work*, 12th Metropolitan Section All Day Conference, September 1960; A.V. Feigenbaum, *Total Quality Control*, McGraw Hill, Inc., New York 1991; J. Bank, *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa 1996.

„koszty jakości” to wszystkie koszty związane z tworzeniem jakości<sup>18</sup>, do których należą trzy podstawowe kategorie kosztów (rys. 3):

- 1) koszty zgodności,
- 2) koszty niezgodności,
- 3) koszty utraconych korzyści.

Rys. 3. Koszty jakości wg J. Banka



Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Bank, *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa 1996, s. 112–113.

Koszty zgodności ujmują dwa elementy: zapobieganie i ocenę. Koszty zapobiegania (prewencji) są związane z czynnościami, które mają na celu niedopuszczenie do powstania błędów. Szczególne miejsce mają tu programy mające uświadomić pracownikom, czym jest jakość i dlaczego zajmuje ona tak ważne miejsce w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń. Natomiast koszty oceny to koszty ponoszone w związku z określeniem zgodności ze standardami jakościowymi.

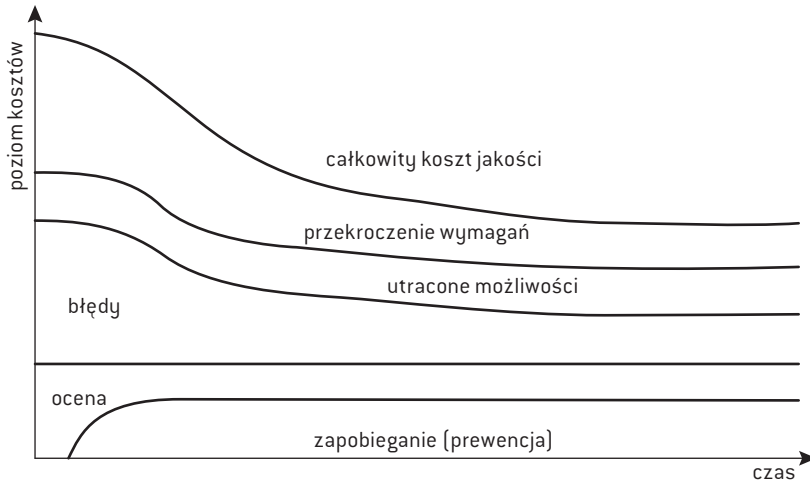
Kolejną dużą grupę kosztów jakości stanowią koszty niezgodności, w których można wyróżnić koszty błędów wewnętrznych związane z dokonaniem poprawek w usługach, zanim zostaną dostarczone odbiorcy, oraz koszty błędów zewnętrznych wynikające z poprawy usług po dostarczeniu ich odbiorcy. W grupie kosztów niezgodności zawierają się również tzw. koszty przekroczenia wymagań, czyli koszty związane z dostarczeniem informacji lub usług, które są niepotrzebne lub nieistotne, lub dla których nie ustalono żadnych wymogów. Ostatnia grupa kosztów jakości to koszty utraconych korzyści, do których zalicza się straty przychodów wynikające z utraty dotychczasowych klientów, utratę potencjalnych klientów oraz potencjalnego wzrostu obrotów, wynikającą z niedostarczenia usług na wymaganym poziomie.

Literatura przedmiotu w oparciu o badania przeprowadzone w przemyśle<sup>19</sup> zwraca uwagę, iż największą część w ogólnych kosztach jakości stanowią koszty błędów (aż do 65–70 proc.), koszty oceny to 20–25 proc., najmniejszy procent stanowią koszty zapobiegania (5–10 proc.). Tak więc, aby procentowy udział kosztów błędów uległ zmniejszeniu, powinno się zwiększyć nakłady na prewencję obejmującą wszystkie etapy realizacji usługi: marketing, projektowanie, sprzedaż i jej realizację, itp. Im wcześniej (w trakcie procesu powstawania i świadczenia usługi ubezpieczeniowej) zostaną wykryte błędy, tym mniejszy będzie ogólny koszt nieprawidłowości.

18. J. Bank, *Zarządzanie...*, op.cit., s. 111.

19. Ibidem.

Rys. 4. Relacje między wysokością kosztów zapobiegania a całkowitymi kosztami jakości



Źródło: opracowano na podstawie J. Bank, *Zarządzanie...*, op.cit., s. 111.

Na rysunku 4 ukazano zależność w czasie między wzrostem kosztów zapobiegania a spadkiem całkowitych kosztów jakości. Widać, iż uzasadniony wzrost wydatków na cele prewencyjne (*ex ante*) powoduje nie tylko spadek wydatków związanych z brakami (koszty *ex post*), ale też spadek sumy kosztów jakości jako całości.

W tabeli 2 przedstawiono przykłady działań występujących w zakładzie ubezpieczeń, tworzących koszty jakości w odniesieniu do usług ubezpieczeniowych.

Tabela 2. Przykłady działań tworzących koszty jakości w odniesieniu do usług ubezpieczeniowych

Koszty zgodności	
Koszty zapobiegania	Koszty oceny
<i>Koszty czynności mających na celu niedopuszczenie do powstania błędów</i>	<i>Koszty ponoszone w związku z określeniem zgodności ze standardami jakościowymi</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- opracowanie planu zapewnienia jakości,</li> <li>- tworzenie i wdrażanie programów poprawy jakości,</li> <li>- projektowanie, wdrażanie i utrzymanie systemu jakości,</li> <li>- szkolenie personelu w zakresie jakości,</li> <li>- motywowanie pracowników do dbania o wysoką jakość obsługi klientów,</li> <li>- ciągłe uświadamianie pracownikom wszystkich szczebli, czym jest jakość,</li> <li>- tworzenie procedur zmniejszających możliwość dostarczania usług niskiej jakości,</li> <li>- przeprowadzenie czynności kontrolnych w fazie projektowania nowych produktów,</li> <li>- analiza i ocena działań zapobiegawczych,</li> <li>- analiza i ocena zadowolenia klientów (np. poprzez badania ankietowe czy wywiady),</li> <li>- planowanie i prace grup promujących, analizujących i kontrolujących jakość,</li> <li>- koszty uzyskania prawidłowego wyniku „za pierwszym razem”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrole jakości w trakcie całego procesu tworzenia i realizacji usługi,</li> <li>- kontrole dopasowania usługi do wymagań i oczekiwań klientów,</li> <li>- kontrole zgodności z przyjętymi wymaganiami,</li> <li>- kontrole czasu realizacji usługi,</li> <li>- kontrole pracowników i pośredników ubezpieczeniowych,</li> <li>- kontrole dokumentacji związanej ze sprzedażą ubezpieczeń i likwidacją szkód,</li> <li>- kontrole skarg i zażaleń,</li> <li>- kontrole stosowania procedur,</li> <li>- kontrole przestrzegania przepisów prawa,</li> <li>- kontrole wykonania zaleceń KNF,</li> <li>- badania jakości obsługi klienta.</li> </ul>

Koszty niezgodności		
Koszty błędów wewnętrznych	Koszty błędów zewnętrznych	Koszty przekroczenia wymagań
<i>Koszty związane z dokonaniem poprawek w usługach, w których stwierdza się niezgodność ze standardami, zanim zostaną dostarczone odbiorcy</i>	<i>Koszty wynikające z poprawienia usług po dostarczeniu ich odbiorcy</i>	<i>Koszty związane z dostarczeniem informacji lub usług, które są niepotrzebne lub nieistotne, lub dla których nie ustalono żadnych wymagań</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– analiza i ocena przyczyn wystąpienia błędów,</li> <li>– przygotowanie nowych, bezbłędnych procedur,</li> <li>– powtórna kontrola,</li> <li>– poprawki w produktach,</li> <li>– wadliwe druki,</li> <li>– nieczytelne instrukcje,</li> <li>– błędne informacje, sprawozdania, raporty,</li> <li>– nadmierne zapasy dokumentów,</li> <li>– utracony czas personelu,</li> <li>– nieefektywne szkolenia,</li> <li>– przestoje w pracy wywołane awariami sprzętu,</li> <li>– reklama produktów, które na skutek stwierdzonych błędów nie zostały dopuszczone do sprzedaży.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– obsługa skarg i zażaleń,</li> <li>– nienależnie wypłacone odszkodowania i świadczenia z powodu pomyłki agenta lub likwidatora,</li> <li>– nienależnie przyznane zniżki w składce,</li> <li>– błędnie wystawione polisy,</li> <li>– błędnie wykonane kalkulacje szkód,</li> <li>– dodatkowe oględziny uszkodzonego mienia,</li> <li>– dodatkowe badania lub opinie lekarskie,</li> <li>– rozprawy sądowe z powodu niemożności polubownego rozstrzygnięcia sporów,</li> <li>– straty związane z odpowiedzialnością prawną za straty wynikające z błędów pracowników (wyroki sądowe, kary i odszkodowania),</li> <li>– odsetki za nieterminową realizację zobowiązań,</li> <li>– kary pieniężne nałożone przez organ nadzoru.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dostarczenie klientowi produktu, którym nie jest zainteresowany,</li> <li>– zbyt częste kontakty z klientami (telefoniczne, mailowe),</li> <li>– nadmiar materiałów informacyjnych o przesadnie bogatej szacie graficznej,</li> <li>– zbyttnia dbałość o wystrój placówek,</li> <li>– zbędne sprawozdania i raporty,</li> <li>– nadmiar wymaganych kopii dokumentów,</li> <li>– reklamowanie zakładu ubezpieczeń, który ma zły wizerunek.</li> </ul>
Koszty utraconych korzyści		
<i>Strata przychodów wynikająca z utraty dotychczasowych klientów</i>	<i>Utrata potencjalnych klientów</i>	<i>Utrata potencjalnego wzrostu obrotów wynikająca z niedostarczenia usług na wymaganym poziomie jakości</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– utrata klientów z powodu zbyt długiego czasu likwidacji szkody,</li> <li>– utrata klientów z powodu zbyt wysokich składek ubezpieczeniowych,</li> <li>– utrata klientów z powodu złej obsługi,</li> <li>– utrata klientów z powodu spadku zaufania do firmy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utrata klientów z powodu braku określonego produktu,</li> <li>– utrata klientów z powodu stawiania zbyt wygórowanych oczekiwań związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, np. z zabezpieczeniem mienia, z uciążliwymi badaniami lekarskimi,</li> <li>– utrata klientów z powodu braku określonego kanału dystrybucji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utrata klientów z powodu oferowania produktów nieodpowiadających ich potrzebom i oczekiwaniom,</li> <li>– utrata dochodu od klientów, którzy zrezygnowali z usług firmy,</li> <li>– utracone szanse (wielkość potencjalnego zysku, którego firma nie osiągnie z powodu złej opinii),</li> <li>– pozyskanie nowych klientów.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Identyfikacja przedstawionych powyżej kosztów jakości następuje wiele problemów. Źródłem danych o tych kosztach mogą być bazy danych dotyczące liczby błędów, liczby poprawek podczas kontroli czy czasu przeznaczanego na poprawianie błędów. Informacji o kosztach mogą również dostarczyć dane związane z personelem – przepracowane nadgodziny, zatrudnienie pracowników tymczasowych (np. ekspertów zewnętrznych), a także analiza skarg i zażaleń, raporty pochodzące z działów obsługi klienta, raporty z kontroli oraz dane pochodzące z zewnątrz (np. od klientów, Rzecznika Ubezpieczonych, Komisji Nadzoru Finansowego) i wiele innych. Precyzyjne określenie kosztów wiąże się także z badaniem satysfakcji klienta z usług ubezpieczeniowych.

Źródłem powstania kosztów jakości w zakładzie ubezpieczeń jest praca ludzka, sprzęt i wyposażenie, oprogramowanie, materiały, a także usługi obce ponoszone w związku z zatrudnieniem ekspertów zewnętrznych w danej instytucji oraz współpracą z wieloma instytucjami i podmiotami zewnętrznymi. Koszty jakości powinny być przedmiotem nieustannych pomiarów i analiz, ponieważ obserwacja rezultatów prowadzonego rachunku kosztów jakości i podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania wykrytych nieprawidłowości jest znaczącym źródłem oszczędności i tym samym prowadzi do poprawy wyników finansowych.

Rachunek kosztów związanych z jakością pozwala na porównanie nakładów poniesionych na jakość oraz skutków braku jakości w kategoriach finansowych. Nie zawsze jednak w prosty sposób można wyodrębnić koszty jakości spośród ogółu kosztów. Istnieje bowiem wiele obszarów, w których działania związane z jakością przenikają się z szeregiem innych działań dotyczących procesu świadczenia usług. Prowadzenie rachunku kosztów jakości może jednak pomóc zarządowi zakładu ubezpieczeń w podjęciu szeregu ważnych decyzji, również tych związanych z określeniem pożądanego poziomu kosztów jakości.

Każdy zakład ubezpieczeń funkcjonujący w warunkach konkurencyjnego rynku ma na celu maksymalizację zysku, zarówno poprzez zwiększanie przychodów, jak i redukcję kosztów. Wiele instytucji finansowych zainteresowanych jest opracowaniem i stosowaniem metod na rzecz redukcji kosztów zbędnych<sup>20</sup>. Do metod tych, w odniesieniu do zakładów ubezpieczeń, można zaliczyć:

- stworzenie centrów usług dla całego zakładu ubezpieczeń (centra finansowo-księgowo, centra obsługi prawnej, kadrowej, administracyjnej, centra zaopatrzeniowe, itp.),
- wdrożenie zintegrowanych systemów do obsługi klientów w zakresie polis i szkód, mających na celu m.in. zmniejszenie zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej,
- usprawnianie/upraszczanie procesu obsługi klientów,
- zwiększenie wydajności pracowników, m.in. poprzez szkolenia i nowoczesne rozwiązania techniczne,
- outsourcing np. usług związanych z likwidacją szkód.

Jednym ze sposobów redukcji kosztów może być opracowanie i stosowanie systemu rachunku kosztów jakości, a więc pomiaru, ewidencji, rozliczania, analizy i sprawozdawczości z tego zakresu. Rachunek stosowany jest w celu rozwiązania problemów związanych z jakością. W swej istocie prowadzi przede wszystkim do określenia kosztów osiągnięcia jakości, a także kosztów jej braku. Powinien zapewnić powiązanie kosztów jakości w przekroju rodzaju usług z miejscami ich powstania.

---

20. Szerzej: A. Kister, *Koszty jakości usług bankowych*, [w:] E. Nowak, M. Nieplowicz (red.), *Systemy zarządzania kosztami i dokonania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 216.

Na zakończenie warto dodać, iż zakład ubezpieczeń jest rodzajem przedsiębiorstwa, którego działalność w dużej mierze opiera się na utrzymaniu właściwych relacji z klientami, a z tym wiąże się generowanie kosztów. Oszacowanie elementów składowych kosztów jakości jest pierwszym krokiem w rozwikłaniu trudnych problemów jakości w zakładzie ubezpieczeń. Znajomość kosztów jakości może być pomocna w strategicznym zarządzaniu firmą. Koszty jakości powstają i powinny być liczone w całym cyklu życia produktu, tj. dla producenta usługi – zakładu ubezpieczeń [KP], dla pośredników i sprzedawców [KH] oraz dla użytkownika usługi – klienta zakładu ubezpieczeń [KK].<sup>21</sup> Stąd powstało pojęcie **społecznych kosztów jakości**, które wydaje się szczególnie ważne dla rynku usług ubezpieczeniowych. Klienci coraz częściej zdają sobie sprawę z tego, że cena zakupu produktu, nie wyłączając z tego kosztów związanych z wydatkowanym na jego zakup czasem, energią i zaangażowaniem, są dla nich tylko początkowym kosztem. Ważny jest koszt „eksploatacji” produktu w całym jego cyklu życia. Tańszy produkt, może w późniejszym okresie okazać się dla klienta o wiele droższy. Ma to szczególne znaczenie przy ubezpieczeniach, gdzie cena jest najczęściej niewspółmiernie niska w stosunku do ewentualnej „korzyści” w postaci wypłaconego odszkodowania bądź świadczenia w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego objętego umową. Stąd tym ważniejsze jest szacowanie kosztów jakości również dla klienta, który przy dokonywaniu wyboru konkretnego produktu ubezpieczeniowego nie powinien kierować się tylko ceną.

## Podsumowanie

Prowadząc rozważania nad wartością konsumencką, zakład ubezpieczeń należy potraktować jako zbiór procesów, w którym występują działania tworzące oraz takie, które nie tworzą wartości dla klienta. Do tych drugich działań należą m.in. takie, które są związane z odchyleniami od wymagań jakościowych, czyli z błędami. Koszty jakości, jako koszty niezgodności z wymaganiami jakościowymi, obniżają całkowitą wartość dla klienta i wiążą się z działaniami, za które klient nie chce zapłacić. Z jednej strony jest to marnotrawstwo zasobów zakładu ubezpieczeń na wytworzenie usługi niezgodnej z wymaganiami, a z drugiej konieczność poniesienia przez zakład ubezpieczeń kolejnych kosztów na poprawę jakości tej usługi. Stąd ważne jest, aby zakłady ubezpieczeń brały pod uwagę koszty związane z jakością oraz analizowały miejsca i przyczyny ich powstania w celu ich redukcji. Koszty jakości, jako element obniżający wartość konsumencką, można odnieść do wszystkich procesów zachodzących w zakładzie ubezpieczeń dotyczących całego cyklu życia produktu, tj. procesów innowacyjnych, operacyjnych i obsługi posprzedażowej. Dla klientów zakładów ubezpieczeń najważniejszy wydaje się efekt ostatniej grupy procesów, czyli obsługi posprzedażowej, przy której następuje ostateczna weryfikacja jakości usług ubezpieczeniowych w postaci ewentualnej wypłaty odszkodowania i świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.

Świadczeniu usług ubezpieczeniowych wysokiej jakości nieodłącznie towarzyszą koszty. Ich występowanie jest nieuniknione jako wyraz normalnej działalności każdego podmiotu, w tym również zakładu ubezpieczeń. Jednak, co warto podkreślić, niska jakość usług ubezpieczeniowych jest przyczyną o wiele wyższych kosztów i strat ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń

---

21. A. Kister, *Zarządzanie kosztami jakości*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 69.

w dalszej perspektywie oraz przez samych klientów. Do prowadzenia dalszych rozważań na temat kosztów jakości w zakładzie ubezpieczeń konieczne byłoby przeprowadzenie badań, czy koszty jakości są niezbędnym instrumentem wspomagającym podejmowanie decyzji menedżerskich w zakładzie ubezpieczeń oraz czy nakłady związane z działaniami mającymi na celu wyodrębnienie kosztów jakości z całkowitych kosztów wytworzenia nie okażą się tak wysokie, że nie zrekompensują ewentualnych korzyści.

## Wykaz źródeł

- Bank J., *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa 1996.
- Borys T., Oyrzanowski B., *Jakość dla producenta i konsumenta gospodarki narodowej*, PWE, Warszawa 1989.
- Cholewicka-Goździk K., *Koszty jakości – miernik efektywności zarządzania*, „Podstawowe Problemy Techniki”, 1974, nr 2.
- Chmielowiec-Lewczuk M., *Controlling i budżetowanie w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym*, [w:] Handschke J., Monkiewicz J. (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010.
- Feigenbaum A.V., *Total Quality Control*, McGraw Hill, Inc., New York 1991.
- Freeman H., *How to Put Quality Costs to Work*, 12th Metropolian Section All Day Conference, September 1960.
- Gryc J., *Koszty jakości i ich liczenie*, „Prawo i Rynek”, 2002, nr 12.
- Haller M., *Produkt und Sortimentsgestaltung*, [w:] *Handwörterbuch der Versicherung*, red. D. Farny i inni, VVW, Karlsruhe 1998.
- Hammer M., Champy J., *Reengineering w przedsiębiorstwie*, Neumann Management Institute, Warszawa 1996.
- Hammer M., *Reinżynieria i jej następstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Ilwko J., *Dobre praktyki biznesowe na polskim rynku usług ubezpieczeniowych jako efekt realizacji idei społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR)*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2013 (w druku).
- Juran J., *Juran's quality control handbook*, McGraw Hill, New York 1988.
- Kaplan R.S., Norton D.P., *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Karmańska A., *Rachunkowość zarządcza ubezpieczyciela. Modelowanie na podstawie rachunku kosztów działań*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Kindlarski E., *Kontrola i sterowanie jakością*, Wydawnictwo Politechniki Warszawskiej, Warszawa 1979.
- Kister A., *Zarządzanie kosztami jakości*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
- Kister A., *Koszty jakości usług bankowych*, [w:] Nowak E., Nieplowicz M. (red.), *Systemy zarządzania kosztami i dokonania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010.
- Kolman R., *Inżynieria jakości*, PWE, Warszawa 1992.
- Lisiecka K., *Koszty jakości*, [w:] J. Bagiński (red.), *Menedżer jakości*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2000.



- Masser W., *The Quality Management and Quality Costs*, Industrial Quality Control, October 1957.
- Plichta J., *Wielowymiarowa struktura produktu ubezpieczeniowego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe 1995”, nr 1–2/A.
- Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.
- Tkaczyk S., *Inżynieria jakości a inżynieria materiałowa*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „Orgmasz”, Warszawa 2000.
- Wasilewski L., *Metody kontroli jakości w przedsiębiorstwach przemysłowych*, PWE, Warszawa 1974.
- Wawak T., *Ekonomiczne mierniki oceny jakości*, [w:] T. Wawak (red.), *Spoleczna, ekonomiczna i konsumenta ocena jakości*, Wydawnictwo EJB, Kraków 1997.
- Womack J.P., Jones D.T., *Odchudzenie firm. Eliminacja marnotrawstwa – kluczem do sukcesu*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2001.
- Zymonik Z., *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2002.

## Costs of quality vs. consumer value of insurance services

*The quality of products and services offered is increasingly often associated with the value generated and delivered to the client, which should be also somehow measured. One of the ways of its measurement is to determine the degree to which the quality is reduced as a result of various human, technical and organisational factors, and, in consequence, incorrect use of the resources available to a given insurance company, i.e. to determine the so-called costs of quality.*

*This study presents the concept of consumer value and its reference to services offered by insurance undertakings. Emphasis has been put on those benefits which refer to features and characteristics of services offered by insurance undertakings, which, in turn, are connected with client service, result from additional improvements, and are derived from the prestige and trust to the insurance undertaking. The above-mentioned analysis shows the insurance company as a specific set of processes which create value for the client. In addition, thanks to the process approach the insurance company can be treated as a system of actions which create or do not create value for the client. The latter lead to waste of insurance company's resources, which constitutes an element of costs of quality.*

**Key words:** consumer value, insurance service, quality, process approach, costs of quality

**MGR INŻ. JOANNA IWKO** – doktorantka w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.



TOMASZ WIDŁAK

## Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012 r.

*Poniższa analiza poświęcona jest wybranym, zaistniałym w praktyce problemom orzekania w sprawach o zdarzenia medyczne przez działające od 1 stycznia 2012 r. wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, funkcjonujące na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z istnieniem obowiązku zawarcia przez szpitale umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jednym z głównych uczestników postępowania jest ubezpieczyciel szpitala. Poniżej przedstawiono wnioski na podstawie pierwszego roku funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku. Zwrócono uwagę zarówno na kwestie ogólne dotyczące konstrukcji pojęcia zdarzenia medycznego, jak i bardziej szczegółowe problemy natury dowodowej oraz proceduralnej, w tym zwłaszcza związane z problematyką głosowania nad orzeczeniem, złożenia przez podmiot wnioskujący ponownego wniosku w tej samej sprawie, a także wyrażono pogląd w zakresie możliwości orzeczenia zdarzenia medycznego z powodu braku przedstawienia w terminie stanowiska przez szpital lub ubezpieczyciela.*

**Słowa kluczowe:** zdarzenia medyczne, wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, postępowanie przed wojewódzką komisją, prawo medyczne, ubezpieczenia medyczne.

### Wprowadzenie

Pozasądowy system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych został wprowadzony ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze

Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.<sup>1</sup> Celem wprowadzenia tego szczególnego, alternatywnego dla drogi sądowej trybu kompensacyjnego było usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych z tzw. zdarzeń medycznych, których efektów doznali w następstwie udzielania im świadczeń zdrowotnych w szpitalach. Omawiana nowelizacja rodzi bardzo istotne konsekwencje z perspektywy problematyki ubezpieczeniowej; po pierwsze, w związku z powołaniem wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: wojewódzkie komisje) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b)]<sup>2</sup> nałożyła na wszystkie podmioty lecznicze prowadzące szpitale obowiązek zawierania ubezpieczeń na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, jako ubezpieczenia odrębnego od ubezpieczenia OC podmiotów leczniczych.<sup>3</sup> Po drugie, ubezpieczyciel szpitala, przeciwko któremu skierowano wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, jest stroną postępowania przed wojewódzką komisją [art. 67d ust. 6, art. 67i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej UPP<sup>4</sup>]. Po trzecie w końcu, ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji [art. 67k ust. 1 UPP]. Jednocześnie od czasu uchwalenia nowelizacji UPP, jeszcze zanim wojewódzkie komisje podjęły swoją działalność od dnia 1 stycznia 2012 r., szereg wprowadzonych przez ustawodawcę rozwiązań, zwłaszcza na tle proceduralnym, zostało poddanych krytyce<sup>5</sup>. Celem niniejszej analizy jest poczynienie wybranych spostrzeżeń i zwrócenie uwagi na niektóre problemy wynikłe w praktyce orzeczniczej pierwszego roku funkcjonowania systemu kompensacyjnego orzekania o zdarzeniach medycznych na podstawie doświadczeń jednej z wojewódzkich komisji – Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku (zwanej w dalszej części niniejszego artykułu Komisją).

## 1. Dane statystyczne<sup>6</sup>

W 2012 r. do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku (zwanej dalej Komisją) wpłynęły łącznie 33 nowe wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego oraz cztery wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy. Spośród nowych wniosków 23 zostały skierowane do dalszego procedowania (pozostałe 10 zwrócono wnioskodawcom bez rozpatrzenia jako niekompletne lub nienależycie opłacone). Na dzień 31 grudnia 2012 r. wydano jedno orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego, przy czym Komisja podtrzymała to rozstrzygnięcie na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy na wniosek podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. W siedmiu zakończonych sprawach wydano natomiast orzeczenie o braku zdarzenia medycznego, dwie sprawy

1. Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 660.
2. Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217.
3. Zob. W.W. Mogilski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 111–142; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1/2011, s. 59–73.
4. Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159.
5. Zob. m.in. obszernie praca zbiorowa pod red. E. Kowalewskiego, *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
6. Dane w oparciu o informacje udzielone przez Sekretariat Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku.

zostały umorzone, a w jednym przypadku zawieszono postępowanie. Reszta wniosków pozostawała na dzień 31 grudnia 2012 r. w toku rozpoznawania. Zarówno liczba przyjętych do rozpatrzenia wniosków, jak i wydanych orzeczeń była w 2012 r. umiarkowana. Wyraźny wzrost liczby nowych wniosków zaobserwowano pod koniec roku, co według przypuszczeń Komisji wiąże się głównie z faktem, że kognicja *ratione temporis* wojewódzkich komisji została ograniczona do zdarzeń, które nastąpiły po dniu wejścia w życie nowelizacji<sup>7</sup>, tj. po dniu 1 stycznia 2012 r.

## 2. Definicja zdarzenia medycznego

W myśl art. 67a UPP, zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego) lub diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby. Wystąpienie zdarzenia medycznego rodzi po stronie pacjenta roszczenie w postaci tzw. świadczenia (art. 67k ust. 7 UPP), obejmującego zarazem odszkodowanie i zadośćuczynienie, a zatem wyrównującego szkodę majątkową i niemajątkową, co stanowi jednoznaczne nawiązanie do cywilnoprawnych zasad odpowiedzialności<sup>8</sup>. Jednocześnie jednak jest niewątpliwie dobrym przykładem wypierania indywidualnej odpowiedzialności za szkodę przez bardziej efektywny system indemnizacji ubezpieczeniowej – procesu, na który wskazywał już ponad cztery dekady temu W. Warkało<sup>9</sup>. Problematyka tak zdefiniowanego zdarzenia medycznego, choćby w kontekście problemu przyczynowości<sup>10</sup>, jest jednakże dalece złożona i zasługuje z całą pewnością na odrębną analizę. W tym miejscu pozostaje przytoczyć jedynie niektóre wątpliwości podniesione przez członków Komisji pod adresem pojęcia zdarzenia medycznego, a będące skutkiem refleksji podjętej w związku z rozpatrywanymi do tej pory wnioskami.

W pierwszej kolejności trzeba zauważyć, że największe wątpliwości członków Komisji i zarazem trudności dowodowe budziły te spośród analizowanych wniosków, które dotyczyły zarzutu zaistnienia zdarzenia medycznego w postaci niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, w tym w szczególności wykonania w szpitalu zabiegu operacyjnego, wskutek którego następował rozstrój zdrowia pacjenta. Nawet w sprawach, w których wnioskodawca wskazywał, iż zdarzenie medyczne polegało na błędnej diagnozie, główny zarzut w toku rozpoznania sprawy sprowadzał się często do niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia. Stąd też, w wielu rozpatrywanych

7. Art. 4 w zw. z art. 5 cyt. wyżej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660.
8. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: E. Kowalewski, op. cit., s. 20.
9. W. Warkało, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 315–316.
10. Zob. E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: E. Kowalewski, op. cit., s. 229–257, a także szerzej na temat związku przyczynowego klasyczna monografia A. Koch, *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975; w najnowszej literaturze tematykę tę porusza E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2013.

sprawach Komisja stała przede wszystkim przed koniecznością dokonania prawidłowej interpretacji pojęcia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, a w związku z tym także odróżnienia rozstroju zdrowia mogącego wskazywać na przyczynę w postaci nieprawidłowego leczenia od powikłań mieszczących się w granicach dopuszczalnego ryzyka przeprowadzenia każdego zabiegu operacyjnego.

Ponadto w odczuciu większości członków Komisji, definicja zdarzenia medycznego została zbyt dalece zobiektywizowana, przede wszystkim w związku z oparciem jej o kryterium „aktualnej wiedzy medycznej”, co koreluje z obowiązkiem wykonywania przez lekarzy zawodu zgodnie m.in. ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej [a także z dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością] – zawartym w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>11</sup>. Członkowie Komisji w pełni zdają sobie sprawę z zamierzonego przez ustawodawcę obiektywnego charakteru tak zdefiniowanej odpowiedzialności podmiotów leczniczych prowadzących szpitale<sup>12</sup>, co samo w sobie jest słuszną propozycją ustawodawcy – zwłaszcza przy obserwowanej w orzecznictwie sądów tendencji do zaostrzania rygorów dowodowych, jeśli chodzi o dowód winy<sup>13</sup>. Jednakże w dotychczasowej praktyce orzeczniczej Komisji i w oczekiwaniach wnioskodawców granica pomiędzy obiektywnym „zdarzeniem medycznym” a subiektywnym, wymagającym rozważenia kwestii winy „błędem medycznym” zaciera się. W opinii niektórych członków Komisji rzadko dochodzi do sytuacji, w której szpital stosuje procedury medyczne w sposób jednoznacznie niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, pojmowaną jako pewien standard minimalny. Dużo większe znaczenie i wpływ na zaistnienie ujemnych skutków w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała albo chociażby zwiększenia ryzyka wystąpienia dopuszczalnego poziomu powikłań ma stopień staranności postępowania personelu medycznego. W niektórych wypadkach Komisja stwierdziła w sposób jednoznaczny niedbałe postępowanie, które jednak nawet w opiniach biegłych kwalifikowało się jako zgodne z minimalnymi standardami aktualnej wiedzy medycznej, choć oczywiście było, że działanie lekarza nie tylko mogłoby podlegać ujemnej ocenie z perspektywy odpowiedzialności cywilnoprawnej, ale także rodzić odpowiedzialność zawodową. Dla przykładu w sprawie o sygn. 14/Gd/2012, w której orzeczenie o braku zdarzenia medycznego zapadło większością 3/4 głosów członków składu orzekającego, ustalono, że u pacjenta, u którego rozpoznano zakażenie rany pooperacyjnej w stanie po operacji żyłaków kończyny dolnej, zastosowano zgodne z aktualną wiedzą medyczną standardowe postępowanie i leczenie polegające na włączeniu stosownych środków farmakologicznych, w tym antybiotyku, oraz elewacji

---

11. Tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.

12. Należy w tym zakresie zasadniczo podzielić zdanie wyrażone przez D. Karkowską w komentarzu do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [LEX, 2012]: „Komisja wojewódzka nie orzeka o kwestii rozmiaru szkody ani winy, ale ustala, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. [...] Zdarzenie medyczne to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej; jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie nauk medycznych. Ustalenie zdarzenia medycznego wymaga odwołania się do specjalistycznej wiedzy medycznej”. Podobnie U. Drozdowska podkreśla, że w przypadku zdarzenia medycznego mamy do czynienia z oceną w perspektywie jedynie przesłanki bezprawności (w szerokim rozumieniu), ujmowanej także w literaturze jako obiektywny element winy – U. Drozdowska, *Zdarzenie medyczne*, hasło w: A. Górski (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2012, s. 302–305.

13. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 74.

kończyny, nie poświęcając jednak temu przypadkowi większej, należnej mu uwagi. Postępowanie takie spełniało minimalne standardy postępowania w tego rodzaju przypadkach i musiało zostać ocenione jako zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Jednakże jeden z członków składu orzekającego zgłosił zdanie odrębne, w którym podniósł brak wyjaśnienia dokładnych przyczyn stanu chorobowego i natury zakażenia, a także brak zlecenia dodatkowych badań umożliwiających ocenę przestrzeni podskórnych i głębokich goleni, a w konsekwencji przeprowadzenie wskazanego w tym wypadku z należytą starannością różnicowania diagnostycznego, co miało wpływ na dalszy przebieg leczenia i wystąpienie późniejszych powikłań chorobowych.

Wyrażono obawę, że orzekanie o zdarzeniach medycznych może przy takiej konstrukcji definicji, uwzględniającej zgodność postępowania z aktualną wiedzą medyczną pojmowaną jako kryterium minimalne, ograniczyć się w praktyce jedynie do przypadków dowodowo tak ewidentnych, jak np. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w wyniku złamania procedur sterylizacji sprzętu medycznego. Istnieje obawa, że w takich warunkach, w oczach poszkodowanych pacjentów tryb dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami z pewnością nie spełni swojej roli jako alternatywa dla wytoczenia powództwa cywilnego przed sądem powszechnym.

### 3. Problem niektórych środków dowodowych oraz terminów

W zakresie problematyki dowodowej trzeba tytułem wstępu przypomnieć, że szeroko znaną i akceptowaną na gruncie orzecznictwa sądów z zakresu błędów medycznych i zakażeń szpitalnych jest tendencja do łagodzenia surowości standardu dowodu poprzez obniżenie wymaganego stopnia pewności czy też prawdopodobieństwa związku przyczynowego w stosunku do ogólnych reguł dowodowych.<sup>14</sup> W pełni słuszna jest obserwacja, że w sprawach, w których mamy do czynienia z pogorszeniem lub utratą ludzkiego zdrowia i życia, udowodnienie ponad wszelką wątpliwość istnienia związku przyczynowego między takimi skutkami a działaniami leczniczymi podejmowanymi przez personel medyczny bywa niemożliwe.<sup>15</sup> Jak podkreśla się w literaturze, w procesach lekarskich często spotykane są „równoległe ciągi przyczynowe”, które mogą stanowić alternatywne wyjaśnienie wystąpienia czynników co najmniej przyczyniających się do powstania szkody w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub śmierci pacjenta.<sup>16</sup> W związku z tym judykatura przyjmuje na ogół, że w tego typu sprawach nie jest konieczne udowodnienie pewności istnienia związku przyczynowego, natomiast wystarczające jest udowodnienie dostatecznego lub wystarczającego, a nawet jedynie przeważającego prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego (tzn. uzasadnionego logicznie i na podstawie doświadczenia życiowego)<sup>17</sup> pomiędzy nieprawidłowym działaniem lekarza a szkodą, jaką poniósł pacjent. Nie ma powodów, aby tych wypracowanych w orzecznictwie sądów standardów nie przenieść na grunt postępowania przed wojewódzkimi komisjami. Wszak warto zauważyć, że jedną z racji ustanowienia systemu kompensacji za po-

14. E. Bagińska, *Odowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 69–75; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 107.

15. E. Bagińska, *Odowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 70.

16. Ibidem, s. 71.

17. Ibidem, s. 71–72.

Średnictwem wojewódzkich komisji było złagodzenie trudnej sytuacji dowodowej, w której mimo wszystko nadal znajdują się poszkodowani pacjenci występujący jako powodowie w procesach cywilnych, zwłaszcza co do dowodu winy.<sup>18</sup> Tym bardziej przyjęcie łagodniejszych standardów dowodowych w zakresie związku przyczynowego, wypracowanych przez judykaturę, jest wskazane także w działalności orzeczniczej wojewódzkich komisji.

Jednym z podstawowych problemów w toku rozpatrywania spraw przez Komisję jest kwestia zasięgnięcia opinii konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny (lub lekarza z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2 UPP), czyli tzw. biegłego. Dotychczasowa praktyka pokazuje, że mimo iż zgodnie z założeniem ustawodawcy składy orzekające starają się maksymalnie wykorzystywać wiedzę medyczną tych członków, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, to jednak relatywnie często zachodziła potrzeba zasięgnięcia opinii specjalisty w danej dziedzinie medycyny. Jednakże ograniczenie kręgu osób dysponujących odpowiednią wiedzą do osób wymienionych w art. 67i ust. 7 ustawy jest w odczuciu niektórych członków Komisji zbyt restrykcyjne. Poszczególne składy kierowały prośbę o sporządzenie opinii głównie do konsultantów wojewódzkich, przy czym potrzeby w zakresie pewnych dziedzin specjalistycznych (np. chirurgia, choroby wewnętrzne) wydają się znacznie większe. Może to na przyszłość powodować zbyt obciążenie tych konkretnych osób jako biegłych. Ponadto, mimo iż osoba wydająca opinię podlega wymogom określonym w art. 67g ust. 1–5 UPP, podniesiono wątpliwości, iż *de facto* nawet w przypadku braku formalnych powiązań z konkretnym podmiotem leczniczym lub lekarzem na treść opinii biegłych hipotetycznie mogą mieć wpływ istniejące relacje osobiste, zawodowe czy też naukowe w lokalnym środowisku medycznym. Może na to wskazywać zaobserwowana przez pewne składy niekonkluzywność niektórych opinii (choć przyczyny tego stanu rzeczy mogą być także przynajmniej częściowo obiektywne), przy czym konieczność przestrzegania ustawowych terminów nie pozostawia w praktyce możliwości występowania przez składy orzekające o uzupełnienie opinii na piśmie ani wzywania opiniodawców na posiedzenia komisji celem ustnego jej uzupełnienia (w drodze odpowiedniego stosowania art. 286 k.p.c.). Problem ten może powstawać szczególnie w sprawach, w których wnioski zostały skierowane przeciwko szpitalom akademickim. Niestety zachodzi obawa, że wojewódzkie komisje będą napotykały w tym zakresie na podobne problemy, z jakimi zmagają się sądy cywilne w zakresie dowodów z opinii biegłego w sprawach medycznych.<sup>19</sup> W zakresie zgłoszonych postulatów *de lege ferenda*, proponuje się po pierwsze poszerzenie kręgu osób, o których mowa w art. 67i ust. 7 ustawy, o inne kategorie, w tym dodanie możliwości powoływania ekspertów *ad hoc* wyznaczanych przez skład orzekający spośród uznanych specjalistów w danej, czasem wąskiej dziedzinie, a także po drugie – sformułowanie przepisu w sposób umożliwiający zasięgnięcie opinii konsultantów wojewódzkich z innych województw.

W związku z powyższym należy poruszyć także kwestię ustawowych terminów do rozpatrzenia sprawy przed wojewódzkimi komisjami, o których mowa w art. 67j ust. 2 oraz ust. 8 UPP (termin 4 miesiące od złożenia wniosku na wydanie orzeczenia i 30-dniowy na ponowne rozpatrzenie sprawy). W nielicznych przypadkach Komisja stanęła przed dylematem konieczności nieznacznego przekroczenia tych terminów, motywowanego potrzebą starannego przeprowadzenia postępowania dowodowego, co zwłaszcza tyczyło się tych przypadków, w których zasięgnięto opinii

18. Ibidem, s. 74.

19. Zob. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 261; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 89; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 59–60.



konsultanta wojewódzkiego. W szeregu składów orzekających uznano, że terminy, o których mowa w wymienionych przepisach, są terminami instrukcyjnymi, a ich mające podstawy przekroczenie, co do zasady, nie powoduje ujemnych konsekwencji dla przebiegu postępowania przed wojewódzką komisją. Niemniej jednak podniesiono, iż dla usunięcia wątpliwości oraz zachowania transparentności ustawodawca powinien przewidzieć *explicite* możliwość przedłużenia tych terminów w określonych okolicznościach.

Kolejnym problemem na gruncie sposobu sformułowania przepisów UPP, na który w toku rozpoznawanych spraw natknęła się Komisja, jest kwestia braku formalnej możliwości wzywania przez składy orzekające do złożenia wyjaśnień osób innych niż wyraźnie wymienione w art. 67i ust. 4 UPP. Ewentualne złożenie wyjaśnień przez innych świadków (np. osoby sprawujące nieformalną opiekę nad pacjentami, towarzyszące im podczas wizyty w szpitalu) może być niejednokrotnie przydatne dla naświetlenia indywidualnych okoliczności poszczególnych spraw, co czasami okazuje się dopiero w toku postępowania. Niestety dowód ten, jak wynika z brzmienia art. 67i ust. 5, może być dopuszczony jedynie na wniosek strony (wnioskodawcy), a z urzędu przez wojewódzką komisję jedynie, gdy osoba mająca być wysłuchana, została wskazana we wniosku jako osoba, która może posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania (art. 67i ust. 4 pkt 3 *in fine*). Zdaniem niektórych członków Komisji takie ograniczenie możliwości dowodowych Komisji należy uznać za niepraktyczne i stanowiące niepotrzebne ograniczenie postępowania dowodowego.

## 4. Wybrane problemy natury proceduralnej

### a) Głosowanie nad orzeczeniem

Jednym z poważniejszych i najbardziej palących problemów natury proceduralnej jest kwestia zastosowania wadliwego przepisu art. 67j ust. 3 UPP, według którego „orzeczenie wojewódzkiej komisji zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego”. Pominąwszy logicznie błędne użycie sformułowania „co najmniej”, przepis ten może prowadzić do pata decyzyjnego w sytuacji, gdy liczba członków składu orzekającego wynosi 4 osoby, a zdania co do treści orzeczenia są podzielone pomiędzy członkami składu w proporcji 2:2. Zgodnie z brzmieniem art. 67j ust. 1 UPP „wojewódzka komisja wydaje [...] orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku”, z czego wynika, że każda sprawa musi zakończyć się merytorycznym orzeczeniem pozytywnym albo negatywnym. Nie ma możliwości odmowy wydania orzeczenia w związku z brakiem osiągnięcia konsensusu pomiędzy członkami składu orzekającego albo z innych przyczyn. Nie można podzielić także zdania wyrażonego w literaturze przez M. P. Ziemiaka, że w razie równego rozłożenia głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.<sup>20</sup> Wniosek taki niestety nie wynika z brzmienia ustawy, zwłaszcza art. 67j regulującego kwestię wydawania orzeczeń. Ustawa stanowi jedynie w art. 67e ust. 13 pkt 2, iż w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego, przy czym przepis ten w wyraźny sposób dotyczy uchwał wojewódzkiej komisji obradującej w pełnym składzie, np. w kwestii regulaminu wojewódzkiej komisji, przy czym w przepisie mowa jest o przewodniczącym wojewódzkiej komisji, a nie przewodniczącym składu

20. M.P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: E. Kowalewski (red.), op. cit., s. 179.

orzekającego. Zarówno zatem wykładnia językowa, jak i *a rubrica* kolejność oraz umiejscowienie odnośnych przepisów wskazują, że zasada przewagi głosu przewodniczącego z pewnością nie dotyczy wydawania orzeczeń w czteroosobowych składach orzekających. W takiej sytuacji, która miała do tej pory miejsce przynajmniej w jednej ze spraw rozpoznawanych przez Komisję, w przypadku polaryzacji stanowisk wśród członków składu orzekającego, co najmniej jedna z osób jest zmuszona odstąpić od swego zdania, celem stworzenia ustawowej większości i umożliwienia wydania orzeczenia. Taka sytuacja godzi w niezależność orzeczniczą członków wojewódzkich komisji i *de facto* stawia ich przed niedopuszczalnym dylematem wyboru pomiędzy swoimi przekonaniem i poglądem na sprawę a wymogami efektywności proceduralnej działania wojewódzkich komisji. Ustawodawca mógł łatwo przewidzieć wystąpienie takiej sytuacji i poszukać możliwości jej rozwiązania, choćby właśnie poprzez zastosowanie tak prostego środka, jakim jest uprzywilejowanie głosu przewodniczącego składu orzekającego jako decydującego.

### **b) Postępowanie w przypadku sporu o wyłączenie członka składu orzekającego**

Komisja napotkała także w jednej ze spraw na kłopoty natury proceduralnej w kwestii instytucji wyłączenia członka składu orzekającego. Niestety, ustawodawca nie przewidział regulacji procedury, wedle której ma przebiegać wyłączenie członka składu w przypadku, gdy członek złożył oświadczenie, o którym mowa w art. 67g ust. 4 UPP, a mimo tego wniosek o wyłączenie takiej osoby składa strona postępowania (w drodze odpowiedniego zastosowania art. 50 k.p.c.). Komisja stanęła przed takim problemem w jednej ze spraw, gdzie wniosek o wyłączenie złożony przez stronę dotyczył przewodniczącego składu orzekającego. Ustawa nie daje w takim wypadku odpowiedzi na pytanie kto i w jakim trybie powinien rozstrzygać tę kwestię, przy czym bez względu na ostatecznie podjętą w takiej sprawie decyzję prawdopodobne jest w związku z powyższym wniesienie przez stronę niezadowoloną z ostatecznego orzeczenia środka w postaci skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, o którym mowa w art. 67m UPP.

### **c) Problem wniosku złożonego ponownie w tej samej sprawie**

Komisja stanęła też przed pytaniem o rozstrzygnięcie innego ciekawego problemu proceduralnego, który najwyraźniej umknął uwadze ustawodawcy. W jednej ze spraw wpłynął wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, który dotyczył przypadku już rozstrzygniętego dwukrotnie przez Komisję, która stwierdziła za każdym razem brak zdarzenia medycznego. Niestety ani treść przepisów Rozdziału 13a UPP, ani przywołane w art. 67o UPP przepisy kodeksu postępowania cywilnego nie pozwalają na rozstrzygnięcie tej kwestii wprost w drodze wykładni językowej poprzez zwrot wniosku. W tym zakresie należy moim zdaniem stwierdzić, że istnieje niewątpliwie luka prawna polegająca na braku odesłania do odpowiedniego stosowania art. 199 § 1 pkt. 2 k.p.c. Wniosek taki można wyprowadzić z dwóch przesłanek: po pierwsze zasada powagi rzeczy osądzonej (*res iudicata*) jest powszechnie „przyjmowana we wszystkich procedurach prawnych” (tak np. wyrok NSA z 19.04.2011 w sprawie II OSK 701/10) nie tylko w polskim systemie prawnym, ale też w europejskiej kulturze prawnej w ogóle, i stanowi przejaw racjonalności i celowości konstrukcji każdego prawa o postępowaniu. Po drugie, intencją ustawodawcy było bez wątpienia odpowiednie stosowanie ogólnej procedury sądowej cywilnej do orzekania w sprawach zdarzeń medycznych, o czym świadczy szerokie odesłanie w art 67o UPP. Stąd też te dwa powody uzasadniają stwier-

dzenie, że brak odesłania do art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c. w istocie należy uznać za rzeczywistą lukę prawną. W tej sytuacji istnieją moim zdaniem podstawy do przyjęcia rozszerzającej interpretacji art. 67d ust. 5 UPP, polegającej na stwierdzeniu, że wniosek podlega zwróceniu także w wypadku, gdy wojewódzka komisja wydała orzeczenie w odniesieniu do tego samego zdarzenia (w oparciu o ten sam stan faktyczny) pomiędzy tymi samymi stronami, przy czym nie uległy zmianie okoliczności faktyczne. Za taką wykładnią przemawiać musi bowiem brzmienie art. 67i ust. 1: „Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie [...] stanowiło zdarzenie medyczne”. Skoro w tym samym zakresie przedmiotowym i podmiotowym wojewódzka komisja wydała już orzeczenie, to skierowanie wniosku do merytorycznego rozpoznania przez skład orzekający spowodowałoby, że postępowanie przed wojewódzką komisją okazałoby się bezcelowe. Skoro bowiem w obrocie prawnym funkcjonuje już orzeczenie ustalające stan prawny co do zaistnienia zdarzenia medycznego w konkretnym stanie faktycznym pomiędzy indywidualnie oznaczonymi stronami, a strona skorzystała już ze środka w postaci ponownego rozpoznania sprawy, to orzeczenie takie należy uznać w zakresie przewidzianym przez ustawę za ostateczne. Dlatego też jedynym środkiem, jaki przewiduje ustawa, jest skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji (art. 67m), która jednak ma charakter w zasadzie quasi-kasacyjny, gdyż może być oparta jedynie o zarzut naruszenia przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. Konsekwentnie, jedynie ewentualne uchylenie orzeczenia na skutek zastosowania środka, o którym mowa w art. 67m, umożliwiłoby ponowne merytoryczne rozpoznanie sprawy. Z takiej konstrukcji przepisów oraz ustanowienia przez ustawodawcę instytucji w postaci skargi na stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji można wywodzić dodatkowy argument, iż ponowny wniosek podmiotu o rozpatrzenie merytoryczne sprawy, w której zapadło już orzeczenie komisji wojewódzkiej w tym samym zakresie, bez skorzystania ze środka w postaci wspomnianej skargi z art. 67m stanowić może próbę obejścia prawa. Inna wykładnia, dopuszczająca ponowne, a w konsekwencji dalsze wielokrotne wnioski w tej samej sprawie, prowadziłaby do absurdalnych skutków i umożliwiała sparaliżowanie prac komisji. Już ten fakt sam w sobie stanowi wystarczającą przesłankę dla wojewódzkiej komisji, a wręcz obowiązek dokonania wykładni korygującej art 67d ust. 5 UPP. Ponadto argumentem przemawiającym za rozszerzającą interpretacją art. 67d ust. 5 w zakresie wydania przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji zarządzenia o zwrocie wniosku na tej podstawie w miejsce przekazania sprawy do rozpoznania składowi orzekającemu, jest treść art. 67j ust. 1, zgodnie z którym „Wojewódzka komisja po nardzie wydaje [...] orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo o jego braku, wraz z uzasadnieniem”. Wynika z tego, jak była już mowa powyżej, że skład orzekający wojewódzkiej komisji nie ma możliwości podjęcia innej decyzji kończącej postępowanie w sprawie niż pozytywne lub negatywne orzeczenie merytoryczne, a zatem jedyna możliwość zwrotu wniosku bez jego merytorycznego rozpoznania istnieje na etapie wstępnej kontroli wniosku, o której mowa w art 67d ust. 5 UPP.

#### **d) Orzeczenie zdarzenia medycznego z powodu braku przedstawienia stanowiska przez szpital lub ubezpieczyciela**

W końcu należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt proceduralny postępowania przed wojewódzkimi komisjami, dotyczący także w szczególności sposób ubezpieczycieli i ich działania obok kierowników podmiotów leczniczych prowadzących szpital, przeciwko którym skierowano wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego. Mowa jest o sytuacji, w której wojewódzka komisja wydaje

orzeczenie o zdarzeniu medycznym z przyczyn formalnych, na podstawie art. 67d ust. 6 zd. 3 UPP. Zgodnie z tym przepisem, nieprzedstawienie przez kierownika szpitala i ubezpieczyciela stanowiska w sprawie przesłanego im przez wojewódzką komisję wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w terminie 30 dni jest „równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia”. Przepis ten znalazł zastosowanie już w co najmniej jednej sprawie rozpoznawanej przez gdańską Komisję. Dotyczyło to sytuacji, w której kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital przedstawił swoje stanowisko na piśmie z przekroczeniem terminu. Jednocześnie pełnomocnik szpitala nie złożył wniosku o przywrócenie terminu przy osobistym złożeniu spóźnionego pisma ze stanowiskiem szpitala. Możliwość taka istniała ze względu na odpowiednie stosowanie art. 168 i art. 169 k.p.c. [na podstawie odesłania w art. 67o UPP]. W tych okolicznościach Komisji nie pozostało nic innego jak orzec o ustaleniu zdarzenia medycznego wobec akceptacji wniosku przez szpital. Komisja nie podzieliła także argumentacji pełnomocnika, jakoby termin 30-dniowy był jedynie terminem instrukcyjnym. Jest to relatywnie długi termin, a wymóg sprawnego przeprowadzenia całego postępowania i nałożony na wojewódzką komisję obowiązek wydania orzeczenia w terminie czterech miesięcy od dnia złożenia wniosku [art. 67j ust. 2 UPP] przesądza o stanowczości terminu 30-dniowego.

Trzeba dodać, że w przytoczonej powyżej sprawie nie występował ubezpieczyciel, ponieważ podmiot leczniczy prowadzący szpital nie zawarł umowy obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne. Powstaje na tym tle pytanie – jeśli w sprawie bierze udział także wskazany przez szpital ubezpieczyciel, to czy nieprzedstawienie stanowiska przez co najmniej jeden z tych podmiotów wywołuje skutki, o których mowa w art. 67d ust. 6 UPP, dla obu podmiotów (tzn. dla szpitala i ubezpieczyciela)? Taką interpretację może uzasadniać literalna wykładnia art. 67d ust. 6 zd. 2 UPP: „Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska”. Użycie koniunkcyjnego spójnika „i” przemawia za poglądem, że konsekwencje nieprzedstawienia stanowiska unormowane w zdaniu następnym tego przepisu powinny dotyczyć nie tylko sytuacji, w której stanowiska nie przedstawiają oba te podmioty, ale także gdy nie robi tego przynajmniej jeden z nich. Jednakże warto zauważyć, że o ile współdziałanie tych podmiotów jest istotne dla przebiegu postępowania, o tyle ich sytuacja prawna nie jest jednakowa z perspektywy konsekwencji prawnych orzeczenia wojewódzkiej komisji ustalającego zdarzenie medyczne. Można argumentować, że zarówno szpital, jak i ubezpieczyciel działają w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami jako *sui generis* współuczestnicy. Jednak to ubezpieczyciel jest w końcu „związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji” [art. 67k ust. 1 UPP] i ma obowiązek złożyć propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia podmiotowi składającemu wniosek na skutek wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego [art. 67k ust. 1 i 2 UPP]. Warto zauważyć, że podmiot leczniczy prowadzący szpital ponosi te same konsekwencje i przejmuje na siebie obowiązek wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia w uzgodnionej z wnioskodawcą wysokości jedynie subsydiarnie w braku zawarcia umowy ubezpieczenia [art. 67k ust. 10 pkt 1 UPP]. W związku z tym, o ile brak przedstawienia stanowiska popartego dowodami przez ubezpieczyciela skutkuje automatycznym przyjęciem przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za zdarzenie medyczne bez względu na treść stanowiska szpitala, o tyle odmiennie kształtuje się sytuacja, w której do twierdzeń wnioskodawcy ustosunkuje się jedynie ubezpieczyciel, przy czym to szpital nie przedstawia swojego stanowiska w terminie – a co za tym idzie, z mocy art. 67d ust. 6 UPP akceptuje wniosek. W tej sytuacji ubezpieczyciel nie może ponosić negatywnych skutków „automatycznego” orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego bez szan-

sy przedłożenia swoich wniosków dowodowych. Ma on bowiem prawo samodzielnie prezentować i popierać swoje stanowisko. Podsumowując, formalne orzeczenie o zdarzeniu medycznym oparte na podstawie fikcji prawnej akceptacji wniosku w oparciu o art. 67d ust. 6 UPP w wypadku nieprzedstawienia swojego stanowiska lub przekroczenia terminu 30-dniowego może mieć miejsce w dwóch sytuacjach. Po pierwsze, gdy stanowiska nie przedstawia lub przedstawia z przekroczeniem terminu szpital, jeśli nie zawarł umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych. Po drugie, gdy szpital co prawda przedstawił stanowisko poparte dowodami na brak zdarzenia medycznego, ale swojego stanowiska nie przedstawił w terminie ubezpieczyciel – jest on bowiem w myśl art. 67k podmiotem związanym orzeczeniem komisji i odpowiedzialnym za propozycję i wypłatę odszkodowania i jeśli uznaje w ten sposób swoją gotowość do przyjęcia takiej odpowiedzialności zgodnie z wnioskiem, wydanie orzeczenia o zdarzeniu jest uzasadnione ochroną interesów podmiotu składającego wniosek (pacjenta) i funkcją postępowania przed wojewódzkimi komisjami. Natomiast dopuszczenie odwrotnej sytuacji, w której ubezpieczyciel, przedstawiając swoje stanowisko w terminie wraz z dowodami na jego poparcie ponosi negatywne dla siebie konsekwencje wynikające m.in. z treści art. 67k UPP, z powodu wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego w związku z nieprzedstawieniem stanowiska przez szpital, nie wydaje się uzasadnione. Argument, iż w takim wypadku ubezpieczycielowi przysługuje regres w stosunku do ubezpieczonego szpitala na drodze cywilnej nie jest trafny, ponieważ wychodzi poza rozważania interpretacyjne na gruncie rozpatrywanych przepisów UPP, a ponadto generuje niepotrzebny dodatkowy spór na linii szpital–ubezpieczyciel, wynikający z tytułu tego samego zdarzenia, a co za tym idzie – prawdopodobną konieczność angażowania wymiaru sprawiedliwości do jego rozpoznania. Jest to nieracjonalne i nieefektywne, wszak wojewódzkie komisje miały w zamiarze ustawodawcy odciążyć sądy, a nie przyrnażać im pracy. Nadto dodajmy w końcu, że wojewódzkie komisje zostały powołane po to, aby wspomóc sprawne i szybkie rozwiązywanie niektórych konfliktów na gruncie prawa medycznego i powinny dążyć raczej, tam gdzie to możliwe, do merytorycznego rozstrzygnięcia, a nie mnożenia formalnych podstaw kończenia toczących się przed nimi postępowań.

## Podsumowanie

Przedstawione wyżej uwagi z pewnością nie stanowią wyczerpującego katalogu licznych problemów nie tylko proceduralnych, ale także materialno-prawnych, z jakimi spotykają się na co dzień w swojej praktyce orzeczniczej wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Kolejne lata funkcjonowania tego specyficznego systemu kompensacyjnego przyniosą nowe doświadczenia, a być może zachęcą również do weryfikacji niektórych tez postawionych wyżej. Z pewnością zaprezentowane tutaj, a także wskazywane już w literaturze inne problemy orzekania o zdarzeniach medycznych, skłaniają do ogólnej refleksji, iż w obecnym kształcie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest co najmniej niedoskonała w zakresie kwestii uregulowanych w Rozdziale 13a i zasługuje na nowelizację.<sup>21</sup> Trzeba jednakże także zdecydowanie sprzeciwić się formułowanej w ostatnim czasie w niektórych mediach krytyce

21. Warto zauważyć, że w doktrynie sformułowano nawet zarzut niekonstytucyjności art. 67e ust. 2 UPP; zob. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: E. Kowalewski (red.), op. cit., s. 145–162.

samej istoty i całokształtu funkcjonowania systemu orzekania o zdarzeniach medycznych jako zbyt daleko posuniętej. Poglądy, jakoby wojewódzkie komisje nie spełniły swojej funkcji oraz oczekiwań zainteresowanych, czyli z jednej strony pacjentów, a z drugiej podmiotów leczniczych i ubezpieczycieli, są po pierwsze co najmniej przedwcześnie, a po drugie wynikają często z braku głębszej wiedzy i refleksji nad istotą tego systemu. W wielu sytuacjach bowiem, nawet jeśli zapada orzeczenie o braku zdarzenia medycznego, postępowania pełnią bardzo ważną funkcję mediacyjną pomiędzy stronami sporu. Poszkodowanym pacjentom dają pełniejszy obraz ich sytuacji i racji dla działań leczniczych podjętych w ich przypadkach, a lekarzom i kierownikom szpitali uzmysławiają konieczność lepszej realizacji praw pacjenta w praktyce, zwłaszcza obowiązku adekwatnego i przystępnego informowania pacjentów o ich stanie zdrowia i realizowanych procedurach medycznych. Wszystko to nie oznacza, że system w obecnym kształcie nie wymaga być może nawet pilnych zmian, co wykazywano powyżej. Jednakże z pewnością ustawa nie zasługuje na zbyt surową krytykę, jest ważnym nowym narzędziem w rękach pacjentów i niesie ze sobą duży potencjał skutecznego rozwiązywania niektórych trudnych sporów na gruncie prawa medycznego. Wiele pracy jest także do wykonania przez samych członków wojewódzkich komisji – profesjonalna, racjonalna i efektywna wykładnia omawianych przepisów z pewnością będzie wpływała na praktykę orzeczniczą nie mniej niż sama ingerencja ze strony ustawodawcy.

## Wykaz źródeł

### Akty prawne

- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 660).  
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217).  
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159).  
Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r., Nr 43, poz. 296)  
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.).

### Literatura

- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 145–162.
- Bagińska E., Krupa-Lipińska K., *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 229–257.
- Bagińska E., *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2013.
- Górski A. (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2012.
- Karkowska D., *Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, LEX 2012.

- Koch A., *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975.
- Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
- Kowalewski E., *Obowiązkowe ubezpieczenie OC pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1/2011, s. 59–73.
- Mogilski W.W., *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, w: Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 111–142.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977.
- Warkało W., *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972.
- Ziemiak M.P., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, TNOiK, Toruń 2011, s. 165–216.

## **Selected decision-making problems related to medical incidents, as exemplified by the work of the Provincial Medical Incident Assessment Board in Gdańsk in 2012**

*The analysis presented below is devoted to selected practical problems connected with taking decisions in cases related to medical incidents by provincial medical incident assessment boards which have been operating since 1 January 2012 pursuant to Act of 6 November 2008 on Patient's Rights and the Patients' Ombudsman. In connection with the fact that hospitals are obliged to conclude insurance contracts against medical incidents, the hospital's insurer is one of the main participants of the proceedings. Below, the author has presented conclusions on the basis of the first year of operation of the Provincial Medical Incident Assessment Board in Gdańsk. He has indicated both general issues connected with the construction of the „medical incident” concept, as well as more detailed problems of the evidence- and procedure-related nature, including, in particular, those related to voting on a decision and submitting by the applicant another motion in the same case. An opinion has also been expressed on the possibility of issuing a decision on a medical incident due to the fact that the hospital or insurer failed to submit their position by the required date.*

**Key words:** medical incident, provincial medical incident assessment boards, proceedings before the provincial board, medical law, medical insurance.

**DR TOMASZ WIDŁAK** – adiunkt Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, członek Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku, przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta.





## RECENZJE

MARCIN KAWIŃSKI

**Howard C. Kunreuther, Mark V. Pauly, Stacey  
McMorrow, *Insurance & Behavioral Economics:  
Improving Decisions in the Most Misunderstood  
Industry*, Cambridge University Press,  
New York 2013**

Książka pt. *Insurance & Behavioral Economics: Improving Decisions in the Most Misunderstood Industry* to jedna z nielicznych publikacji, która porusza aspekty behawioralne w kontekście rynku ubezpieczeniowego jako całości. Książka liczy 329 stron, pogrupowanych w 14 podrozdziałów w ramach trzech rozdziałów. Oprócz spisu treści i bibliografii zawiera słownik trudniejszych terminów, indeks osobowy i rzeczowy. Jest to pozycja, którą można zaklasyfikować jako coś pomiędzy książką popularnonaukową i naukową, z elementami poradnika. Mimo iż odnosi się do realiów rynku amerykańskiego, to stosunkowo łatwo może być zaadaptowana na rynku europejskim.

Na szczególne uznanie zasługuje konstrukcja książki, która w pierwszym rozdziale prezentuje ogólny zarys koncepcji z podstawowymi założeniami. W drugim rozdziale autorzy dokonali bardziej detalicznej analizy oraz wprowadzili modele uzupełniające, w większym stopniu uwzględniające realia. Trzecia część natomiast ma charakter normatywny z konkretnymi postulatami.

Pierwszy rozdział służy ogólnej prezentacji koncepcji. Celem książki jest identyfikacja i analiza przykładowych zachowań klientów zarządzających zakładami ubezpieczeń, inwestorów i regulatorów, które można uznać za anomalie, odstępstwa od racjonalnego zachowania. Atrybuty racjonalnego zachowania zostały wywiedzione z powszechnie stosowanych w teorii ubezpieczeń modeli, bazujących na klasycznej teorii ekonomii. Szczególny nacisk położono na przyczyny rozbieżności między założeniami modeli ekonomicznych i faktycznymi zachowaniami ludzi. Przy czym nie zawsze rozbieżności świadczą o braku racjonalności, ale mogą wskazywać na nieodpowiednie założenia. Wspomniane modele ekonomiczne są uznawane za benchmarki.

W obszarze faktycznych zachowań książka odnosi się do nurtu behawioralnego w ekonomii, zapoczątkowanego przez Kahnemana i Tversky'ego. Wiele decyzji podejmowanych w ramach

ubezpieczeń, szczególnie po stronie popytowej, wykorzystuje system 1, który jest trybem automatycznym szybkiego podejmowania decyzji bez intencjonalnej głębszej analizy. Wynika to najczęściej z niepewności. Mało dostępna wiedza na temat ryzyka i jego konsekwencji jest i tak trudno przyswajalna z powodu niełatwej materii, ale również sposobu jej prezentacji. Książka zbiera i porządkuje różne teorie, modele i wyniki badań, które powstały w tym nurcie.

Autorzy dla zwiększenia przystępności książki posługują się licznymi przykładami nieracjonalnych zachowań klientów, osób zarządzających zakładami ubezpieczeń, inwestorów i regulatorów. Ciekawym przykładem jest ryzyko terrorystyczne, które mimo wcześniejszych zdarzeń zostało dostrzeżone przez zakłady ubezpieczeń i reasekuratorów dopiero po ataku na World Trade Center 11 września 2001 r. Przy czym reakcja ta była mocno przesadzona, gdyż w wielu przypadkach wysokość składki lub koszt reasekuracji nie miały pokrycia w dostępnych danych. Wynikało to jednak również z zachowania inwestorów, którzy w przypadku zaangażowania w ubezpieczenia na wypadek terroru oczekiwali stopy zwrotu ponad dwukrotnie przekraczających standardową premię za ryzyko. W ubezpieczeniach na wypadek żywiołów zdarzało się, że składki były niedoszacowane przez ubezpieczycieli, a gdy nastąpiło urealnienie wysokości składek, władze stanowe (Floryda) dla podtrzymania i tak niskiego wskaźnika penetracji powołały do życia specjalny fundusz katastrofalny, pełniący funkcję reasekuratora, oraz publiczny zakład ubezpieczeń oferujący ochronę na preferencyjnych warunkach, nawet na obszar o ponadstandardowym ryzyku. Oprócz tego stosowano kontrolę cen ubezpieczeń katastrofalnych oraz wprowadzono limity nieprzedłużania polis katastrofalnych. Wszystkie te działania odniosły wątpliwą skuteczność. Cały czas towarzyszyło temu zjawisko rezygnacji klientów indywidualnych z ubezpieczeń po kilku latach bezszkodowych, co w dłuższym okresie może mieć wręcz katastrofalne skutki finansowe dla całego regionu.

Ocena zachowań uczestników rynku ubezpieczeniowego opiera się na odniesieniu do określonych benchmarków. Benchmarkiem, punktem wyjścia, dla strony podażowej jest model maksymalizacji oczekiwanego zysku (*profit-maximizing model of supply*). Z kolei odnośnikiem dla strony popytowej jest powszechnie akceptowany model użyteczności oczekiwanej (*expected utility model*). Warunkami wstępnymi racjonalnych zachowań są: odpowiednia sytuacja na rynku, tj. adekwatna składka ubezpieczeniowa (oczekiwana strata powiększona o uzasadnione narzuty i godziwy zysk) oraz odpowiedni wskaźnik powszechności dla ubezpieczeń dobrowolnych (udział ubezpieczonych w odniesieniu do potencjalnych klientów). Według autorów wskaźnik narzutu (czyli jeden minus oczekiwana strata podzielona przez składkę brutto) powinien się wahać między 30 proc. a 40 proc., wskaźnik powszechności natomiast powinien wynosić co najmniej 70 proc. Dla Stanów Zjednoczonych przedstawiono trzy przykłady produktów ubezpieczeniowych spełniających wstępne kryteria, tj. ubezpieczenie autocasco, ubezpieczenie wyposażenia domu albo mieszkania oraz terminowe ubezpieczenie na wypadek śmierci.

W drugim rozdziale książki podjęto próbę wytłumaczenia przyczyn pojawiania się anomalii. Jako pierwszy czynnik wymieniony został koszt poszukiwania i przyswojenia informacji. Ponadto autorzy sugerują, że konsumenci analizują całkowitą oczekiwaną użyteczność i jeżeli nabycie konkretnego ubezpieczenia nie zmienia znacząco tej wartości, to brak działań uznają za uzasadniony i racjonalny.

Brak odpowiedniej informacji powoduje, że wiedza klientów zakładów ubezpieczeń znacząco odbiega od obiektywnych danych gromadzonych przez zakłady ubezpieczeń, dlatego założenie, że klient jest w stanie samodzielnie określić wartość oczekiwaną, jest nierealistyczne. Klient

może ryzyko zarówno niedoszacować, jak i przeszacować. Autorzy stwierdzają, że jeżeli ryzyko jest niedoszacowane, to ubezpieczyciel ma niewielkie szanse na przekonanie do ubezpieczenia. Są jednak sytuacje, w których klient posiada większą wiedzę na temat indywidualnego ryzyka, i wówczas zakład ubezpieczeń stosujący przeciętne składki może się spotkać ze zjawiskiem antyselekcji. Badania empiryczne nie są jednak tutaj jednoznaczne, co może potwierdzać brak racjonalności zachowań konsumentów. Natomiast występowanie efektu hazardu moralnego jest empirycznie udowodnione.

Poza wspomnianym już modelem opartym na oczekiwanej użyteczności autorzy odwołują się do teorii perspektywy (*prospect theory*) oraz modelu wyborów zorientowanych na cele (*goal-based model of choice*), które uchylają założenie maksymalizacji użyteczności. Stanowią one ważne uzupełnienie modelu opartego na oczekiwanej użyteczności. Co ważne, wszystkie wspomniane teorie posiadają obszary, w których zdecydowanie lepiej od pozostałych wyjaśniają popyt na usługi ubezpieczeniowe.

W książce wymienionych jest siedem podstawowych „błędów” popełnianych przez klientów zakładów ubezpieczeń. Są to: brak ochrony przed zjawiskami o niskim prawdopodobieństwie, ale dużych potencjalnych stratach; nabywanie ochrony dopiero po wystąpieniu straty; rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej, gdy nie wystąpiła strata; preferowanie ubezpieczeń z dużą zniżką za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia; optowanie za niskimi udziałami własnymi; niezgłaszanie małych szkód (w obawie przed zwykłą składką). Takie zachowania autorzy zaobserwowali szczególnie w przypadku: ubezpieczeń na wypadek katastrof lotniczych, dodatkowego ubezpieczenia samochodu z wypożyczalni, ubezpieczenia na wypadek nowotworów, wydłużenia gwarancji zakupionych urządzeń, niektórych ubezpieczeń na wypadek śmierci oraz annuitetów.

Po stronie podaży pojawia się natomiast problem korelacji występującej między zdarzeniami z założenia losowymi. Rosnące prawdopodobieństwo ruiny skłania zarządzających do zwiększania rezerw ponad poziom preferowany przez inwestorów, dla których zwiększenie rezerw (bezpieczeństwa) oznacza odłożenie w czasie realizacji zysków z dywidend. Nie można również uważać, że rynek ubezpieczeniowy jest w pełni wolny od efektu domina charakterystycznego dla sektora bankowego, szczególnie przy silnych powiązaniach kapitałowych. Autorzy podkreślają też, że w ubezpieczeniach wzrost podaży jest uzależniony od bardzo wielu czynników, wymogów kapitałowych, dostępności kapitału oraz reasekuracji, dlatego rynek ubezpieczeniowy nie zawsze może elastycznie reagować na wzrost popytu.

Anomalie zachodzące po stronie podaży można wytłumaczyć szeregiem czynników, z których w książce pojawiają się: zachowania inwestorów (udziałowców) oraz zarządzających zakładem ubezpieczeń, a w szczególności relacje między zarządzającymi i udziałowcami oraz awersja zarządzających do ryzyka. Wspomniane zależności sprawiają, że istnieją dość duże różnice w akceptacji ryzyka przez inwestorów i zarządzających. Powyższe uwagi nie odnoszą się do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Zdaniem autorów anomalie powyższe dotyczą głównie ubezpieczycieli działających w formule for-profit. Na podkreślenie zasługuje również rola agencji ratingowych oraz nadzoru, które spełniają bardzo istotną rolę w percepcji ryzyka.

Analiza dokonana przez autorów pozwoliła im wskazać cztery „błędy” popełniane przez zarządzających zakładami ubezpieczeń: wzrost taryf po wystąpieniu zdarzenia katastrofalnego, odmowa objęcia ochroną po wystąpieniu zdarzenia katastrofalnego, niewielki udział instrumentów finansowych w zabezpieczeniu ryzyka zakładów ubezpieczeń oraz spadek cen reasekuracji po okresie o niskiej szkodowości (np. brak zdarzenia katastrofalnego).

Rozdział trzeci recenzowanej książki stanowi podsumowanie rozważań wraz ze wskazaniem rozwiązań, które umożliwiłyby poprawę zachowań zarówno klientów, jak i branży. Rozpoczyna go bardzo istotny fragment o roli, jaką ubezpieczenia odgrywają z punktu widzenia państwa i jego działań. Ubezpieczenia dają możliwość zdeterminowania dwóch bardzo istotnych kwestii w trakcie tworzenia strategii zarządzania ryzykiem. Pierwsza kwestia dotyczy odpowiedzialności za ryzyko i prawdopodobieństwo poniesienia straty. Drugie zagadnienie skupia się na skali finansowania strat. Odniesienie się do powyższych kwestii ma ogromne znaczenie dla stosowania przymusu ubezpieczeniowego lub subsydiowania składek ubezpieczeniowych, tudzież ich wewnętrznego subsydiowania, np. poprzez uśrednianie taryf ubezpieczeniowych.

Dla postrzegania ryzyka bardzo istotna jest jego prawidłowa ocena. Jeżeli występują duże różnice w percepcji ryzyka, wówczas państwo może zapewnić obiektywne dane dotyczące wielkości ryzyka oraz wzajemnych korelacji. Państwo powinno być w szczególności zainteresowane stosowaniem różnych rozwiązań, które będą brały pod uwagę zachowania konsumentów. Zdaniem autorów, państwo jako regulator powinno unikać regulacji uśredniających składki, przymusu ubezpieczeniowego oraz podejmowania działań, które „wypychałyby” rozwiązania ubezpieczeniowe (np. zapomogi dla powodzian z budżetu). Regulator może działać wg różnych modeli, od silnie paternalistycznego, ściśle określającego zasady funkcjonowania rynku i zachowania jego podmiotów, po preferencje dla wybranych grup.

Dla strony popytowej jako generalne zalecenia autorzy wymienili stosowanie takich rozwiązań, jak dostarczanie adekwatnych i obiektywnych informacji, prezentacja prawdopodobieństw i skutków na przykładach; wydłużanie horyzontu czasowego dla prezentowanych danych (dotyczących prawdopodobieństwa); wiązanie ochrony przed skutkami rzadkich zdarzeń z innymi powszechnymi ryzykami; zniechęcanie do nabywania ochrony z małym udziałem własnym ograniczanie zniżek za bezszkodowość oraz w ostateczności przymus ubezpieczeniowy. Z kolei dla strony podażowej autorzy zaproponowali: określanie składki na podstawie właściwego pomiaru ryzyka, uzależnienie wysokości składki od ryzyka; zaangażowanie sektora publicznego w przypadku ryzyk katastrofalnych; ograniczanie tendencji do zawyżania wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i kapitałów.

Za działanie korekcyjne dla rynku ubezpieczeniowego autorzy uznają ubezpieczenie społeczne, tutaj rozumiane jako ubezpieczenie obowiązkowe ze składką o cechach podatku, ale dotyczące ryzyk społecznych. W określonych sytuacjach takie rozwiązania mogą zminimalizować anomalie zarówno po stronie popytowej, jak i podażowej. Odrębny podrozdział poświęcono polisom wieloletnim, które również mogą w pewien sposób ograniczyć wspomniane anomalie.

Książkę znać należy za bardzo ważną pozycję, mimo jej nie do końca naukowego charakteru. Nie umniejszając bardzo pozytywnej oceny tej publikacji, można wymienić kilka uwag, które mają charakter krytyczny. Na przykład dość szczegółowo przedstawiono nieoptymalne zachowania ubezpieczających, aczkolwiek ich argumentacja mogłaby być rozszerzona, gdyby autorzy nie ograniczyli się do rynku amerykańskiego.

Przytaczana bibliografia została ograniczona do minimum, brak również odniesień do autorów niektórych modeli teoretycznych. Wydaje się, że sposób wyjaśniania niektórych modeli jest czasami zbyt ogólnikowy i pobieżny, co może utrudniać zrozumienie tych zagadnień przez osoby spoza branży.

Weryfikacja założeń na podstawie przykładów z rynku amerykańskiego jest czasami oparta na danych o niespójnej metodologii. Dane z różnych stanów są używane zamiennie bez szcze-

głowej analizy zasadności takiego postępowania. Modelowe założenia: penetracja na poziomie co najmniej 70 proc. oraz narzut wysokości 30–40 proc. zostały przyjęte arbitralnie i brak *de facto* bardziej wyczerpującego wyjaśnienia i uzasadnienia przyjętych założeń.

Wiele obserwacji dotyczy dość specyficznych ryzyk, tj. terrorklęsk żywiołowych i dlatego ma ograniczone spektrum zastosowania. Wypunktowane anomalie dość często dotyczą jednego, konkretnego rodzaju ubezpieczenia.

Przedstawione zastrzeżenia nie zmieniają bardzo pozytywnej oceny tej książki. Stanowi ona dość dobre usystematyzowanie i podsumowanie badań nad behawioralnymi aspektami rynku ubezpieczeniowego, które w naszym kraju nie są powszechnie znane. Dlatego pozycja ta będzie z pewnością dość ciekawa dla każdej osoby zajmującej się zawodowo ubezpieczeniami.

**DR MARCIN KAWIŃSKI** – adiunkt w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.



## Warunki współpracy z autorami

„Wiadomości Ubezpieczeniowe” wydają tylko artykuły wcześniej niepublikowane. Autorów prosimy o nadsyłanie pocztą elektroniczną materiałów o objętości do 40 000 znaków. W uzasadnionych wypadkach, po konsultacji z Radą Programową, publikowane mogą być prace o większej objętości. Artykuł powinien zawierać uporządkowany wykaz źródeł wg wzoru zamieszczonego na stronie internetowej <http://www.piu.org.pl/informacje-dla-autorow>. Do pracy należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim, zawierające podstawowe tezy pracy, o objętości do 1200 znaków. W celu zapewnienia anonimowości autora nazwisko, adres oraz krótka informacja o autorze powinny być nadesłane w oddzielnym pliku. Elementy graficzne (tabele, wykresy, rysunki) powinny być również załączone w osobnym pliku, tak aby można było je modyfikować przy opracowywaniu edytorskim tekstu. Zastrzegamy sobie prawo dokonywania skrótów, zmiany tytułów i śródtytułów. Honoraria płacimy tylko za materiały zamawiane przez redakcję. Nadesłane teksty będą anonimowo oceniane przez dwóch recenzentów.

Kwartalnik „Wiadomości Ubezpieczeniowe” jest wpisany na listę czasopism naukowych przez MNiSW [6 pkt].

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych „The Central European Journal of Social Sciences and Humanities” pod adresem <http://cejsh.icm.edu.pl>.

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

Nakład 750 egz. Czasopismo dystrybuowane bezpłatnie.

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



ISSN 0137-7264