

## Spis treści

Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli – Małgorzata Serwach	3
Postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące cesji wierzytelności a ich skutki dla roszczeń regresowych z art. 828 k.c. – Dariusz Fuchs	17
Stosunek do konceptu ubezpieczenia indeksowego suszy osób kierujących indywidualnymi gospodarstwami rolnymi w Polsce – Monika Kaczała, Krzysztof Łyskawa	29
FATCA a polscy ubezpieczyciele – Beata Mrozowska, Karol Ruszkowski	41
Nierównowaga funduszu rentowego FUS: przyczyny i implikacje – Wojciech Nagel	53
Stopa zwrotu z akcji i aktywów wolnych od ryzyka a wzrost PKB w długim okresie. Wnioski dla systemu emerytalnego w Polsce – Piotr Żuk	65
Wypłata świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego w Polsce – Joanna Rutecka	81
Porównanie prywatnie zarządzanych planów emerytalnych – ujęcie OECD – Artur Mikulec	101
Wpływ niedoubezpieczenia mienia na świadczenie ubezpieczyciela – glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2010 r., IV CSK 149/10 (niepubl.) – Łukasz Żarnowiec	117



MAŁGORZATA SERWACH

## Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli

*Problematyka odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych oraz łączącego się z nią ubezpieczenia na rzecz pacjentów od samego początku obowiązywania nowych przepisów była przedmiotem szczególnego zainteresowania nauki prawa, w której wskazywano na wątpliwości, jakie powstały w związku z ich interpretacją. W połowie ubiegłego roku ustawodawca znowelizował przepisy, zmieniając kwalifikację ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych z ubezpieczenia obowiązkowego na ubezpieczenie dobrowolne. Czasowa zmiana charakteru wskazanego ubezpieczenia, podobnie jak nowe regulacje odnoszące się do możliwości wyliczenia sumy ubezpieczenia (udział własny podmiotu leczniczego, franszyza) nie tylko nie rozwiązały dotychczasowych problemów, ale wywołały wiele dodatkowych zastrzeżeń.*

*Przedmiotem niniejszych rozważań jest przedstawienie wątpliwości prawnych odnoszących się do znowelizowanych przepisów oraz ich ocena z punktu widzenia działalności Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz uczestników postępowania: podmiotu leczniczego oraz jego ubezpieczyciela. Dodatkowo omówione zostały praktyczne konsekwencje zastosowania nowych unormowań oraz praktyczne zastrzeżenia widziane z perspektywy rocznego funkcjonowania komisji.*

**Słowa kluczowe:** zdarzenia medyczne, ubezpieczenie na rzecz pacjentów, ubezpieczenia obowiązkowe, Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, podmioty lecznicze.

### Zagadnienia wprowadzające

Problematyka odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych oraz łączącego się z nią ubezpieczenia na rzecz pacjentów od samego początku obowiązywania nowych przepisów była przedmiotem szczególnego zainteresowania nauki prawa.<sup>1</sup> Przyczyną takiego stanu rzeczy jest nie tylko

1. Do ustawy z 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta został wprowadzony nowy rozdział 13a zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”. Powołana ustawa w dalszej części rozważań będzie nazywana pr.pacj. (Dz. U. 2012, poz. 159).

fakt, iż ustawodawca wprowadził nowe ubezpieczenie nieznanе dotychczas prawu polskiemu, ale też wzorując się na systemie szwedzkim, wskazywał na pozytywne strony takiego rozwiązania: możliwość uzyskania przez pacjentów szybkiej i skutecznej ochrony przed negatywnymi skutkami powstałymi w procesie leczenia.<sup>2</sup> Konsekwencją wystąpienia określonych uchybień w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych może być szkoda na osobie, w której przypadku konieczne jest niezwłoczne uzyskanie odszkodowania niezbędnego do kontynuowania leczenia lub zniwelowania innych ujemnych konsekwencji powstałego zdarzenia. Nie negując słusznycн motywów samej koncepcji, w nauce prawa wskazywano jednak na szereg wątpliwości, jakie powstały w związku ze stosowaniem oraz wykładnią nowych przepisów.<sup>3</sup>

W dniu 30 czerwca weszła w życie nowelizacja przepisów ustawy o działalności leczniczej, która dokonała istotnej zmiany w zakresie ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych.<sup>4</sup> Mogłoby się wydawać, że celem wprowadzenia modyfikacji przepisów obowiązujących jedynie przez pół roku powinno być doprecyzowanie rozwiązań budzących określone zastrzeżenia interpretacyjne. Tymczasem powołana nowelizacja nie tylko nie rozwiązała dotychczasowych problemów, ale dokonała swoistego rodzaju „przewrotu legislacyjnego”, czasowo zmieniając kwalifikację ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Ubezpieczenie to od 30 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. stało się ubezpieczeniem dobrowolnym, aby od 1 stycznia 2014 r. znowu nabrać charakteru ubezpieczenia obowiązkowego. W ten sposób, osiągając skutek w postaci uchylecia negatywnych dla podmiotów leczniczych sankcji niewywiązania się z obowiązku ubezpieczenia, wprowadzono kolejne wątpliwości zarówno praktyczne, jak i prawne.<sup>5</sup> Dotyczą one wielu podstawowych kwestii.<sup>6</sup>

Po pierwsze, nie zostały przewidziane przepisy intertemporalne ani inne szczególne regulacje odnoszące się do podmiotów leczniczych, które zawarły umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych na poprzednio obowiązujących zasadach; w szczególności nie wskazano, czy szpitale mogą odstąpić od takich umów lub zmodyfikować ich treść.

2. Na temat szwedzkiego modelu zob. M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 2; tenże, *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2010. Por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.
3. E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011 oraz zawarte w niej ciekawe publikacje wielu autorów; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011, nr 1, s. 3 i nast.; M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3, s. 17 i nast.; E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z błędów medycznych. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4.
4. Dz. U. 2012, poz. 742. Zmiana powyższa została wprowadzona do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654).
5. W sytuacji braku umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych organ założycielski mógł bowiem wystać o wykreślenie podmiotu leczniczego z właściwego rejestru. Z tego też powodu, zgodnie z omawianą nowelizacją, wszczęte przed dniem wejścia w życie nowelizacji postępowania w sprawie wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru z powodu niespełnienia wymogu posiadania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych podlegają umorzeniu z mocy prawa {art. 11 ust 4}. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641.
6. W pełni akceptują rozwiązania ustawowe A. Wnęk, K. Policha, *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; Nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11, s. 117 i nast.

Po drugie, nie zostały rozstrzygnięte podstawowe kwestie odnoszące się do charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych (ubezpieczenie NNW czy ubezpieczenie OC).<sup>7</sup> Dodatkowo, ustawodawca nie tylko nie rozwiązał problemów związanych z zakresem zastosowania przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK do omawianych ubezpieczeń, ale spotęgował zastrzeżenia praktyczne przez dokonanie wspomnianej (czasowej) zmiany ich kwalifikacji.<sup>8</sup> W konsekwencji do części umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych – zawartych do 29 czerwca 2012 r. – będą miały zastosowanie inne przepisy (art. 1–22 ub.obow.) niż do umów zawartych od 30 czerwca 2012 r. (art. 805–828 k.c.).

Po trzecie, ustawodawca nie wyjaśnił wątpliwości, jakie pojawiły się w toku prac Komisji Wojewódzkich ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych<sup>9</sup>, ani zastrzeżeń zgłaszanych przez poszczególnych przedstawicieli nauki prawa.<sup>10</sup> Wiele kontrowersji budzą natomiast nowe przepisy odnoszące się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych oraz postanowienia rozporządzeń wykonawczych ustalających zasady wypłaty należnego świadczenia.

Problematyka sytuacji prawnej podmiotów leczniczych, które podjęły próbę odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania, oraz skutków takich decyzji w zależności od tego, czy umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych została zawarta w trybie ustawy prawo zamówień publicznych, czy też poza nim, była przedmiotem odrębnej publikacji.<sup>11</sup> Dlatego tematem niniejszych rozważań będzie kwestia przedstawienia wątpliwości prawnych i praktycznych znowelizowanych przepisów oraz ich ocena z punktu widzenia działalności Komisji i uczestników postępowania: podmiotu leczniczego i jego ubezpieczyciela.

## I. Nowelizacja przepisów o ubezpieczeniu z tytułu zdarzeń medycznych

Modyfikując dotychczasowe zasady, ustawodawca przewidział dla stron umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzy możliwości.<sup>12</sup> Zasadniczym rozwiązaniem jest wyliczenie sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń w szpitalu, których skutki objęte są umową ubezpieczenia, od liczby łóżek i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego.

7. Zob. M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4, s. 4–5. Por. E. Kowalewski, W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „PA” 2012, nr 1, s. 13.
8. Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1152. Powstaje pytanie, czy wszystkie przepisy powołanej ustawy „pasują” i mogą mieć zastosowanie do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych.
9. W dalszej części rozważań Komisja Wojewódzka ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych będzie nazywana „Komisją”. Na temat procedury dochodzenia roszczeń przed Komisją Wojewódzką ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych zob. M. Serwach, *Zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „PA” 2011, nr 4, s. 29 i nast. Por. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, [w:] *Kompensacja szkód...*, op. cit., s. 145 i nast.
10. Zob. powołana we wcześniejszych przypisach bogata literatura przedmiotu.
11. M. Serwach, *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „PA” 2013, nr 1.
12. Zgodnie z art. 11 omawianej nowelizacji – art. 25 ust 1a–1f ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu nadanym ustawą, stosuje się od 1 stycznia 2014 r. Pomimo takiego rozwiązania już obecnie podmiotom leczniczym proponowane są podobne warunki ubezpieczenia, w szczególności udział własny do 50 proc. Niekiedy wymaga się też od szpitala podania ilości łóżek na poszczególnych oddziałach.

Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi jednak nie mniej niż 1000 zł. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>13</sup> w zakresie lecznictwa szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10 proc. Uzależnienie minimalnej sumy ubezpieczenia od równowartości iloczynu liczby łóżek w szpitalu pozwala na uznanie, że dopuszczalne jest także obniżenie ustawowej kwoty; wysokość sumy ubezpieczenia nie może być jednak niższa niż 300 tys. zł. Zaproponowana metoda jest dosyć kontrowersyjna. Możliwość wystąpienia zdarzenia medycznego w konkretnym podmiocie leczniczym nie jest zależna od ilości łóżek, lecz od przyjętego reżimu: leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością, przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, z zastosowaniem prawidłowego sprzętu i niewadliwej aparatury. Ewentualny wpływ na odpowiedzialność szpitala może mieć liczba hospitalizowanych pacjentów oraz profil szpitala. Pewne znaczenie może ponadto odgrywać liczba przeprowadzanych zabiegów tzw. wysoko specjalistycznych lub o podwyższonym ryzyku, liczba lekarzy specjalistów i początkujących lekarzy (bezpośrednio po stażu, rezydentów), rodzaje oddziałów (w szczególności SOR lub OIOM). Różny może być też czas hospitalizacji poszczególnych pacjentów. Wydaje się, że błąd przyjętej metody polega na tym, iż podobnie jak niektórzy lekarze „leczą wyniki badań” zamiast pacjentów, tak ustawodawca uznał, że zdarzenia medyczne mogą wystąpić bardziej w odniesieniu do łóżek niż chorych. Sam zresztą zaprzeczył zasadności przyjętego kryterium, dopuszczając możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia w razie spełnienia przez konkretny podmiot leczniczy warunków akredytacyjnych.

Kolejnym zaproponowanym przez ustawodawcę rozwiązaniem jest wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych tzw. zagregowanej franszyzy integralnej w oznaczonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych mających miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączone jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia takiego postanowienia oznacza, że szpital jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do „wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego” (art. 25 ust. 1e pkt 1). W razie przekazania odpowiedniej wypłaty podmiot leczniczy ma ponadto obowiązek powiadomić o tym ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia jej dokonania. Ubezpieczyciel „jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku wypłaty przez podmiot leczniczy świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, o łącznej wartości odpowiadającej wysokości zagregowanej franszyzy integralnej” (art. 25 ust. 1e pkt 2). Ostatnie sformułowanie jest nie tylko nieprecyzyjne, ale przede wszystkim niezrozumiałe dla podmiotów, do których jest kierowane.<sup>14</sup> Ustawodawca posługuje się skomplikowaną, specja-

---

13. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

14. Problem polega na tym, że nie ma ustawowej definicji udziału własnego oraz franszyzy (redukcyjnej, integralnej). Przyjmuje się, że franszyza integralna [inaczej franszyza warunkowa] to podana w umowie ubezpieczenia wysokość szkody, do której ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania. Zagregowana oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli zatem przy sumie ubezpieczenia w wysokości 300 000 zł strony uzgodnią franszyzę na poziomie 50 proc. (150 000 zł), to wszystkie świadczenia do łącznej wartości franszyzy będzie musiał wypłacić szpital, a ubezpieczyciel ze swoją odpowiedzialnością włączy się dopiero powyżej tej kwoty.

listyczną terminologią, nie wprowadzając jednocześnie żadnych zmian do tzw. słowniczka pojęć, co może być źródłem wielu wątpliwości oraz sporów między podmiotem leczniczym i jego ubezpieczycielem. Poza tym franszyza może być liczona w bardzo dużej jak na realia ubezpieczeniowe kwocie, czyli do 50 proc. sumy ubezpieczenia. W konsekwencji tzw. „mała szkodowość” podmiotu leczniczego może w praktyce spowodować, że płacąc składkę, sam poniesienie finansowy ciężar odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych. Takie rozwiązanie jest raczej „niepedagogiczne”, skoro szpital, który nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, może *de facto* ponosić taką samą odpowiedzialność jak podmiot, który zapłacił składkę i nie przekroczył kwoty przyjętej franszyzy. Tytułem przykładu, jeżeli franszyza będzie wynosiła 100 tys. złotych, a roszczenie pacjenta 50 tys., szpital poniesie odpowiedzialność w pełnym zakresie, podobnie jak ten, który nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Możliwe jest ponadto wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzeciego rozwiązania, czyli proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego w ustalonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Przyjęte sformułowanie odnoszące się do podstawy udziału własnego (suma ubezpieczenia) należy traktować jako lapsus ustawowy, inaczej mogłoby się okazać, że udział ubezpieczyciela wynosi w konkretnym stanie faktycznym znacznie więcej niż 50 proc. Pomijając wątpliwości związane z interpretacją tego postanowienia, powstaje pytanie, jaki jest interes podmiotu leczniczego, aby w tak dużej wysokości (nawet w połowie) ponosił ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego. Biorąc pod uwagę wysokość składek, nie jest łatwo wykazać zasadność istnienia umowy ubezpieczenia, w której ryzyko może być rozłożone w tym samym rozmiarze między podmiot, który zawodowo trudni się udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej, i podmiot, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## II. Znaczenie zmian w przepisach odnoszących się do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych dla podmiotów leczniczych

Przedstawione zmiany w przepisach ubezpieczeniowych z punktu widzenia podmiotów leczniczych wywołują różnego rodzaju skutki. Teoretycznie szpital może podjąć samodzielną decyzję o konieczności posiadania ochrony ubezpieczeniowej w związku z możliwością wystąpienia zdarzeń medycznych oraz umownie ustalić jej zakres. W praktyce decyzja ta jest w znaczny sposób ograniczona. Podmiot leczniczy nie ma bowiem możliwości swobodnego wyboru kontrahenta ani ogólnych warunków ubezpieczenia. Nadal tylko jeden ubezpieczyciel proponuje warunki omawianego ubezpieczenia.<sup>15</sup> Dodatkowo, dopóki ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych miało charakter ubezpieczenia obowiązkowego, ubezpieczyciel nie mógł odmówić zawarcia umowy. Obecnie, skoro analizowane ubezpieczenie ma charakter fakultatywny, ubezpieczyciel, który nie jest zainteresowany udzielaniem ochrony konkretnemu podmiotowi leczniczemu, może odmówić nawiązania prawnego stosunku ubezpieczenia. Brak konkurencyjności na rynku analizowanych ubezpieczeń medycznych powoduje też, że wysokość składki ubezpieczeniowej nie podlega zasadom podaży – popyt, w konsekwencji dla większości szpitali jest ona dosyć wysoka. Kwota proponowanej składki oraz odsunięte w czasie potencjalne ryzyko wypłaty świadczenia (zdarzenie

15. Jedyne ubezpieczyciel, który dotychczas zawierał umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, proponuje tzw. szczególne warunki ubezpieczenia na rzecz pacjentów.

medyczne może w ogóle nie wystąpić na terenie danej placówki] powodują, że większość podmiotów leczniczych nie nawiązuje stosunku ubezpieczenia lub wstrzymuje się z podjęciem tego rodzaju decyzji. Przypadek taki będzie miał miejsce zwłaszcza wtedy, gdy nie wystąpiło jeszcze żadne zdarzenie medyczne na terenie określonej placówki, a więc kierownik podmiotu leczniczego nie zna i nie dostrzega zagrożenia oraz potrzeby przeznaczenia określonych środków na zapłatę kolejnej (poza ubezpieczeniami OC) składki. Faktyczne skutki takich decyzji będą jednak znane dopiero po pewnym czasie. Skoro wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być złożony w terminie trzech lat od jego wystąpienia, dopiero wtedy będzie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim zakresie nieubezpieczony szpital ponosi finansową odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych.

Sytuacja szpitali jest specyficzna także z tego powodu, że nastąpiła pewna zmiana charakteru ich odpowiedzialności. Do chwili wejścia w życie znowelizowanych przepisów, w razie wystąpienia zdarzenia medycznego odpowiedzialność podmiotu leczniczego miała charakter subsydiarny i wchodziła w grę dopiero w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia lub niezawarcia przez niego umowy ubezpieczenia. Obecnie następuje prawna możliwość wystąpienia współodpowiedzialności podmiotu leczniczego oraz jego ubezpieczyciela (przy opcji z udziałem własnym), a nawet zmiana kolejności zobowiązanych do wypłaty świadczenia (w przypadku franszyzy). *De facto* podmiot leczniczy, zawierając umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, nie tylko może być zobowiązany do zapłaty składki, ale też do ponoszenia odpowiedzialności w określonej części, a nawet w pełnym zakresie. Z sytuacją taką będziemy mieć do czynienia, gdy suma wypłaconych przez szpital świadczeń zmieści się w kwocie franszyzy.<sup>16</sup>

Niezależnie od tego, decydujące znaczenie dla określenia, czy doszło do przekroczenia franszyzy, będzie miała kwota wypłaconych, a nie zgłoszonych świadczeń. Może się zdarzyć, że wystąpienie zdarzenia medycznego spowoduje, iż podmiot leczniczy będzie proponował wyższą kwotę, aby uruchomić odpowiedzialność ubezpieczyciela.<sup>17</sup> Wówczas wystąpiłoby ciekawe odwrócenie tendencji. Dotychczas złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w odniesieniu do nieubezpieczonego szpitala stwarzało obawę, że złożona zostanie propozycja niskiego świadczenia; w interesie tego podmiotu była bowiem wypłata świadczenia w jak najmniejszej kwocie. Obecnie szpital może być zainteresowany jak najszybszym włączeniem ubezpieczyciela, zwłaszcza gdy ma świadomość innych uchybień, które mogą skutkować zgłoszeniem kolejnego wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.<sup>18</sup>

Potencjalnie duże problemy praktyczne rodzi przewidziany przez ustawodawcę dzień ponownej zmiany kwalifikacji omawianego ubezpieczenia z dobrowolnego na obowiązkowe. W wielu przypadkach umowy ubezpieczenia zawarte standardowo na okres roku będą się kończyć w lutym,

---

16. Jak wcześniej wskazano, powstaje także inna wątpliwość odnosząca się do podstawy franszyzy, która jest liczona od sumy ubezpieczenia.

17. Gdy do przekroczenia franszyzy konieczna jest niewielka kwota, podmiot leczniczy może uznać, że więcej komplikacji mogłaby rodzić sytuacja, w której przy kolejnym zdarzeniu medycznym mogłoby dojść do znacznego przekroczenia jej wysokości. W konsekwencji powstania wątpliwości po stronie podmiotu leczniczego, czy pełną odpowiedzialność ponosi szpital, czy też ubezpieczyciel powinien złożyć swoją propozycję „uzupełniającą” wysokość świadczenia ponad kwotę franszyzy.

18. Nie ulega wątpliwości, że podmiot leczniczy nie ma doświadczenia w likwidacji szkód medycznych oraz stosowania przepisów rozporządzenia wykonawczego ustalającego procent określonego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.



marcu, kwietniu lub kolejnym miesiącu przyszłego roku. Powstaje pytanie, jakie znaczenie będą one miały po 1 stycznia 2014 r. z punktu widzenia wymogów ustawy o ub.obow. Zgodnie z art. 10 ub.obow. obowiązek ubezpieczenia będzie spełniony, jeżeli zostaje zawarta umowa ubezpieczenia, na podstawie której osoba obciążona tym obowiązkiem korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, a czas trwania i zakres tej ochrony odpowiadają przepisom ustawy wprowadzającym ten obowiązek. Obecnie, gdy nie są znane potencjalne OWU z tytułu zdarzeń medycznych innych ubezpieczycieli, ale też proponowane indywidualnie konkretnym podmiotom leczniczym szczególne warunki ubezpieczenia, nie sposób jednoznacznie wskazać, czy postanowienia zawartych w tym roku umów będą spełniały kryteria art. 10 ub.obow. Podobnie jak nie można wykluczyć, że ustawodawca wprowadzi postanowienie o obowiązywaniu umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do końca okresu, na jaki zostały zawarte, lub przeciwnie, dokona kolejnej nowelizacji, w której zmieni zasady lub warunki omawianego ubezpieczenia.

### **III. Znaczenie zmian w przepisach odnoszących się do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych z punktu widzenia orzekających komisji**

Analizowana zmiana przepisów ustawy o działalności leczniczej, w zasadniczy sposób modyfikująca ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, nie wprowadziła wystarczających zmian w unormowaniach regulujących postępowanie przed Komisją. Taki stan rzeczy powoduje powstawanie wielu dylematów. Zgodnie z obowiązującymi zasadami ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wydanym przez Komisję. W konsekwencji w terminie 30 dni od otrzymania tego orzeczenia lub zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia.<sup>19</sup> Wskazane zasady stosuje się odpowiednio do podmiotu leczniczego w razie wyliczenia sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, lub niezawarcia umowy ubezpieczenia (art. 67k ust. 10 pkt 1 pr.pacj.). Zgodnie z dodanym postanowieniem 67k ust. 10 pkt 2 pr.pacj. analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w razie wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych na podstawie art. 25 ust. 1e pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.<sup>20</sup> Przepis ten odnosi się do sytuacji, gdy podmiot leczniczy jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej. Nie ma natomiast odpowiedniego unormowania w odniesieniu do sytuacji, w której w umowie ubezpieczenia zastrzeżony został udział własny. Uchybienie to jest o tyle istotne, o ile w proponowanych obecnie tzw. szczególnych warunkach ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych przewidziana jest jedynie możliwość zawarcia umowy z udziałem własnym do 50 proc. sumy ubezpieczenia (wariant 1) lub 50 proc. świadczenia (wariant 2). Mogłoby się

- 
19. Zarówno wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jak i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej Komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Zostaje on przeanalizowany w terminie 30 dni od jego otrzymania. W rozpatrywaniu odwołania nie może uczestniczyć żaden członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.
20. Skoro powołany przepis wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r., powstaje pytanie, jak należy traktować wskazane uregulowanie i jego znaczenie dla obecnie prowadzonych postępowań i umów ubezpieczenia.

wydawać, że najstuszniejszym rozwiązaniem byłoby, aby Komisja informowała oba zainteresowane podmioty o obowiązku złożenia propozycji określonego odszkodowania lub zadośćuczynienia, ale żaden przepis prawa określający zasady postępowania w tym względzie nie został zmieniony.

Niezależnie od tego członkowie Komisji nie mają wglądu w treść umowy ubezpieczenia zawartej przez konkretny podmiot leczniczy ani obowiązku dokonywania jej analizy. W przypadku uzyskania informacji o istnieniu polisy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych Komisja będzie oczekiwać w ustawowym terminie propozycji ubezpieczyciela. Trudno dokonać jednoznacznej oceny swoistego związania obu odpowiedzialnych podmiotów, jakie wynika z wprowadzenia udziału własnego.<sup>21</sup> Nie zostało rozstrzygnięte, czy ubezpieczyciel, podejmując decyzję o proponowanej kwocie odszkodowania lub zadośćuczynienia, składa oświadczenie także w imieniu podmiotu leczniczego, czy jedynie w swoim własnym. Jak oceniać rozbieżność stanowiska odpowiedzialnych podmiotów lub niedochowanie terminu przez któregokolwiek z nich, w szczególności przez ubezpieczyciela? Czy negatywne skutki braku propozycji świadczenia ze strony ubezpieczyciela, powodujące wydanie przez Komisję zaświadczenia potwierdzającego obowiązek wypłaty świadczenia w kwocie wskazanej przez wnioskodawcę, powinny mieć zastosowanie także do podmiotu leczniczego, który w określonej części ponosi odpowiedzialność majątkową? W praktyce, czy w przypadku ustalenia kwoty 40 tys. zł i udziału własnym 50 proc. (czyli odpowiedzialności szpitala w wysokości 20 tys. zł), a następnie uchybienia ubezpieczyciela i wydania przez Komisję zaświadczenia potwierdzającego odpowiedzialność z tytułu zdarzenia medycznego w wysokości zaproponowanej przez poszkodowanego (np. 100 tys. zł), materialna odpowiedzialność szpitala nadal będzie wynosiła 20 tys. zł, czy już 40 tys. zł.<sup>22</sup>

Z treści powołanych szczególnych warunków ubezpieczenia PZU wynika, że w razie wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym podmiot leczniczy ma obowiązek w terminie 30 dni wspólnie z ubezpieczycielem przedstawić wnioskodawcy propozycję świadczenia z podziałem kwot należnych od ubezpieczającego i jego kontrahenta. W razie nieosiągnięcia porozumienia między stronami umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych co do wysokości świadczenia w terminie określonym, propozycję tę składa ubezpieczyciel i jest ona wiążąca dla ubezpieczającego. Rozwiązanie to ma jednak umowny charakter. Tymczasem Komisja nie bada treści umowy z tytułu zdarzeń medycznych, ponadto OWU innych ubezpieczycieli lub uzgodnione indywidualnie warunki mogą przyjąć odmienne zasady. Niezależnie od przedstawionych założeń, podmiot leczniczy nieakceptujący stanowiska ubezpieczyciela (pozostający z nim w sporze) może przecież złożyć własną propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia. Dopuszczalny jest także odwrotny przypadek, ubezpieczyciel nawet po uzgodnieniu stanowiska z podmiotem leczniczym nie złoży w terminie, na skutek uchybień w wewnętrznej organizacji, żadnej propozycji świadczenia.

Sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje, gdy weźmiemy pod uwagę, że zgodnie z art. 13 omawianej nowelizacji przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 67k ust. 11 pr.pacj. zachowują moc do dnia wejścia w życie nowych aktów wykonawczych, ale nie dłużej niż do dnia 1 lipca 2013 r.

---

21. Podobnie w przypadku przyjęcia franszyzy, Komisja musi być poinformowana nie tylko o jej istnieniu, ale też wysokości; w przeciwnym razie nie będzie wiedziała o tym, że doszło do przekroczenia kwoty franszyzy i o konieczności złożenia propozycji świadczenia już przez ubezpieczyciela.

22. Należy bowiem pamiętać, że wydane przez Komisję w takim przypadku zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy. Inną kwestią to ustalenie, czy podmiotowi leczniczemu przysługiwałoby ewentualnie roszczenie odszkodowawcze.

Chodzi o rozporządzenie ministra zdrowia z 2 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego.<sup>23</sup> Nie znamy jeszcze ani nowych przepisów, ani ich projektu. Z pewnością wprowadzenie kolejnych zmian w toku obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz w czasie toczących się postępowań o ustalenie zdarzenia medycznego może spowodować komplikacje praktyczne.<sup>24</sup> W oczekiwaniu na wydanie przepisów wykonawczych można ponadto zgłosić postulat, aby w interesie pacjentów przewidziane zostały minimalne kwoty proponowanych świadczeń lub inne postanowienia uniemożliwiające zobowiązanym podmiotom składanie propozycji zbyt niskich kwot.

#### IV. Problematyka zdarzeń medycznych z punktu widzenia ubezpieczyciela

Niedogodnością obowiązującego systemu jest brak możliwości przeprowadzenia tzw. postępowania likwidacyjnego przez ubezpieczyciela, zanim otrzyma orzeczenie Komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego w danym podmiocie leczniczym. Jest to jedyny przypadek, w którym poszkodowany nie może skierować roszczenia bezpośrednio do ubezpieczyciela (i to niezależnie od tego, czy mamy tutaj do czynienia z ubezpieczeniem osobowym, czy ubezpieczeniem OC). Powoduje to możliwość powstania kolizji między rozwiązaniem z art. 817 k.c. czy art. 14 ub.obow. Wskazując na zawiadomienie ubezpieczyciela jako początek postępowania likwidacyjnego, ustawodawca używa zamiennie trzech terminów: zawiadomienie o szkodzie (art. 14 ust.obow), zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem (art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) oraz zawiadomienie o wypadku (art. 817 k.c.).

Niezależnie od wskazanych różnic, generalnie należy przyjąć, że ubezpieczyciel ma co do zasady obowiązek spełnienia świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Tymczasem w analizowanym przypadku uzyskujemy informację o zdarzeniu, ale nie można podjąć żadnych działań zmierzających do likwidacji szkody. Nawet w sytuacji, gdy ubezpieczyciel uznaje swoją odpowiedzialność i jest przekonany, że doszło do wystąpienia zdarzenia medycznego, musi oczekiwać na wydanie przez komisję stosownego orzeczenia. Jedynie przez przyjęcie stanowiska w sprawie w ustawowym terminie 30 dni może zgodzić się ze stanowiskiem wnioskodawcy.

Skoro Komisja ma ustawowy termin czterech miesięcy na przeprowadzenie postępowania i wydanie orzeczenia, literalna wykładnia przepisów odnoszących się do terminów wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego powodowałaby, że zawarte w nich zasady w każdym przypadku zostałyby przez ubezpieczyciela naruszone. Dlatego jedynym rozwiązaniem tej kolizji jest uznanie, że ubezpieczyciel uzyskuje informację o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego nie tyle w momencie otrzymania danych o zdarzeniu medycznym w ubezpieczonym podmiocie leczniczym, ile w chwili doręczenia ostatecznego orzeczenia Komisji. Rozwiązanie to prowadzi do wniosku, że zamiast uproszczenia postępowania zmierzającego do naprawienia szkody pacjenta, wprowadzona została jego dwustopniowość. Orzeczenie Komisji (w przeciwieństwie do wyroku sądowego) nie kończy postępowania w sprawie, lecz dopiero uruchamia postępowanie likwidacyjne ubezpieczyciela.

23. Dz. U. 2012, poz.207.

24. Dłatego niesłuchanie istotne jest ustalenie, czy decydujące znaczenie będzie miała chwila złożenia wniosku, zakończenia postępowania, czy też złożenia propozycji świadczenia.

Kolejną kwestię stanowi ustalenie chwili wyczerpania sumy ubezpieczenia. Jak się wydaje, decydować będzie kolejność wypłaconych, a nie proponowanych świadczeń. Niedopuszczalne byłoby przyjęcie, że pacjent, któremu ubezpieczyciel złożył propozycję określonego świadczenia, nie uzyska tej kwoty, bowiem suma ubezpieczenia wyczerpie się na skutek wcześniejszego przyjęcia przez innego wnioskodawcę później złożonej propozycji. Wyobraźmy sobie sytuację, w której do wyczerpania sumy ubezpieczenia zostało 50 tys. zł., analogiczne kwoty powinny być wypłacone dwóm poszkodowanym pacjentom w związku z zaistnieniem różnych zdarzeń medycznych (np. to samo zakażenie szpitalne). Pomiedzy orzeczeniami wydanymi przez Komisję są trzy tygodnie różnicy. Ubezpieczyciel składa propozycję pierwszemu poszkodowanemu w wysokości 50 tys. zł, informując drugiego o wyczerpaniu sumy ubezpieczenia. Nie da się chyba uznać, że ubezpieczyciel może jednak wstrzymać się z wyliczeniem i propozycją wysokości świadczenia, dopóki inny wnioskodawca nie złoży oświadczenia, czy zaproponowaną kwotę przyjmuje, czy też ją odrzuca. Teoretycznie, dopóki odpowiednia suma nie zostanie wypłacona, dopóty nie doszło do wyczerpania sumy ubezpieczenia, a niezłożenie żadnej propozycji może skutkować wydaniem przez komisję odpowiedniego zaświadczenia. Z drugiej strony złożenie propozycji obu pacjentom może powodować odpowiedzialność ubezpieczyciela ponad wysokość sumy ubezpieczenia w razie przyjęcia przez każdego z nich wskazanej kwoty. Analogicznie, uchybienie przez ubezpieczyciela terminowi na złożenie propozycji odpowiedniego świadczenia będzie oznaczało możliwość ponoszenia odpowiedzialności ponad wysokość sumy ubezpieczenia, skoro wydane przez Komisję zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy.

## V. Praktyczne wątpliwości wynikające z dotychczasowej działalności orzekających komisji

### 1. Definicja zdarzenia medycznego

Nie ulega wątpliwości, że istotnym mankamentem omawianej regulacji jest pojęcie zdarzenia medycznego. Termin ten odgrywa kluczową rolę z punktu widzenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz podmiotu leczniczego. W przeciwieństwie do szwedzkiego modelu, w którym zdarzenia objęte zakresem ochrony stanowią okoliczności enumeratywnie wyliczone, w prawie polskim przyjęta została koncepcja szczegółowego określenia zdarzenia medycznego poprzez wprowadzenie kilku jego elementów. Zdarzeniem medycznym jest zatem zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

W powołanej definicji podkreślona jest niezgodność postępowania konkretnego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną. Problem polega jednak na tym, że nawet wśród lekarzy istnieje spór, jak należy rozumieć zakres aktualnej wiedzy medycznej. W niektórych dziedzinach medycyny obowiązują tzw. standardy czy procedury, w innych mają one jedynie charakter rekomendacji.<sup>25</sup> „Poziom aktualnej

---

25. Rekomendacje czy standardy opracowują niekiedy określone związki lub stowarzyszenia, np. lekarzy pediatrów, internistów czy innych specjalistów.

wiedzy medycznej” w Polsce może być nieco inny niż w pozostałych systemach opieki zdrowotnej, w których stosuje się nowocześniejsze metody leczenia.<sup>26</sup> Jeśli nawet przyjmiemy, że ustawodawca brał pod uwagę rodzimy stan wiedzy medycznej, kolejne pytania nasuwają się w sytuacji, gdy nie wszystkie możliwe do zastosowania metody leczenia są finansowane ze środków publicznych. Jeżeli podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, podlega procedurom określonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ograniczenia wynikające z oznaczonego kontraktu mogą w istotny sposób wpływać na decyzję lekarza o wyborze konkretnego sposobu leczenia, chociaż bardziej zasadne byłoby zastosowanie innej metody, która jednak nie jest refundowana. Analogiczna sytuacja może mieć miejsce, gdy – ze względu na wyczerpanie środków przeznaczonych na finansowanie określonego rodzaju procedury – pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących, podczas gdy niezwłoczne zastosowanie określonej metody (np. w stosunku do tzw. pacjentów onkologicznych) może w istotny sposób wpłynąć na wynik leczenia.

Odwołanie do kryterium aktualnej wiedzy medycznej powoduje też, że powstaje kolejne pytanie o relację omawianej odpowiedzialności do odpowiedzialności cywilnej. Wprawdzie w postępowaniu przed Komisją nie jest wymagane wykazanie winy konkretnego podmiotu,<sup>27</sup> ale trudno wskazać sytuację, w której podmiot wykonujący zawód medyczny dopuszcza się działania lub zaniechania niezgodnego z wiedzą medyczną, powodującego uszkodzenie ciała pacjenta, rozstrój zdrowia, a nawet śmierć chorego i takie postępowanie nie może być zakwalifikowane co najmniej jako niedbalstwo.

Z praktycznego punktu widzenia ważniejsze jest, że poszczególne elementy składające się na definicję zdarzenia medycznego nie muszą wystąpić jednocześnie. Wątpliwości powstaną zatem wtedy, gdy wadliwie przeprowadzone zabieg lub inna metoda leczenia nastąpi w jednym roku (np. gdy ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej), a jego negatywne skutki w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci po pewnym czasie (np. w kolejnym roku, gdy podmiot leczniczy nie zawarł umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych). Literalna wykładnia art. 67a pr.pacj. wskazywałaby, że decydujące znaczenie powinien mieć skutek w postaci określonego uszczerbku na osobie.<sup>28</sup> Wydaje się jednak, że bardziej zasadne byłoby przyjęcie, iż w okresie ochrony ubezpieczeniowej musi wystąpić zdarzenie w postaci wadliwego leczenia, zabiegu, diagnozy czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. W przeciwnym razie powstaje wyraźna sprzeczność z treścią art. 9a ub.obow., przyjmującego konstrukcję *act commited* (czyli zdarzenia będącego źródłem szkody) w ubezpieczeniach obowiązkowych. Poza tym sformułowanie ustawowe spowodowało błędne przekonanie, że zdarzeniem podlegającym ochronie może być określony uszczerbek (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy śmierć), który nastąpił jeszcze przed 1 stycznia 2012 r.<sup>29</sup> Takie stanowisko pozbawiałoby podmiot leczniczy

26. Istnieją specjalne procedury pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów leczenia, zabiegów lub rehabilitacji za granicą.

27. Co stanowi argument dla zwolenników kwalifikacji ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jako ubezpieczenia NNW.

28. Należy przy tym podkreślić wyraźną rozbieżność pomiędzy dwoma paragrafami wskazanego przepisu.

29. Takie założenie przyjęła jedna z Komisji, której członkowie uznali, że jeśli uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym czy śmierć nastąpiły po dniu wejścia w życie przepisów, to mamy do czynienia ze zdarzeniem medycznym, chociaż określone postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną wystąpiło przed 1 stycznia 2012 r. Sformułowanie: przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, mających miejsce po dniu wejścia w życie

możliwości uzyskania ochrony ubezpieczeniowej, skoro omawiane ubezpieczenie zostało wprowadzone do prawa polskiego dopiero od 1 stycznia 2012 r.<sup>30</sup>

## 2. Termin na złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego

Kolejna kwestia to termin na złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Zgodnie z art. 67c ust. 2 pr.pacj wniosek wnosi się w terminie jednego roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

Z brzmienia powołanego przepisu wynika, że terminem bezwzględny są trzy lata od wystąpienia zdarzenia inicjującego powstanie szkody, chociażby wnioskodawca nie uzyskał jeszcze informacji o wystąpieniu określonego uszczerbku. W odniesieniu do pacjenta termin roczny ma charakter subiektywny i jest liczony od dnia dowiedzenia się o szkodzie, natomiast w przypadku spadkobierców termin ma charakter obiektywny, skoro jest liczony nie tyle od chwili dowiedzenia się o śmierci spadkodawcy, ile od chwili zgonu. Na uwagę zasługuje ponadto postanowienie ust. 4 art. 67c pr.pacj., zgodnie z którym w przypadku śmierci pacjenta termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Załóżmy, że postępowanie spadkowe zostało zakończone po upływie pięciu lat od śmierci pacjenta. W takim przypadku minął już rok od chwili zgonu pacjenta i trzy lata od zdarzenia, które stanowiło jego przyczynę. Jak w takim razie liczyć termin do złożenia wniosku przez spadkobierców?

Niezależnie od odpowiedzi na tak postawione pytanie, jak wskazywałam we wcześniejszych publikacjach, ustawodawca nie rozstrzygnął kluczowej kwestii odnoszącej się do określenia charakteru ustawowego terminu.<sup>31</sup> W konsekwencji, może budzić wątpliwości, czy Komisja nie powinna odrzucić wniosku złożonego po terminie (gdyby był termin instrukcyjny), czy powinna przyjmując wniosek i oczekiwać stanowiska ubezpieczyciela lub podmiotu leczniczego (jak w przypadku terminu przedawnienia). Chwila złożenia wniosku przerywa ponadto bieg przedawnienia roszczeń odszkodowawczych z kodeksu cywilnego, chociaż skutek ten nie wystąpi w odniesieniu do spadkobierców, którzy nie należą do grona osób uprawnionych na podstawie art. 446 k.c.

## 3. Określenie wysokości należnego świadczenia oraz brak udziału komisji w jego ustalaniu

Z punktu widzenia pacjenta zasadniczą niedogodność ustawowego rozwiązania stanowi ograniczona możliwość komunikacji między nim jako wnioskodawcą i ubezpieczycielem (lub podmiotem

---

ustawy [art. 4 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. 2010, Nr 113, poz. 660] potraktowano jako odnoszące się do wymienionych uszczerbków na osobie, a nie samych zdarzeń.

30. Przeciwnie stanowisko zajmują E. Kowalewski, W. Mogiński, *Istota...*, op. cit., s. 11, którzy twierdzą, że „zdarzeniem medycznym nie jest udzielenie świadczenia szpitalnego, lecz jego następstwa w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta”.

31. Zob. M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4, s. 4 i nast.

lecniczym] w kwestii ustalania wysokości odszkodowania. W szczególności wnioskodawca nie może złożyć odwołania od decyzji ubezpieczyciela co do wysokości zaproponowanej mu kwoty. Przyjęty system jest bardzo uproszczony. Zobowiązany składa za pośrednictwem Komisji propozycję określonego świadczenia. Wnioskodawca przyjmuje zaoferowaną mu kwotę, zrzekając się jednocześnie podnoszenia dalszych roszczeń, lub też ją odrzuca, co z kolei kończy całe postępowanie w sprawie. Takie rozwiązanie nie jest prawidłowe z dwóch powodów. Postępowanie przed Komisją, które z założenia miało mieć charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego, nie tylko nie spełni swej funkcji, ale w ogóle nie doprowadzi do sprawnego naprawienia szkody pacjenta. Mimo prawidłowych ustaleń Komisji i wyczerpującego wyjaśnienia wszystkich okoliczności zdarzenia, pacjent nie uzyska bowiem satysfakcjonującego go świadczenia. Bardzo słaba jest też pozycja komisji w tej części postępowania, która nie ma żadnego wpływu na wysokość zaproponowanego świadczenia. Być może uzasadnione byłoby włączenie jej w jakiejś mierze do ustalania stanowiska stron lub przeciwnie – uznanie, że Komisja kończy swoją rolę w chwili wydania orzeczenia o ustaleniu lub braku zdarzenia medycznego. W ostatnim przypadku kolizja powstałaby tylko wtedy, gdyby okazało się, że ubezpieczyciel (podmiot leczniczy) nie złożył żadnej propozycji w ustawowym terminie. Dlatego najlepszym pomysłem wydaje się wezwanie pacjenta i zobowiązanego do wypłaty świadczenia, a w przypadku udziału własnego szpitala obu odpowiedzialnych podmiotów, do ustalenia wysokości należnego świadczenia oraz czynny udział Komisji w określeniu jego granic. Takie rozwiązanie w znaczny sposób rozszerzyłoby jednak uprawnienia, a przede wszystkim obowiązki członków komisji.

## Uwagi końcowe

W konkluzji należy stwierdzić, że po roku obowiązywania przepisów regulujących tryb ustalenia zdarzenia medycznego oraz unormowań odnoszących się do ubezpieczeń na rzecz pacjentów, łatwiej postawić wiele pytań pozostających bez jednoznacznej odpowiedzi, niż dokonać prawidłowej oceny funkcjonującego systemu. Można się natomiast spodziewać, że liczba wątpliwości praktycznych i prawnych nie tylko nie ulegnie zmniejszeniu, ale wręcz przeciwnie – zostanie spotęgowana po 1 stycznia 2014 r.<sup>32</sup>

## Wykaz źródeł

- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, (w:) *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.
- Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011.
- Kowalewski E., *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011, nr 1.

32. Kolejne zmiany przepisów, medycznie rzecz ujmując, przypominają zabieg prowadzony na żywym organizmie.

- Kowalewski E., Mogilski W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „PA” 2012, nr 1.
- Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z błędów medycznych. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „PiM” 2010, nr 4.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2010.
- Nesterowicz M., *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „PiM” 2002, nr 2.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Serwach M., *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3.
- Serwach M., *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4.
- Serwach M., *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „PA” 2013, nr 1.
- Wnęk A., Policha K., *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; Nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11.

## **The problem of medical incidents in the practice of assessment committees, entities providing medical services and insurers**

*Since the moment when the new regulations took effect the issue of liability for medical incidents and of related insurance for patients has been of particular interest to the science of law, which indicated doubts connected with their interpretation. In mid-2012, the legislator amended the regulations, changing qualification of medical incident insurance from compulsory to voluntary. The temporary change of the nature of the insurance in question, as well as the new regulations related to the possibility of calculating the sum insured (deductible of the entity providing medical services) not only have not solved the existing problems, but also have led to numerous additional objections.*

*The aim of this article is to present legal doubts related to the amended regulations, and to assess them from the perspective of the operation of Medical Incident Assessment Committees, as well as the procedure participants: the entity providing medical services and its insurer. In addition, the author discusses practical consequences of applying the new regulations, and practical objections visible after one year of the Committees' operation.*

**Key words:** medical incident, insurance for patients, compulsory insurance, Medical Incident Assessment Committee, entities providing medical services.

**DR MAŁGORZATA SERWACH** – adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, adiunkt w Katedrze Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.



DARIUSZ FUCHS

## Postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące cesji wierzytelności a ich skutki dla roszczeń regresowych z art. 828 k.c.

*Que iure suo utitur, neminem laedit.*<sup>1</sup>

*Zagadnienie cesji wierzytelności w obrocie ubezpieczeniowym ze względów teoretycznych, ale także praktycznych stanowi istotną kwestię, której w relatywnie ograniczonym zakresie poświęcono uwagę w polskiej literaturze. Jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do specyficznej instytucji cessio legis z art. 828 k.c.*

*Należy podkreślić, iż na to zagadnienie zwrócono także uwagę w ramach Principles of European Insurance Contract Law (tzw. PEICL), przygotowanych przez tzw. Insurance Restatement Group.<sup>2</sup>*

*Potrzeba takiej analizy na gruncie rodzimego prawa jest też wynikiem obserwacji praktyki, w której (także ze względu na wzrost kultury prawnej i świadomości autonomii materialnoprawnej) ubezpieczający (ew. ubezpieczeni) w umowach ze swoimi kontrahentami stosują umowy zakaz przelewu wierzytelności wynikających z tych umów. W przeciwieństwie do niniejszego, na polskim rynku ubezpieczeniowym brak powszechności stosowania umownych wyłączeń uprawnienia ubezpieczyciela, przysługującego mu na mocy art. 828 k.c., co jest częstokroć odzwierciedlone przez treść OWU danego ubezpieczyciela, gdzie explicite powszechnie cytuje się treść art. 828 k.c. (nic nie mówiąc o ewentualnych ograniczeniach tego uprawnienia czy też jego całkowitym wyłączeniu). W konsekwencji, w związku z faktem, iż art. 828 § 1 k.c. jest jedną z postaci cessio legis przewidzianą w art. 518 § 1 pkt. 4 k.c., do której to powszechnie stosuje się per analogiam przepisy o umownej cesji wierzytelności (art. 509 i nast. k.c.), powstają pytania fundamentalnej natury. Otóż, (po pierwsze) jaka jest relacja art. 509 § 1 k.c. do cessio legis z art. 828 k.c. oraz w konsekwencji, czy do cesji zwrotnej między ubezpieczającym*

1. {Łac.} Kto nie przekracza granic swojego uprawnienia nie narusza praw innych.
2. D. Fuchs, Insurance Restatement jako przykład jednolitego prawa wspólnotowego o umowie ubezpieczenia, „Studia Ubezpieczeniowe” nr 127 z 2009 r., s. 307 i nast. oraz tenże: Restatement of European Insurance Contract Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń, [w:] E. Kowalewski (red.), O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń, Toruń 2009 r., s. 125 i nast.

a ubezpieczycielem, dotyczącej wiarytelności wobec sprawcy szkody objętej umownym zakazem cesji, będzie już miał zastosowanie zakaz cesji, wprowadzony do umowy między kontrahentem (sprawcą szkody) a ubezpieczającym. Ranga powyższej postawionych kwestii uzasadnia analizę istoty regulacji odnoszącej się do statusu ubezpieczyciela w razie wypłaty odszkodowania uprawnionemu.

**Słowa kluczowe:** regres prawidłowy, *cessio legis*, odpowiedzialność cywilna, uprawnienia ubezpieczyciela.

## I. Istota regulacji art. 828 k.c.

Ubezpieczenia gospodarcze stanowią materię ze swej istoty złożoną, czego wyrazem jest kompleksowość regulacji prawnej, za pomocą której ustawodawca stara się realizować szereg funkcji, *nota bene* charakterystycznych dla całego prawa odszkodowawczego, opartego na koncepcji spełnienia świadczenia odszkodowawczego. W przypadku ubezpieczeń gospodarczych przyjmuje to postać szczególną, a mianowicie stosunku gwarancyjnego, w którym ubezpieczyciel odpowiada za następstwa szkody osobowej lub majątkowej, nie będąc z zasady zobowiązany wobec uprawnionego ani ze względu na swą odpowiedzialność deliktową, ani też z tytułu nienależytego wykonania umowy, gdyż takie podstawy nie występują w odniesieniu do ubezpieczyciela.<sup>3</sup>

Wydaje się, że obecnie najistotniejszymi funkcjami, które powinny być realizowane przez system ubezpieczeń gospodarczych (a co niestety odbiega od obowiązującego w Polsce modelu regulacyjnego, w którym przede wszystkim kładzie się nacisk na funkcję kompensacyjną) – co także jest postulatem wobec prawa odszkodowawczego *per toto* jako części materii zobowiązań cywilnoprawnych – są: funkcja prewencyjna oraz kompensacyjna, w takiej właśnie kolejności.

O ile niemożliwe byłoby wyłonienie nawet podstawowego katalogu tych instytucji prawnych, które służą w ubezpieczeniach gospodarczych realizacji kompensacji w sposób wyczerpujący, to w odniesieniu do funkcji prewencyjnej jest całkowicie odwrotnie. W zasadzie jedyną normę Kodeksu cywilnego, która jest powszechnie kojarzona w literaturze z prewencją ubezpieczeniową, stanowi art. 826 § 1 k.c.<sup>4</sup>

Kiedy w sposób bardziej wnikliwy podda się analizie regulację art. 805–834 k.c., to można znaleźć jeszcze kilka przykładów, które jeżeli nie są poświęcone wyłącznie funkcji prewencyjnej (zresztą art. 826 k.c. także, oprócz aspektu prewencyjno-ratowniczego, reguluje funkcję kompensacyjną poprzez treść § 3 oraz § 4), to z pewnością realizują tę funkcję w połączeniu z postulatem kompensacji szkody. Jednym z takich inspirujących przykładów jest instytucja *cessio legis*, swoiście normowana przez polskiego prawodawcę w art. 828 k.c.<sup>5</sup>

Warto też podkreślić, że zarówno art. 826 k.c., jak i art. 828 k.c. regulują instytucje charakterystyczne wyłącznie dla ubezpieczeń majątkowych definiowanych przez spectrum przedmiotowe majątkowego interesu ubezpieczeniowego z art. 821 k.c.

---

3. Dla przykładu por. W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2002, s. 94–95.

4. Szczegółowa analiza: por. D. Fuchs, *Zakres obowiązku prewencji w prawie ubezpieczeń gospodarczych. Uwagi na tle art. 826 k.c.*, „Prawo Asekuracyjne” nr 2/2004, s. 37 i nast. oraz tenże: *Funkcja prewencyjna ubezpieczeń w świetle projektu nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 1/2006, s. 35 i nast.

5. Por. W. Kurowski, *Przelew wiarytelności w prawie prywatnym międzynarodowym*, Zakamycze 2005, s. 26, przypis 21.

Można w tym kontekście postawić jeszcze dalej idącą tezę, że o ile art. 826 k.c. w obecnym brzmieniu ma zastosowanie zarówno w ubezpieczeniu mienia, jak i ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o tyle w przypadku regulacji zawartej w art. 828 k.c. z przyczyn oczywistych jej zakres zastosowania ogranicza się do ubezpieczenia mienia, a to z powodu podmiotu wskazanego jako adresat tego roszczenia, mianowicie osoby trzeciej wobec stosunku ubezpieczenia.

Powyższe oznaczają, że osoba trzecia, o której stanowi ustawodawca, nie jest z przyczyn oczywistych stroną umowy, *id est*: ubezpieczającym, ale także nie jest, szczególnie wobec brzmienia art. 828 § 3 w związku z art. 808 k.c., osobą, na rzecz której zawarto umowę, tj. ubezpieczonym.

Oczywiście odrębną kwestię stanowią regresy w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, mające swą samodzielną podstawę ustawową, jak np. w przypadku normatywnie określonych podstaw regresu w ubezpieczeniu OC posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody wyrządzone ruchem tego pojazdu wobec kierującego.<sup>6</sup> Przykład ten oczywiście należy traktować oddzielnie od analogicznej w stosunku do instytucji opisanej w art. 828 k.c. konstrukcji prawnej, na podstawie której Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu przysługuje zwrot wypłaconych odszkodowań od sprawcy szkody oraz osoby, która nie dopełniła obowiązku ubezpieczenia.<sup>7</sup>

Dalsze wywody tracą także swe zastosowanie dla ubezpieczeń osobowych z dwóch zasadniczych powodów.

Przede wszystkim wykładnia systemowa art. 828 k.c. nie pozwala pod żadnym pozorem stosować tej konstrukcji do ubezpieczeń osobowych. Tej regulacji poświęcił prawodawca w Kodeksie cywilnym uwagę począwszy od art. 829 k.c. Po drugie, funkcję prewencyjną w ubezpieczeniach osobowych realizują inne instytucje, by zwrócić uwagę w tym miejscu, w szczególności w odniesieniu do umowy ubezpieczenia na życie (np. 832 §1 k.c.).

Zarazem należy podkreślić, że sprawa roszczeń regresowych ubezpieczyciela, wywodzonych z art. 828 § 1 k.c.,<sup>8</sup> wobec odpowiedzialnego za szkodę stanowi w praktyce istotne zagadnienie, któremu wielokrotnie poświęcał uwagę Sąd Najwyższy i zgodnie z którym, aby mówić o dopuszczalności roszczenia regresowego, należy przyjąć istnienie koniunkcji dwóch zasadniczych przesłanek:

- 1) wypłaty należnego świadczenia przez ubezpieczyciela oraz
- 2) podstawy materialnoprawnej odpowiedzialności danego podmiotu (odpowiedzialnego za szkodę) w sytuacji, gdy ubezpieczyciel dochodzi roszczenia regresowego za szkodę od osoby, wobec której jest właśnie kierowane roszczenie regresowe ubezpieczyciela.<sup>9</sup>

6. Por. art. 43 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1152. ze zm.; ten przykład wymagałby odrębnej analizy, a to ze względu na ocenę, czy istnieje w tej sytuacji możliwość powołania się na art. 828 k.c. przez ubezpieczyciela w OC komunikacyjnym wobec posiadacza pojazdu mechanicznego, gdy np. dopuszcza on kierowcę do kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości.

7. Art. 110 ust. 1 ustawy z przyp. 18; por. M. Barcicka, *Wybrane problemy z zakresu roszczeń regresowych dochodzonych przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na przykładzie wyroków sądowych*, „Prawo Asekuracyjne”, nr 3/2001, s. 52 i nast.; Też, *Roszczenia regresowe UFG*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” nr 3 z 2011 r., s. 15–17.

8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Dz. U. z 1964 Nr 16, poz. 93 ze zm., dalej cytowana także jako: k.c.

9. Por. orzeczenia przywołane przez H. Cieplą w: *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Tom 2, Warszawa 2005, s. 595–998.

Powyższe dwie przesłanki są niezbędne.<sup>10</sup> Częstokroć dodatkowo zachodzi konieczność, szczególnie przy ustalaniu istnienia drugiej z nich, wystąpienia dodatkowych czynników, lub też wykluczenia ewentualnych wyłączeń odpowiedzialności, wynikających z odrębnych przepisów. Takim przykładem szczególnego przepisu, który częstokroć należy brać pod uwagę w okolicznościach art. 828 k.c., jest niewątpliwie, w odniesieniu do odpowiedzialności deliktowej, art. 429 k.c.<sup>11</sup> Jego specyficznym odpowiednikiem w umowie spedycji (*ergo*: w sferze odpowiedzialności kontraktowej), co czyni *nota bene* tę umowę tak wyjątkową na tle innych kontraktów gospodarczych, jest art. 799 k.c.

## II. Znaczenie przesłanek z art. 828 k.c.

*De lege lata*, jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania.

Wobec powyższego ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie odszkodowawcze tylko i wyłącznie wówczas, gdy roszczenie o naprawienie szkody przysługiwało uprzednio poszkodowanemu przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę. Niestety jest to w praktyce okolicznością stosunkowo często pomijaną, w zamian ubezpieczyciele koncentrują się, w razie dochodzenia roszczenia na podstawie art. 828 k.c., jedynie na wykazaniu faktu spełnienia świadczenia odszkodowawczego do rąk uprawnionego i określania jego wysokości.<sup>12</sup> Warto także zwrócić uwagę na to, że zgodnie ze stanowiskiem doktryny oraz orzecznictwa, roszczenie przysługujące ubezpieczycielowi ma charakter wyłącznie pieniężny.<sup>13</sup>

Jednakże wobec faktu, że instytucja powyżej przywołana jest powszechnie określana mianem subrogacji ustawowej, na mocy której ubezpieczyciel uzyskuje możliwość skierowania roszczenia regresowego wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę, to konsekwencją jest wejście w całokształt praw i obowiązków poszkodowanego w relacji do osoby odpowiedzialnej za szkodę.<sup>14</sup>

W takim razie, dla ubezpieczyciela kluczowym zagadnieniem jest właściwe adresowanie swego roszczenia wobec rzeczywiście, w danych okolicznościach, podmiotu odpowiedzialnego, gdyż brak rozważli w tym zakresie skutkuje na etapie postępowania sądowego oddaleniem powództwa opartego na art. 828 § 1 k.c. i naraża na konieczność definitywnego poniesienia dodatkowych kosztów, jak na przykład opłaty sądowej (tzw. wpisu) oraz kosztów zastępstwa procesowego, jeżeli adresat roszczenia korzysta z pełnomocnika procesowego.

---

10. Por. K. Malinowska [w:] A. Brodecka-Chamera i inni, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*. Tom II, Warszawa 2010, s. 354–355.

11. Por. szerzej: D. Fuchs, *Uwagi dotyczące roszczeń regresowych ubezpieczyciela wobec odpowiedzialnego za szkodę na przykładzie roszczeń wobec zarządcy nieruchomości wspólnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 7 (2/2009), s. 77 i nast.

12. Szerzej: ibidem.

13. Wyrok Sądu Najwyższego z 18.03.1982 r., IV CR 48/82, OSN 1982, poz. 153; por. J. Łopuski [w:] J. Winiarz [red.], *Kodeks cywilny z komentarzem*. Tom 2, Warszawa 1989, s. 743, a także: H. Ciepla [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Tom 2, Warszawa 2005, s. 596; W. Dubis [w:] E. Gniewek [red.], *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2006, s. 1296.

14. Por. K. Malinowska [w:] A. Brodecka-Chamera i inni, op. cit., s. 357–358.

Niezależnie od powyższego, niezbędna jest także świadomość dodatkowej przesłanki negatywnej, tamującej ubezpieczycielowi możliwość efektywnego ekonomicznie dochodzenia roszczenia. W sytuacji, gdy wypłacone przez ubezpieczyciela odszkodowanie nie zaspokaja całości szkody poniesionej przez ubezpieczającego (ewentualnie: ubezpieczonego; art. 828 § 3 k.c.), to wówczas ubezpieczający zachowuje pierwszeństwo swego roszczenia do wysokości wartości niepokrytej przez odszkodowanie ubezpieczeniowe.

W tym kontekście mogą zasadniczo wystąpić dwa stany faktyczne. Przede wszystkim ubezpieczyciel, wypłacając odszkodowanie, spełnia świadczenie pieniężne adekwatne do udzielonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, ale nie następuje pełna kompensata szkody, gdyż wystąpiło np. niedoubezpieczenie.

W drugim przypadku następuje częściowa odmowa zaspokojenia roszczenia poszkodowanego ze względu na naruszenie przez ubezpieczonego zasady najwyższego zaufania, np. w zakresie notyfikacji ryzyka czy też uchybienia z jego strony ustanowionym na podstawie treści ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) terminom zawitym do dokonania określonych powinności (zawiadomienia o wypadku czy też dostarczenia wymaganych dokumentów do siedziby ubezpieczyciela). Niezależnie od przyczyn takiego stanu ustawodawca (słusznie z powodów aksjologicznych) ustanawia priorytet dla roszczeń poszkodowanego, który bezpośrednio doznał skutków entropii.

Jednakże, jeżeli w powyższych okolicznościach poszkodowany uzyska z innego tytułu pełną rekompensatę za doznany uszczerbek np. bezpośrednio od odpowiedzialnego za szkodę albo też z tytułu odrębnie zawartej umowy gwarancyjnej, np. odrębnej umowy ubezpieczenia mienia, co wyrówna mu poniesioną szkodę, to wtedy ubezpieczyciel może dochodzić skutecznie swego roszczenia zwrotnego od odpowiedzialnego za szkodę. Do pewnego stopnia paradoksem takiej sytuacji jest fakt, że to wówczas dzięki zapobiegliwości poszkodowanego ubezpieczyciel może zaspokoić swój interes majątkowy w postaci zwrotu równowartości wypłaconego odszkodowania, do czego własnym działaniem, nawet przy dołożeniu najwyższej staranności, doprowadzić nie potrafił.

Dopiero wówczas, gdy ubezpieczający w całości uzyska zaspokojenie swych roszczeń, ubezpieczyciel może efektywnie dochodzić zwrotu wypłaconego odszkodowania w formule roszczenia regresowego, co zgodne jest dodatkowo z ogólną konstrukcją wyrażoną w art. 518 § 3 k.c.

Tym samym ma to wpływ na wymagalność roszczenia regresowego, a w konsekwencji: na przedawnienie tego roszczenia w sferze realizacji tych uprawnień przez ubezpieczyciela, wobec czego rzutuje na jego wymagalność w relacji między ubezpieczycielem a odpowiedzialnym za szkodę.

Jednakże powyższa okoliczność nie będzie miała, zgodnie z orzecnictwem Sądu Najwyższego, wpływu na faktyczną długość terminu przedawnienia roszczenia wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę, gdyż ze względu na to, że roszczenie regresowe ubezpieczyciela ulega przedawnieniu na takich samych warunkach, jak przedawnia się roszczenie nabyte od ubezpieczającego, to ewentualny termin na skuteczne dochodzenie zapłaty kwoty będącej równowartością wypłaconego poszkodowanemu odszkodowania dla ubezpieczyciela ulega w praktyce odpowiedniemu skróceniu.<sup>15</sup>

Okazuje się, że przedawnienie biegu roszczenia regresowego będzie wymagalne z chwilą zaspokojenia ubezpieczającego (ubezpieczonego) przez ubezpieczyciela, a bieg przedawnienia roszczenia regresowego rozpocząć się będzie tak, jak roszczenia poszkodowanego wobec sprawcy szkody. Chociaż nie musi to zarazem oznaczać, że ubezpieczyciel będzie w całej rozciągłości tego

15. Por. wyrok SN z 31 maja 1985 r., III CRN 148/85, OSNCP 1986 nr 3 poz. 34; cyt. przez H. Cieplą, op. cit. s. 596–567.

okresu przedawnienia podmiotem uprawnionym do żądania spełnienia świadczenia od odpowiedzialnego za szkodę w pełnej wysokości.

W tej znanej polskiemu prawu konstrukcji subrogacji występuje tzw. subrogacja z mocy prawa, w oparciu właśnie o brzmienie art. 828 § 1 k.c.<sup>16</sup> Stanowisko powyższe potwierdza również ugruntowane orzecznictwo Sądu Najwyższego, który to już w 1970 r. wyraził pogląd, iż dla subrogacji nie jest istotna treść umowy ubezpieczenia (i odpowiednio reasekuracji), gdyż dla uzyskania możliwości dochodzenia roszczeń przez ubezpieczyciela od sprawcy szkody wystarczającym jest art. 828 § 1 k.c.<sup>17</sup> Na tym polega różnica subrogacji ustawowej od umownej. Dodajmy w tym miejscu jednak, że korzystanie z tej konstrukcji szczególnej (przyznanej obecnie przez ustawodawcę w stosunku do konstrukcji umowy ubezpieczenia, gdyż zastosowanie art. 828 k.c. jest wyłączone w odniesieniu do reasekuracji przez wzgląd na art. 820 k.c.) jest dopuszczalne przy spełnieniu określonych, a przywołanych już powyżej przesłanek.<sup>18</sup>

### III. Zagadnienie relacji art. 509 §1 do art. 828 k.c.

Należy zwrócić uwagę na podstawowe znaczenie wyroku Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej, zgodnie z którym, „skoro przesłanką nabycia roszczenia przez ubezpieczyciela jest w świetle art. 828 § 1 k.c. zapłata odszkodowania ubezpieczeniowego, to o jej spełnieniu przesądza sam fakt zapłaty odszkodowania w wykonaniu umowy ubezpieczenia”.<sup>19</sup> Zawiera on w swym uzasadnieniu wykład istoty subrogacji ustawowej z art. 828 § 1 k.c. W uzasadnieniu ważnym dla analizowanej kwestii sąd stwierdził, co następuje:

„W art. 828 § 1 k.c. uregulowane zostały uprawnienia regresowe ubezpieczyciela do podmiotów pozostających poza stosunkiem ubezpieczenia. Odnoszą się one przy tym do sytuacji, w których wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego jest zdarzeniem prawnym powodującym nie tylko odpowiedzialność ubezpieczeniową ubezpieczyciela, ale także odpowiedzialność innego podmiotu, czyli osoby trzeciej z tytułu jej odpowiedzialności cywilnej za szkodę w ubezpieczonym przedmiocie. Poszkodowany ma wówczas dwa roszczenia o naprawienie tej samej szkody: do ubezpieczyciela i do osoby trzeciej ponoszącej odpowiedzialność cywilną. Ubezpieczyciel, który zaspokoił roszczenie ubezpieczeniowe, jest natomiast uprawniony do dochodzenia w drodze regresu zwrotu wypłaconego odszkodowania od osoby ponoszącej odpowiedzialność cywilną. Istota tego regresu polega na zmianie wierzyciela w stosunku zobowiązaniowym między poszkodowanym a osobą odpowiedzialną za szkodę przez wejście ubezpieczyciela w miejsce poszkodowanego, a następnie na realizacji roszczenia. Roszczenie regresowe ubezpieczyciela ma zatem charakter pochodny, zależny od istnienia zobowiązania, z tytułu którego może być wykonywane. W doktrynie przyjmuje się, że zachodzi tu wypadek wstąpienia osoby trzeciej w prawa zaspokojonego wierzyciela (art. 518 § 1 pkt 4 k.c.), wobec czego roszczenie przechodzące na ubezpieczyciela jest zasadniczo tym samym roszczeniem, które przysługiwało poszkodowanemu wobec sprawcy szkody.

---

16. Por. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Nowelizacja Kodeksu cywilnego*, Warszawa 2007, s. 123, a także: W. Kurowski, *Przelew wierzycielności w prawie prywatnym międzynarodowym*, Zakamycze 2005, s. 26 oraz przypis 21.

17. Wyrok SN z 18.05.1970 I CR 58/70 OSN 1971, z.5, poz 86 cyt. [w:] E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń 2002, s. 146, a także: H. Ciepla, op. cit., s. 596.

18. Por. H. Ciepla, op. cit., s. 595.

19. Wyrok Sądu Najwyższego z 16 czerwca 2009 r., V CSK 447/2008.

Zgodnie z art. 828 § 1 k.c., uprawnienia regresowe przechodzą na ubezpieczyciela z mocy prawa, czyli w drodze tzw. subrogacji ustawowej (*cessio legis*). Oznacza to, że wstąpienie ubezpieczyciela w prawa zaspokojonego wierzyciela następuje – odmiennie niż ma to miejsce w przypadku cesji wierzytelności uregulowanej w art. 509–517 k.c. – nie na mocy umowy, lecz *ex lege* po spełnieniu świadczenia, czyli po wykonaniu przez ubezpieczyciela zobowiązania wobec pierwszego wierzyciela.

Wstępując w prawa wierzyciela, ubezpieczyciel może żądać od osoby odpowiedzialnej za szkodę świadczenia zwrotnego w granicach wypłaconego odszkodowania. Z samej istoty roszczenia regresowego wynika przy tym, że nie może ono przekraczać roszczenia przysługującego poszkodowanemu wobec sprawcy szkody na podstawie przepisów prawa cywilnego. Ubezpieczyciel nie może zatem domagać się od osoby trzeciej ponoszącej odpowiedzialność cywilną więcej niż byłaby ona zobowiązana świadczyć poszkodowanemu, ma bowiem tylko tyle uprawnień, ile przysługuje poszkodowanemu. Innymi słowy, górną granicą odpowiedzialności sprawcy szkody w stosunku do ubezpieczyciela w procesie o regres jest to, co byłby on zobowiązany świadczyć bezpośrednio poszkodowanemu na podstawie przepisów prawa cywilnego. Orzekając o roszczeniu regresowym, sąd powinien ustalić, jak kształtowałby się obowiązek naprawienia szkody między poszkodowanym a sprawcą, i dopiero wówczas odpowiednio określić wysokość roszczenia regresowego. Ze względu na dyspozytywny charakter art. 828 § 1 k.c., w umowie ubezpieczenia strony mogą wyłączyć przewidziane w tym przepisie przejście roszczenia na ubezpieczyciela [zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 16 grudnia 2002 r. II CK 330/2002v, z dnia 25 lutego 2004 r. II CK 34/2003 LexPolonica nr 1543402, z dnia 20 maja 2004 r. IV CK 410/2003 niepubl. i z dnia 27 marca 2008 r. II CSK 524/2007 LexPolonica nr 1875499].

W świetle art. 828 § 1 k.c. przesłankami nabycia roszczenia przez ubezpieczyciela są: odpowiedzialność sprawcy szkody i wypłata odszkodowania ubezpieczeniowego. Ze względu na to, że nabyte przez ubezpieczyciela roszczenie jest zasadniczo tym samym roszczeniem, które przysługiwało poszkodowanemu wobec osoby ponoszącej odpowiedzialność cywilną za szkodę, w procesie o regres osobie tej przysługują przeciwko ubezpieczycielowi wszelkie zarzuty, które miała przeciwko poszkodowanemu w chwili powzięcia wiadomości o zmianie wierzyciela. Nie oznacza to jednak, że przysługuje jej zarzut zawyżenia odszkodowania ubezpieczeniowego w wyniku błędnej wykładni umowy ubezpieczenia.

Górną granicą odpowiedzialności sprawcy szkody w stosunku do ubezpieczyciela – o czym była już mowa – jest to, co byłby on zobowiązany świadczyć bezpośrednio poszkodowanemu na podstawie przepisów prawa cywilnego. Jeżeli zatem odszkodowanie zapłacone poszkodowanemu przez ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia nie wykracza poza tę górną granicę, sprawca nie może skutecznie podnieść zarzutu błędnej wykładni przez ubezpieczyciela postanowień umowy ubezpieczenia i zawyżenia jej wyniku odszkodowania należnego poszkodowanemu. Skoro bowiem przesłanką nabycia roszczenia przez ubezpieczyciela jest w świetle art. 828 § 1 k.c. zapłata odszkodowania ubezpieczeniowego, to o jej spełnieniu przesądza sam fakt zapłaty odszkodowania w wykonaniu umowy ubezpieczenia. By zakwestionować spełnienie tej przesłanki, sprawca szkody mógłby zatem powołać się na nieważność umowy ubezpieczenia lub brak zapłaty odszkodowania. Nie będąc stroną umowy ubezpieczenia, nie może natomiast podnieść skutecznie zarzutu błędnego zawyżenia odszkodowania ubezpieczeniowego, jeżeli nie przekracza ono górnej granicy jego odpowiedzialności w procesie o regres<sup>20</sup>.

20. Źródło: Lex Polonica.

W innym orzeczeniu dodatkowo Sąd Najwyższy stwierdził, że nie ma podstaw do rozróżniania zakresu odpowiedzialności osoby trzeciej z art. 828 § 1 k.c. w zależności od tego, jaka jest podstawa odpowiedzialności sprawcy szkody.<sup>21</sup> W kolejnym jeszcze uzasadnieniu swego wyroku sąd powszechny stwierdził, że „ubezpieczyciel ma więc zawsze tylko tyle uprawnień, ile przysługuje poszkodowanemu”.<sup>22</sup>

Powyższe tezy z orzecznictwa należy interpretować w świetle art. 509 § 1 k.c. także ze względu na art. 514 k.c., który, co do zasady, dopuszcza konstrukcję *pactum de non cedendo*, jako dodatkowe zastrzeżenie (postanowienie) umowne.

Ze swej istoty, z przywołanych powyżej orzeczeń sądowych wynika, że to norma prawna, a nie zastrzeżenie umowne, jest źródłem uprawnień wierzyciela, i chociaż wypada zauważyć w rodzimej praktyce obrotu gospodarczego powszechną praktykę stosowania regulacji o przelewie umownym do przypadków *cessionis legis*, to jednak nie można zapominać o zasadniczej różnicy, jaka występuje między subrogacją ustawową a przelewem umownym, a którą stanowi źródło powstania uprawnienia. Ponieważ w przypadku art. 828 § 1 jest nim norma prawna, zasada swobody umów, wyrażona *expressis verbis* w art. 353<sup>1</sup> k.c., jako kardynalne źródło ograniczenia autonomii materialno-prawnej, przewiduje normy prawa obowiązującego. Ze względu na to, że sprawca szkody nie ma wpływu na treść umowy ubezpieczenia, bo nie jest jej stroną, np. *pactum de non cedendo* zawarte w kontrakcie ubezpieczonym przez ubezpieczyciela ma oczywiście zasadnicze znaczenie dla losów ewentualnego przelewu umownego, ale nie może mieć doniosłości prawnej dla ewentualnego wykluczenia (wyłączenia) uprawnień ubezpieczyciela, które mu przysługują na mocy prawa pozytywnego.

Inaczej byłoby jedynie wtedy, gdyby w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel zgodził się na ograniczenie lub wyłączenie swego uprawnienia z art. 828 § 1 k.c. Po prostu w drodze umowy strony nie mogą pozbawić danego podmiotu (w tym przypadku: ubezpieczyciela) uprawnienia, w które wyposaża go prawodawca. Rezygnacja z dochodzenia swego prawa podmiotowego byłaby możliwa (zresztą w zgodzie z art. 828 § 1 k.c.) tylko za zgodą ubezpieczyciela, który przecież nie jest stroną zobowiązania między wierzycielem (ubezpieczonym) a dłużnikiem.

Tym samym zdaniem piszącego, jeżeli świadczenie ubezpieczyciela wynika np. z zawartej umowy ubezpieczenia kredytu kupieckiego i ma charakter odszkodowawczy, sprawca szkody nie może w umowie z ubezpieczonym poprzez *pactum de non cedendo* wyłączyć czy też skutecznie wpłynąć na zakres uprawnień ubezpieczyciela, wynikający z art. 828 § 1 k.c., bez woli tego ostatniego.

#### **IV. Znaczenie *pactum de non cedendo* dla cesji zwrotnej ubezpieczyciela do ubezpieczającego (ubezpieczonego)**

Odnośnie kwestii tego zagadnienia należy podkreślić *prima facie*, w ślad za rozważaniami zawartymi powyżej, że źródłem uprawnień ubezpieczyciela jest art. 828 § 1 k.c., a nie wola stron umowy, która podlegała ochronie ubezpieczeniowej. Specyficzna sytuacja powstaje w razie cesji umownej tej wiarytelności na podstawie odrębnej umowy, pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym, gdyż, jak wykazano powyżej, *pactum de non cedendo* nie może ograniczać w prawach ubezpie-

---

21. Wyrok Sądu Najwyższego Izba Cywilna z 30 czerwca 2005 r., IV CK 784/2004, publikacja: Lex Polonica.

22. Wyrok Sądu Wojewódzkiego w Siedlcach z 25 lutego 1993 r. I Cr 68/93, źródło: Lex Polonica.



czyciela. Jeżeli korzysta on z art. 828§ 1 k.c., to sytuacja się komplikuje, gdy na podstawie cesji (przelewu umownego) przenosi on swe prawa na podmiot, który wcześniej zobowiązał się wobec sprawcy szkody do niecedowania praw z umowy podstawowej na podstawie umownego przelewu wierzytelności. Tutaj uprawnione są zdaniem autora dwie konstatacje.

Po pierwsze można twierdzić, że ponieważ źródło powstania uprawnienia dla ubezpieczyciela jest umiejscowione w szczególnej normie prawnej (art. 828 § 1 k.c.), to konsekwentnie norma ta nie ogranicza ubezpieczyciela w skutecznym przeniesieniu wierzytelności na podstawie postanowienia umownego pomiędzy ubezpieczającym a sprawcą szkody. Należy w tym miejscu podkreślić, że postanowienie o umownym zakazie przelewu wierzytelności obowiązuje strony umowy „podstawowej”, wobec czego one i tylko one są ograniczone w swych uprawnieniach, przysługujących im na podstawie art. 509 k.c., gdyż zgodziły się na wyłączenie umownej możliwości przelewu wierzytelności bez uprzedniej akceptacji drugiej strony.

Tym samym takie postanowienie nie może mieć wpływu na uprawnienie podmiotu, któremu samą wierzytelność prawodawca przyznał nie ze względu na możliwość przelewu umownego, ale wyznaczył normą szczególną w postaci subrogacji ustawowej. Innymi słowy *pactum de non cedendo* stanowi o niemożności cesji wierzytelności przez strony umowy, gdzie takie postanowienie zostało na piśmie wyrażone, zgodnie z art. 514 k.c.

W takiej sytuacji należy, zdaniem piszącego, dopuścić możliwość zawarcia umowy przelewu wierzytelności między ubezpieczycielem a ubezpieczającym (sprawą wtórną dla piszącego jest w tym miejscu fakt, czy będzie to umowa warunkowa czy przelew definitywny).

Po drugie, inaczej sprawa się przedstawia jeżeli ubezpieczyciel dokonuje takiej cesji bez wcześniejszej wypłaty odszkodowania. Wówczas, w zgodzie z kilkakrotnie powyżej określonymi zasadniczymi dwoma przesłankami skuteczności *cessio legis* z art. 828 § 1 k.c., należy krytycznie odnieść się do takiej konstrukcji, jako ryzykownej, chyba że z treści umowy wyraźnie wynika, że mamy do czynienia z umową powierniczą przelewu wierzytelności.

Powstaje jeszcze jedna istotna kwestia do rozważenia, a mianowicie, czy w okolicznościach tak dokonanej cesji umownej wierzytelności, która przysługuje ubezpieczycielowi, w razie uprzedniego przelewu wierzytelności (czy też konstrukcji przelewu powierniczego, z powyższym zastrzeżeniem) nie następuje konfuzja wierzytelności, prowadząca ostatecznie do wygaśnięcia prawa podmiotowego.

Powyższa teza jest konsekwencją stwierdzenia, że w przypadku subrogacji ustawowej (a z taką mamy do czynienia w art. 828 § 1 k.c., ubezpieczyciel, który spłaca dług – niezależnie od zgody wierzyciela – spłaca dług nie swój, ale cudzy, tzn. poszkodowanego, do którego zasadniczo roszczenie ma wierzyciel, czyli ubezpieczający. Ubezpieczyciel, co wielokrotnie już podkreślano, nabywa uprawnienia w takim zakresie, w jakim doszło do wykonania pierwotnego zobowiązania, ciężącego na dłużniku.<sup>23</sup>

Jeżeli wierzyciel otrzymuje świadczenie odszkodowawcze od ubezpieczyciela, to wówczas cesja umowna wierzytelności przysługującej z tego tytułu ubezpieczycielowi na wierzyciela może być kwestionowana. Na tym tle dużo lepszym rozwiązaniem jest konstrukcja przelewu powierniczego, z zastrzeżeniem powyżej poczynionym, a odnoszącym się do kwestii spełnienia przesłanek z art. 828 § k.c. Natomiast wówczas problemem do rozstrzygnięcia jest relacja pomiędzy *pactum*

23. W. Kurowski, op. cit., s. 26.

*de non cedendo* zawartym w umowie między ubezpieczającym a sprawcą szkody do postanowienia o tzw. cesji zwrotnej (tzn. umownym zobowiązaniem ubezpieczającego do zwrotnego przeniesienia na powrót na ubezpieczyciela w razie ziszczenia się przesłanek zawartych w umowie przelewu powierniczego).

W takich okolicznościach, co do zasady, mamy kolizję między dwoma postanowieniami umownymi, które, zdaniem autora, należy rozstrzygnąć na korzyść pierwotnego wyłączenia cesji na podstawie umowy między odpowiedzialnym za szkodę a ubezpieczającym, a to z tego powodu, że [jak wielokrotnie o tym była mowa w odniesieniu do tez z orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych] mamy cały czas do czynienia z pierwotnym zakresem praw i obowiązków wierzyciela – ubezpieczającego, a co do zasady, wierzytelność także nie ulega zmianie, jedynie ubezpieczyciel, na skutek spełnienia cudzego długu w okolicznościach z art. 828 § 1 k.c., uzyskuje szczególne uprawnienie do roszczenia regresowego, opartego o subrogację ustawową.

Wydaje się, że znów przesadzający jest przytoczony już powyżej fragment orzeczenia Sądu Najwyższego:

„W doktrynie przyjmuje się, że zachodzi tu wypadek wstąpienia osoby trzeciej w prawa zaspokojonego wierzyciela (rac. 518 § 1 pkt 4 k.c.), wobec czego roszczenie przechodzące na ubezpieczyciela jest zasadniczo tym samym roszczeniem, które przysługiwało poszkodowanemu wobec sprawcy szkody”.<sup>24</sup>

Mamy do czynienia z tym samym roszczeniem, a więc w konsekwencji mamy do czynienia także z tą samą, co do zasady, wierzytelnością, co do której strony umowy zasadniczej (wierzyciel–dłużnik) zgodziły się na *pactum de non cedendo* pomiędzy sobą.

## Podsumowanie

Reasumując, należy podkreślić, że art. 828 § 1 k.c. stanowi autonomiczną, normatywną podstawę uprawnień ubezpieczyciela. Taki model (*cessio legis*) nie jest rozwiązaniem specyficznym dla prawa polskiego, jest także charakterystyczny dla innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Analogicznie w PEICL, w art. 10:101 zatytułowanym „Subrogacja”, postanowiono:

„(1) Ubezpieczyciel jest uprawniony do dochodzenia roszczeń wynikających z subrogacji przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości, w jakiej wypłacił świadczenie ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem par. 3.

(2) W zakresie, w jakim ubezpieczony zrzeka się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, naruszając tym uprawnienie ubezpieczyciela z tytułu subrogacji, traci on prawo do odszkodowania.

(3) Ubezpieczyciel nie jest uprawniony do dochodzenia roszczeń wynikających z subrogacji przeciwko osobie, z którą ubezpieczający lub ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub w analogicznym stosunku do ubezpieczającego lub ubezpieczonego, lub też wobec osoby będącej pracownikiem ubezpieczającego lub ubezpieczonego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie lub lekkomyślnie z wiedzą o tym, że może spowodować wystąpienie szkody.

---

24. Uzasadnienie Wyrok Sądu Najwyższego z 16 czerwca 2009 r., V CSK 447/2008.

[4] Ubezpieczyciel nie może wykonywać swoich praw wynikających z subrogacji z naruszeniem praw ubezpieczonego”.<sup>25</sup>

W zakresie relacji *pactum de non cedendo* i skutków takiego postanowienia dla umownie wprowadzonej cesji zwrotnej między ubezpieczycielem a ubezpieczającym, należy podkreślić, że wobec kolizji dwóch postanowień umownych, zdaniem autora zasadne jest danie pierwszeństwa **umownemu zakazowi przelewu wierzytelności**, także ze względu na sekwencję czasową pomiędzy obiema umowami: kontraktem między wierzycielem a dłużnikiem, zawierającym *pactum de non cedendo*, oraz umową cesji powierniczej z zastrzeżoną cesją zwrotną z ubezpieczonego (wierzyciela) na ubezpieczyciela. Ewentualnie, stosowaną obecnie na polskim rynku ubezpieczeniowym praktykę w tym zakresie powinno się, zdaniem piszącego, *ad casum*, analizować pod kątem efektywnego zabezpieczenia uprawnień ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego – wierzyciela ze stosunku podstawowego.

*Sit modus in rebus.*<sup>26</sup>

## Wykaz źródeł

- Barcicka M., *Wybrane problemy z zakresu roszczeń regresowych dochodzonych przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na przykładzie wyroków sądowych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 3/2001.
- Barcicka M., *Roszczenia regresowe UFG*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” nr 3/2011.
- Ciepla H. w: *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Tom 2, Warszawa 2005.
- Czachórski W., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2002.
- Dubis W. w: E. Gniewek (red.) *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2006.
- Fuchs D., *Funkcja prewencyjna ubezpieczeń w świetle projektu nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia*, „Prawo Asekuracyjne” nr 1/2006.
- Fuchs D., *Insurance Restatement jako przykład jednolitego prawa wspólnotowego o umowie ubezpieczenia*, „Studia Ubezpieczeniowe” nr 127/2009.
- Fuchs D., *Restatement of European Insurance Contract Law a koncepcja polskiego kodeksu ubezpieczeń*, w: E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, Toruń 2009.
- Fuchs D., *Zakres obowiązku prewencji w prawie ubezpieczeń gospodarczych. Uwagi na tle art. 826 k.c.*, „Prawo Asekuracyjne” nr 2/2004.
- Fuchs D., *Uwagi dotyczące roszczeń regresowych ubezpieczyciela wobec odpowiedzialnego za szkodę na przykładzie roszczeń wobec zarządcy nieruchomości wspólnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 7 [2/2009].
- Fuchs D., *Tłumaczenie w: Principles of European Insurance Contract Law*, München 2009.
- Fuchs D., *Tłumaczenie w: „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9/2010.*
- Kowalewski E., *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń 2002.

---

25. *Principles of European Insurance Contract Law*, München 2009, tłum. D. Fuchs, por. „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9 z 2010 r., s. 154.

26. Tłum.: Niechaj będzie umiar we wszystkim.

- Kurowski W., *Przelew wierzytelności w prawie prywatnym międzynarodowym*, Zakamycze 2005.
- Łopuski J. w: J. Winiarz (red.), *Kodeks cywilny z komentarzem*, Tom 2, Warszawa 1989.
- Malinowska K. w: A. Brodecka-Chamera i inni, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Tom II*, Warszawa 2010.
- Orlicki M., J. Pokrzywniak, *Nowelizacja Kodeksu Cywilnego*, Warszawa 2007.

## Provisions of the insurance contract related to assignment of claims and their consequences for recourse claims under Article 828 of the Civil Code

*The issue of assignment of claims in the insurance trade, both for theoretical and practical reasons, is an important problem, which is discussed in the Polish literature to a relatively limited extent. It is particularly visible with respect to the specific institution of cessio legis under Article 828 of the Civil Code.*

*It has to be pointed out that the issue has also been mentioned in the Principles of European Insurance Contract Law (so-called PEICL), prepared by so-called Insurance Restatement Group.*

*The need for such an analysis on the grounds of the domestic law also results from observation of the practice, where (also due to an increase in legal culture and awareness of substantive law autonomy) policyholders (or insured persons) use in agreements concluded with their counterparties a contractual ban on assignment of claims resulting from such agreements. At the same time, in contrast to that, on the Polish insurance market there is no common use of contractual exclusions of the right the insurer enjoys under Article 828 of the Civil Code, which is frequently reflected in the contents of general terms of insurance of a given insurer, where explicite the contents of article 828 of the Civil Code is generally quoted (without mentioning any limitations of this right or its total exclusions). Consequently, due to the fact that Article 828 § 1 of the Civil Code is one of the forms of cessio legis provided for in Article 518 § 1.4 of the Civil Code to which, per analogiam, regulations of the contractual assignment of claims (Article 509 and subsequent ones of the Civil Code) are generally applied, questions of fundamental nature arise: namely (first of all) what is the relationship between Article 509 § 1 of the Civil Code to cessio legis under Article 828, and, in consequence, whether the contractual ban on assignment introduced to the agreement between the counterparty (the one which caused the loss) and the policyholder will already apply to the reverse assignment between the policyholder and insurer related to claims towards the party responsible for the loss covered by the contractual ban on assignment. The importance of the above-mentioned issues justifies the analysis of the regulations related to the insurer's status in the event of claim payment to the beneficiary.*

**Key words:** correct recourse, cessio legis, third party liability, insurers' rights.

**R.PR. DR DARIUSZ FUCHS** – adiunkt, Katedra Prawa Cywilnego i Prywatnego Międzynarodowego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

MONIKA KACZAŁA  
KRZYSZTOF ŁYSKAWA

## Stosunek do konceptu ubezpieczenia indeksowego suszy osób kierujących indywidualnymi gospodarstwami rolnymi w Polsce<sup>1</sup>

*W rolnictwie nie jest możliwe unikanie ryzyka, gdyż niesie to ze sobą zaprzestanie działalności. Natomiast częściowe unikanie ryzyka prowadzi do ograniczenia działalności podmiotu. Największe zagrożenia pogodowe dla rolnictwa w Polsce związane są z wodą: jej niedoborem (susza) lub jej nadmiarem (intensywne deszcze, powódzie). Należy jednak zauważyć, iż szkody spowodowane suszą tylko w niewielkim stopniu, głównie ze względu na koszty składki, są obejmowane ochroną ubezpieczeniową. Doświadczenia światowe wskazują na możliwość zainicjowania rozwiązań opartych na indeksach. W polskich warunkach poddano ocenie rolników ubezpieczenie indeksowe oparte na wskaźniku klimatycznego bilansu wodnego. Przygotowany produkt zakłada ryczałtową wypłatę świadczenia, które nie ma charakteru odszkodowawczego, ale pozwala na przetrwanie gospodarstwa. Producenci rolni z dużą aprobatą przyjęli rozwiązanie skonstruowane dla trzech rodzajów upraw (pszenica, buraki cukrowe, rzepak).*

**Słowa kluczowe:** ubezpieczenia indeksowe, susza, badanie popytu, ubezpieczenia rolne, klimatyczny bilans wodny.

### Wprowadzenie

Narastająca częstotliwość i intensywność zjawisk pogodowych determinuje zmianę postaw zakładów ubezpieczeń w odniesieniu do niektórych rodzajów ubezpieczeń. Coraz rzadziej ubezpieczyciele oferują pokrycie w danym zakresie lub znacznie ograniczają swoją ekspozycję na ryzyko. W sposób szczególny problem ten dotyczy ubezpieczeń upraw, gdzie brak jest – w wielu

---

1. Opracowanie w ramach projektu badawczego N N113 432037 *Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce*, finansowanego przez NCN i realizowanego przez Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

zakresach – możliwości ograniczania prawdopodobieństwa realizacji zdarzeń. Dlatego też trwają poszukiwania nowych rozwiązań produktowych, które mogą zostać zaakceptowane zarówno przez stronę podażową, jak i popytową rynku ubezpieczeniowego. Jednym z nich jest ubezpieczenie indeksowe suszy. Niniejsze opracowanie to prezentacja tego produktu. Artykuł zawiera techniczne elementy tego ubezpieczenia oraz analizę jego akceptowalności przez producentów rolnych w Polsce.

## 1. Zarys problemu ubezpieczalności suszy w Polsce

W Polsce w zakresie ubezpieczenia upraw dominują ubezpieczenia obejmujące najwyżej trzy zagrożenia – skutki złego przezimowania, przymrozki wiosenne oraz grad. Jest to najczęściej efekt oferowania przez zakłady ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do upraw ozimych, gdzie zakres ubezpieczenia łączy się w tzw. pakiet jesienny, obejmujący wspomniane zagrożenia. Rolnicy, którzy dążą do spełnienia ustawowego obowiązku i ubezpieczają połowę swojego areału, najczęściej decydują się na ubezpieczenie tylko od gradu, będące najtańszym rozwiązaniem.<sup>2</sup> Zagrożenia związane z wodą – susza oraz powódź – nie są w praktyce ubezpieczane. W 2011 r. ilość zawartych umów obejmujących skutki suszy wyniosła zaledwie 600, co stanowi około 0,3 proc. wszystkich zawartych umów ubezpieczenia upraw.<sup>3</sup>

Przyczyn małego zainteresowania realizacją ubezpieczeń suszy upatrywać można zarówno po stronie podaży, jak i popytu. Liczne problemy związane z ubezpieczaniem upraw nabierają w odniesieniu do suszy szczególnego znaczenia. Przede wszystkim dotyczy to likwidacji szkód suszowych, w tym kwestii wydzielenia skutków w postaci ubytku w plonie spowodowanego tylko przez suszę, oraz zapewnienia szybkiej realizacji procesu likwidacji w razie kumulacji szkód suszowych na danym terenie. Przykładem może być sytuacja z 2008 r. W piątym okresie raportowania, tj. od 11 maja do 10 lipca 2008 r., według „Systemu monitoringu suszy” prowadzonego przez Instytut Upraw, Nawożenia i Gleboznawstwa w Puławach, wskazano możliwość zaistnienia suszy rolniczej na terenie 15 województw w odniesieniu do niemal wszystkich rodzajów upraw, we wszystkich klasach gleb. Najbardziej dotknięte suszą były Wielkopolska i Kujawy, a na pozostałych obszarach zachodnio-centralnej Polski susza wystąpiła, ale z mniejszą intensywnością. W wielu regionach pojawiły się problemy z krzewieniem się i prawidłowym wykształcaniem kłosów. Największe straty w plonach zanotowali rolnicy gospodarujący na słabych glebach. Na wysokość osiąganego plonu wpływ miał nie tylko niedobór opadów, ale również prowadzona agrotechnika, zastosowanie odpowiednich odmian, termin siewu.<sup>4</sup> Jednak powszechność zjawiska związane z niedoborem wody oraz upublicznienie w określonym terminie przez IUNG wskaźnika klima-

2. W przypadku ubezpieczenia zbóż od gradu stawka opłacana przez rolnika może wynieść na niektórych obszarach naszego kraju nawet 0,28 proc. Przy sumie ubezpieczenia rzędu 4000 zł (np. 5 ton pszenicy po 800 zł za tonę) składka wyniesie 11,20 zł, czyli niewiele więcej niż ewentualna kara za brak ubezpieczenia (2 euro/hektar).
3. A. Janc, *Trudności w funkcjonowaniu ubezpieczeń upraw i zwierząt gospodarskich w Polsce w latach 2006–2012*, wystąpienie podczas konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu *Trendy w ubezpieczeniach rolnych w Europie. Ubezpieczenie ryzyka suszy w Polsce*, Warszawa, 5.11.2012 r.
4. A. Janc, *Ubezpieczenia suszy – co dalej?*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2008, nr 10.

tycznego bilansu wodnego spowodował, że szkody zostały zgłoszone niemal przez wszystkich rolników, którzy wykupili ubezpieczenie suszy. Ograniczona liczba likwidatorów w zakładach ubezpieczeń spowodowała, że w wielu sytuacjach nie dokonano faktycznej oceny skutków tego zjawiska bezpośrednio na polu i konieczne było uznanie ubytków zgodnie ze wskazaniami Instytutu. W większości przypadków ubytek plonu spowodowany suszą rolniczą był niższy od obowiązującej wówczas franszyzy integralnej (30 proc. ubytku w plonie), ale zakłady ubezpieczeń podjęły decyzję o wypłacie odszkodowania, aby uniknąć długotrwałych i trudnych dyskusji z rolnikami. Odszkodowania wypłacone z tytułu suszy wyniosły w 2008 r. 157,8 mln zł i znacznie przekroczyły zbór składki z wszystkich ubezpieczeń upraw (w tym przezimowanie, przymrozki, grad itp.), które wyniosły 125 mln zł.

Tabela 1. Ilość umów ubezpieczenia upraw z zakresem suszy oraz wartość wypłaconych odszkodowań w latach 2008–2011

Wyszczególnienie \ Lata	2008	2009	2010	2011
Ilość zawartych umów z ryzykiem suszy	14 714	9001	1494	648
Wartość wypłaconych odszkodowań (w tys. zł)	157 832	1357	604	2313

Źródło: Uzasadnienie do projektu zmiany ustawy o ubezpieczeniu upraw rolnych i zwierząt gospodarskich, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa, grudzień 2012, s. 15.

Sytuacja w 2008 r. spowodowała, że część zakładów wycofała się z ubezpieczeń suszy, a pozostałe zaczęły dyktować znacznie wyższe stawki, często mające charakter stawek zaporowych (np. 10 proc. wartości plonu). Ponadto w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosowanych w następnym roku uszczegółowiono zasady likwidacji szkód. I tak w przypadku TUW TUW i Concordii odpowiedzialność towarzystwa związana była z rzeczywiście realizowanym plonem. Przykładem w tym zakresie może być poniższa treść warunków: „Odszkodowanie nie przysługuje, jeżeli uzyskany plon – w przypadku szkód w uprawach rolnych spowodowanych przez [...] suszę – jest większy niż 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) plonu głównego”<sup>5</sup>. W PZU SA wprowadzono do warunków zapis, który pozwala na stały monitoring stopnia uszkodzeń i uzyskanie informacji o wielkości dokonanego zbioru: „Ubezpieczony jest zobowiązany umożliwić PZU SA sprawdzenie w każdym czasie, ilościowego i jakościowego stanu oraz wartości ubezpieczonych upraw, a po powstaniu szkody podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane okoliczności pozwalające ustalić rozmiar szkody”<sup>6</sup>.

Susza, która nawiedziła niektóre rejony Polski w 2008 r., zmusiła Radę Ministrów do działań w ramach pomocy *ad hoc*.<sup>7</sup> W sierpniu 2008 r. podjęto decyzję o uruchomieniu dodatkowego wsparcia ze środków budżetowych (zgodnie z Rozporządzeniem 1857/2006) w wysokości 245 mln zł. Kwota

5. § 27 ust. 1 *Ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia upraw rolnych od zdarzeń losowych* przyjęte Uchwałą Nr 338/08 Zarządu TUW TUW z dnia 1.09.2008 r. oraz Zarządzenie Prezesa TUW TUW nr 32/08 z dnia 1.09.2008 r.

6. § 14 ust. 2 *Ogólnych warunków obowiązkowego dotowanego ubezpieczenia upraw* ustalone uchwałą nr UZ/444/2008 zarządu PZU SA z dnia 5 września 2008 r.

7. Uchwała Rady Ministrów z dnia 26 sierpnia 2008 r. w sprawie ustanowienia programu pomocy dla rodzin rolniczych, w których gospodarstwach rolnych powstały szkody spowodowane przez suszę lub huragan w 2008 r., <http://www.kprm.gov.pl> [data dostępu 15.10.2012 r.].

ta, która w zdecydowanej większości (182 mln zł) pochodziła z rezerwy celowej, przeznaczonej na realizację ubezpieczeń upraw rolnych i zwierząt gospodarskich, została przeznaczona na zasiłki, dopłaty do oprocentowania kredytów oraz dopłaty z tytułu zużytego do siewu lub sadzenia materiału siewnego kategorii „elitarny” lub „kwalifikowany”<sup>8</sup> i objęła 230 tys. gospodarstw rolnych dotkniętych suszą i 1603 gospodarstwa rolne, w których zaistniały szkody spowodowane przez huragan.<sup>9</sup> Należy zauważyć, iż stosowane wówczas, jak również obecnie, wytyczne dla komisji powołanych przez wojewodę w zakresie szacowania skutków zjawiska katastroficznego (suszy) były adekwatne do definicji stosowanych przez zakłady ubezpieczeń.<sup>10</sup>

Drugim istotnym problemem związanym z ubezpieczeniem suszy, wynikającym z niewielkiej ilości danych historycznych, jest kalkulacja składki, zwłaszcza przy zmieniających się warunkach klimatycznych i sposobach prowadzenia agrotechniki (w tym stosowanych odmian). Ostatecznie, wskutek wysokiej szkodowości wywoływanej zjawiskiem suszy, jak również istotnej asymetrii informacji oraz hazardu motywacyjnego i moralnego, stawki za tradycyjne ubezpieczenie suszy są zdecydowanie wyższe niż stawki za ubezpieczenie od pozostałych zagrożeń.

W kontraktach obowiązujących w 2008 r. cena za ubezpieczenie suszy nie była jednoznacznie wydzielona, gdyż ubezpieczenie suszy najczęściej stanowiło część pakietu zdarzeń objętych ochroną. Ponieważ był to pierwszy rok obowiązywania ubezpieczeń dotowanych, zakłady ubezpieczeń zastosowały przewidziany w ustawie maksymalny próg 6 proc. do całego zakresu, a na niektórych terenach stosowane były niższe stawki (nawet do 3 proc. w ubezpieczeniu zbóż w PZU SA). Jednak po negatywnych doświadczeniach dotyczących szkodowości, również warunki cenowe uległy znacznie zmianie. W przypadku PZU SA już w umowach zawieranych jesienią 2008 r. stosowano stawki w przedziale 2–15 proc. (bez względu na rodzaj uprawy), przy czym obszary dotknięte suszą w 2008 r. miały z założenia stawkę 10 proc. Dodatkowo zastrzegano, iż pola z V–VI klasy bonitacyjnej zgłaszane do ubezpieczenia mają stawkę zwiększoną o 100 proc. W efekcie doświadczeń szkodowych zakłady ubezpieczeń ustaliły podstawę do szacowania stawki w ubezpieczeniach suszy – w przypadku zbóż jest to przedział 2–17 proc., a rzepaku i buraków cukrowych 2–15 proc.<sup>11</sup>

W ocenie rolników stawki za ubezpieczenie ryzyka suszy są za wysokie i stanowią zasadniczą barierę zakupu tego produktu. Według badań<sup>12</sup> 73 proc. rolników w Polsce twierdzi, że niska penetracja ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczenia upraw spowodowana jest jego zbyt wysoką ceną. Jednocześnie 86 proc. rolników uważa, że nie mają pieniędzy na składki na ubezpieczenie suszy. Warto jednak podkreślić, że na terenach suszowych susza jest oceniana jako

---

8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 września 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji programu pomocy dla rolników, w których gospodarstwach rolnych powstały szkody spowodowane przez suszę lub huragan w 2008 r. [Dz. U. Nr 173, poz. 1070].

9. Należy podkreślić, iż pomoc *ad hoc* kierowana jest do wszystkich rolników, nie tylko tych, którzy mają uprawy wymienione w ustawie o ubezpieczeniach dotowanych.

10. Informacja dla komisji powołanych przez wojewodę, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa 27.04.2012 r.

11. *Uzasadnienie do projektu zmiany ustawy o ubezpieczeniu upraw rolnych i zwierząt gospodarskich*, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa, grudzień 2012, s. 12.

12. Badanie *Ilościowe badanie zainteresowania konceptem ubezpieczeń indeksowych upraw dla rolników* zostało przeprowadzone przez TNS Polska (obecnie Pentor) w ramach realizowanego przez Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu projektu badawczego nr N N113 432037, finansowanego ze środków NCN. Badanie przeprowadzone zostało metodą CATI w marcu 2012 r. na próbie 750 respondentów.



zdecydowanie najważniejsze zagrożenie przyrodnicze i dla ponad połowy rolników stanowi zagrożenie określane jako „bardzo groźne”<sup>13</sup>.

Należy jednak podkreślić, że częstotliwość i intensywność suszy będzie rosła. Dowodem mogą być szacunki przeprowadzone przez jednego z największych reasekuratorów na świecie, który określił scenariusze rozwoju zjawisk związanych z pogodą. W świetle tych symulacji częstotliwość i intensywność zjawiska suszy wzrośnie o 20 proc. w wariantcie optymistycznym i 30 proc. w scenariuszu pesymistycznym.<sup>14</sup> W efekcie stworzenie funkcjonalnych rozwiązań systemowych związanych z zabezpieczeniem przed skutkami suszy może stać się jednym z największych wyzwań dla rynków finansowych, nadzoru czy naukowców.

Zjawiska o charakterze niekatastroficznym to zdarzenia pogodowe, które wpływają na wyniki osiągnięte przez różnorodne podmioty. Stosowane w literaturze pojęcie ryzyka pogodowego<sup>15</sup> to skutki zdarzeń związanych z nadmiarem lub niedoborem ciepła, zimna, opadów deszczu, śniegu czy występowaniem wiatrów. Należy zauważyć, że ponad 60 proc. przedsiębiorstw w sposób bezpośredni lub pośredni jest uzależnionych od ryzyka pogodowego (warunków pogodowych).<sup>16</sup> Zjawiska te mogą wpływać na wyniki firm budowlanych, ciepłowniczych, elektrowni czy handlujących artykułami spożywczymi. Ale w sposób najbardziej dotkliwy wpływają na produkcję roślinną w gospodarstwach rolnych. Każdy nadmiar lub niedobór jakiegokolwiek czynnika pogodowego (woda, nasłonecznienie, składniki odżywcze) wywołuje w roślinach stres, który może przełożyć się na ilość lub jakość plonu.

Analizując wpływ niedoboru wody na realizowaną uprawę, należy zauważyć, iż w literaturze z zakresu fizjologii roślin wyróżnia się czynniki stresowe abiotyczne i biotyczne, które wpływają na rozwój rośliny. W analizowanym zakresie suszy interesują nas te pierwsze, czyli związane z nieożywionymi elementami środowiska. Każda z roślin przygotowana jest do funkcjonowania w danym środowisku i w przypadku zaistnienia czynnika stresowego podejmuje stosowną odpowiedź.

Faza odporności przewidziana na dany czynnik w fizjologii rośliny może być niewystarczająca wobec długości trwania lub intensywności stresu. W niektórych roślinach czynnik stresowy (np. mróz w okresie kwitnienia brzoskwiń) może wywoływać natychmiastowe negatywne skutki, a na inne, aby wywołać istotne uszkodzenia, musi działać kilka dni lub tygodni (np. niedobór opadów przy rzepaku). W efekcie plonowanie spada poniżej normy i producent wykazuje niższe niż zaplanowane plony. Oczywiście na niektórych terenach określone pogodowe czynniki stresowe mogą powodować permanentną stratę w odniesieniu do plonowania modelowego dla danej odmiany, ale producent rolny postrzega ryzyko jako stratę w odniesieniu do średniej wieloletniej.

Ubytki w uprawach spowodowane niekorzystnymi warunkami pogodowymi o charakterze niekatastroficznym na danym etapie wzrostu upraw nie mogą być nadrobione. Nie ma możliwości dodatkowego zaangażowania kapitału ludzkiego czy większego wykorzystania maszyn, jak w zwykłych procesach produkcyjnych, m.in. w fabrykach. Nawet sam rozwój roślin jest ściśle ograniczony przez zachodzącą fotosyntezę, dlatego cykl produkcji w rolnictwie nie identyfikuje

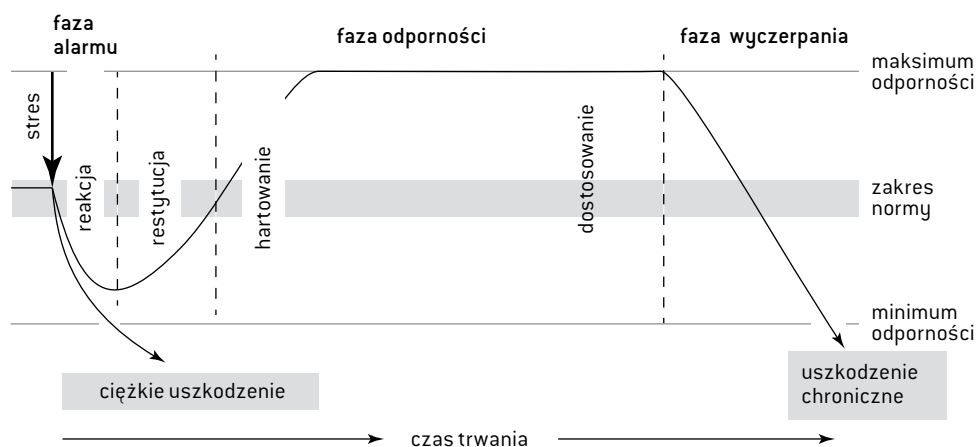
13. A. Janc, *Trudności w funkcjonowaniu ubezpieczeń upraw i zwierząt gospodarskich w Polsce...*, dz.cyt.

14. W. Ortloff, *Approaches to a changing risk profile: The agricultural sector in Europe*, Swiss Reinsurance Company, Zurich 1998.

15. J.A. Dutton, *The Weather In Weather Risk*, w: *Climate Risk and The Weather Market. Financial Risk management with Weather Hedges*, ed. R.S. Dischel, Risk Books, London 2002, s. 185.

16. J. Preś, *Zarządzanie ryzykiem pogodowym*, CeDeWu, Warszawa 2007, s. 36.

Rysunek 1. Fazowy przebieg odpowiedzi organizmu na czynnik stresowy



Źródło: A. Kacperska, *Reakcja roślin na abiotyczne czynniki stresowe*, w: *Fizjologia roślin*, red. J. Kopcewicz i S. Lewak, PWN, Warszawa 2005, s. 615.

się z metodami stosowanymi w pozostałych sektorach gospodarki narodowej, gdzie produkcja może trwać w trybach zmianowych nawet 24 godziny na dobę.

Przyjmując, że pożądane stworzenie rozwiązania pokrywającego zagrożenie związane z niedoborem wody w rolnictwie oraz dodatkowo zwiększenie stopnia wykorzystania ubezpieczenia przez rolników jako jednego z instrumentu finansowania skutków zdarzeń w produkcji, konieczna wydaje się modyfikacja obecnie funkcjonującego ubezpieczenia suszy. Jedną z propozycji są ubezpieczenia suszy zbudowane na bazie indeksu. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie poziomu akceptacji przez rolników tego zupełnie nowego i niespotykanego dotąd konceptu ubezpieczenia.

## 2. Koncepcja ubezpieczenia indeksowego suszy

Rozwiązaniem problemu ubezpieczenia suszy czy dochodowości w produkcji roślinnej i zwierzęcej może być system ubezpieczeń opartych na indeksach. Systemy takie funkcjonują już w wielu krajach (Austria, Meksyk, Mongolia). Pierwszym krokiem w ustaleniu zasad funkcjonowania takiego ubezpieczenia jest określenie parametrów, które będą podstawą do wypłaty odszkodowania, czy raczej świadczenia.

Indeks to pewien z góry określony parametr, którego poziom jest monitorowany przez zewnętrzną niezależną instytucję. W odniesieniu do suszy parametrem takim może być: wielkość opadów, temperatura, niedobór wody, klimatyczny bilans wodny lub inne wskaźniki suszy meteorologicznej czy rolniczej. Szkoda ma miejsce wówczas, gdy poziom indeksu nie mieści się w pewnym z góry ustalonym przedziale (najczęściej jest niższy niż pewien z góry ustalony próg). Wówczas wypłaca się określone z góry świadczenie (ryczałt) dla każdego ubezpieczonego.<sup>17</sup>

17. J.R. Skees, *State of Knowledge Report – Market Development for Weather Index Insurance Key Considerations for Sustainability and Scale Up*, GlobalAgRisk, Lexington 2011, s. 7.

W efekcie produkt ubezpieczeniowy oparty na indeksie to wypłata w oparciu o zmiany wartości indeksu, a nie na podstawie rzeczywistych strat poniesionych przez rolnika. Rozwiązania takie mają spore zalety w stosunku do tradycyjnego produktu ubezpieczeniowego, m.in. ograniczenie hazardu moralnego oraz zjawiska negatywnej selekcji, redukcja kosztów operacyjnych związanych z realizacją ubezpieczenia upraw. Określenie zewnętrznego parametru, niezależnego od obu stron umowy ubezpieczenia, pozwala na oszacowanie faktycznego prawdopodobieństwa wystąpienia zjawiska i jego skutków. Jednak podstawą do właściwego szacowania są dane historyczne dotyczące wartości konkretnego wskaźnika.<sup>18</sup>

Jako podstawę do zbudowania ubezpieczenia indeksowego suszy przyjęto klimatyczny bilans wodny (KBW), opracowany i monitorowany przez Instytut Uprawy, Nawożenia i Gleboznawstwa w Puławach (IUNG), dostępny na stronie <http://www.susza.iung.pulawy.pl>.<sup>19</sup>

Konceptję ubezpieczenia opracowano dla pszenicy, buraków cukrowych i rzepaku. Dla każdej z tych upraw przewidziano trzy warianty, tj. wypłatę świadczenia przy ubytku w plonie 15 proc., 20 proc. oraz 30 proc., którym odpowiada określony poziom KBW, wyznaczany przez IUNG. Poziom świadczeń odpowiadających poszczególnym ubytkom przedstawia poniższa tabela.

**Tabela. 2. Wielkość świadczenia powiązanego z ubytkiem w plonie w ubezpieczeniu indeksowym suszy dla pszenicy, buraków cukrowych i rzepaku**

Wariant	Świadczenie za ubytek plonu w wielkości:	Świadczenie na 1 hektar uprawy		
		Pszenica (w zł)	Buraki cukrowe (w zł)	Rzepak i rzepik (w zł)
1	15%	148	298	321
2	20%	296	559	642
3	30%	593	1119	1283

Źródło: opracowanie własne.

Dla każdego z możliwych wariantów założono pięć różnych poziomów składki, co zaprezentowano w poniższej tabeli.

**Tabela. 3. Wysokość składki w ubezpieczeniu indeksowym suszy dla pszenicy, buraków cukrowych i rzepaku**

Warianty	Wysokość składki na 1 hektar uprawy		
	Pszenica (w zł)	Buraki cukrowe (w zł)	Rzepak i rzepik (w zł)
1	50	100	110
2	60	110	120
3	70	120	130
4	75	130	140
5	80	140	150

Źródło: opracowanie własne.

18. M.G. Kang, *Innovative agricultural insurance products and schemes*, „Agricultural Management, Marketing And Finance Occasional Paper” 2007, nr 12, s. 17–21.

19. Szerokie omówienie metodologii w: A. Doroszewski et. al., *Podstawy systemu monitoringu suszy rolniczej*, „Woda-Środowisko-Obszary Wiejskie” 2012, t. 12, z. 2 (38).

### 3. Opis badania i omówienie wyników

Badaniem *Zainteresowanie ubezpieczeniem indeksowym od suszy* zostali objęci rolnicy z terenu suszy, którzy spełniają następujące kryteria:

- kierują gospodarstwem rolnym powyżej 1 ha, w ramach którego prowadzona jest produkcja rolnicza oraz uprawiane są: pszenica ozima, pszenżyto ozime, buraki cukrowe lub rzepak,
- kierują gospodarstwem rolnym powyżej 1 ha, które w ciągu ostatnich 10 lat dotknęła susza,
- nie odrzucają konceptu ubezpieczenia indeksowego upraw od suszy.

Badanie zostało przeprowadzone przez TNS Polska w czerwcu 2012 r. metodą bezpośredniego wywiadu osobistego CAPI, wspieranego komputerowo. Liczba przeprowadzonych wywiadów wyniosła N=408. Liczebność dla poszczególnych upraw wynosiła: pszenica 345, buraki cukrowe 98, rzepak 110. Dobór próby był warstwowo-losowy. Do badania wylosowano zestawy gmin/miast w każdym województwie z terenu suszy. Liczba gospodarstw rolnych została dobrana proporcjonalnie do liczby gospodarstw rolnych powyżej 1 ha na terenie suszy. Liczba wywiadów z podziałem na powierzchnię gospodarstw dobrano według udziału rolników zainteresowanych zakupem ubezpieczenia indeksowego, poznanego w badaniu *Ilościowe badanie zainteresowania konceptem ubezpieczeń indeksowych upraw dla rolników*. Respondentom przedstawiony został następujący koncept ubezpieczenia:

*Istnieje możliwość wprowadzenia w Polsce nowego ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia upraw od suszy, pozwalającego na przetrwanie jej skutków przez rolników.*

*Na większości obszarów rolnych w Polsce występują czasowe niedobory wody, które mogą znacznie obniżyć plonowanie. Na rynku dostępne jest ubezpieczenie upraw od suszy, ale jest ono dla rolników za drogie, a likwidacja szkód kłopotliwa.*

*Nowy pomysł to UBEZPIECZENIE INDEKSOWE SUSZY. W celu oszacowania wielkości ubytku w plonie nie jest konieczna wizyta towarzystwa ubezpieczeniowego na Pana/Pani polu. Ubytek jest szacowany ogólnie przez niezależny Instytut Upraw i Nawożenia Gleb w Puławach, który monitoruje suszę w Polsce na podstawie KBW [czyli Klimatycznego Bilansu Wodnego]. Jeśli ten Instytut stwierdzi, że plonowanie danej uprawy na danej klasie gleby w danej gminie jest mniejsze o 30 proc., 20 proc. lub 15 proc. od średniego plonu z ostatnich lat (ANKIETER: 10 ostatnich lat, na terenie danej gminy) to każdemu rolnikowi, który zdecyduje się na ubezpieczenie, będzie wypłacona określona kwota. Wypłata ryczałtowa przekazywana przez towarzystwo ubezpieczeniowe będzie taka sama dla wszystkich rolników i będzie dostosowana do rodzaju uprawy i klasy gleby. Składka będzie pobierana przez ubezpieczyciela jednorazowo, raz w roku.*

*Wypłacona kwota raczej nie pokryje w pełni straty, ale pozwoli rolnikowi na rozpoczęcie produkcji w kolejnym okresie wegetacji.*

*Ubezpieczenie indeksowe – pozwala na przetrwanie w przypadku suszy.*

W celu oszacowania atrakcyjności poszczególnych elementów oferty ubezpieczenia zastosowana została technika Choice Based Conjoint (CBC). Technika ta wykorzystywana jest do badania akceptacji różnych konceptów usług (w tym finansowych), w wypadku których klient może wybrać jedną z kilku opcji produktu w różnych cenach.

W celu ułatwienia zrozumienia produktu, względne ubytki w plonach, tj. 15 proc., 20 proc. i 30 proc. przeliczane były – przy prezentacji wariantów – na liczby bezwzględne. W trakcie badania wyświetlały się ubytki w plonowaniu odpowiednie dla gospodarstwa danego respondenta. Zależne były one od trzech zmiennych: a) średniego plonowania z lat 2000–2010 w województwie, w którym znajduje się gospodarstwo rolne; b) okręgu podatkowego (od I do IV)<sup>20</sup>, na terenie którego znajduje się objęte badaniem gospodarstwo rolne oraz c) klasy gleby, na której uprawiane są w danym gospodarstwie najczęściej badane uprawy (pszenica, rzepak, buraki cukrowe). Przeliczanie ubytków w plonach na poszczególne gospodarstwa miało na celu indywidualizację podejścia do oceny konceptu, ponieważ rolnik, podejmując decyzję o zakupie, opierał się na własnych doświadczeniach.

W ramach badania CBC respondentom zaprezentowano jednocześnie trzy warianty produktu. Zadaniem badanych było wskazanie preferowanego wariantu. Następnie przedstawiane respondentom inne kombinacje produktów i za każdym razem badani byli proszeni o dokonanie wyboru najlepszej, z ich punktu widzenia, opcji. Łącznie, każdy badany oceniał pięć plansz, każda po trzy warianty produktu. Przy każdym wyborze była dostępna opcja „Nie kupił(a) bym żadnego z tych ubezpieczeń” (tab. 4).

**Tabela 4. Przykładowe zadanie wyboru dla pszenicy w ramach badania realizowanego techniką Choice Based Conjoint**

1. Proszę wybrać 1 z 3 podanych wariantów ubezpieczenia pszenicy, kierując się własnymi, subiektywnymi preferencjami. Jeśli w przedstawionym zestawie ubezpieczeń żaden wariant nie będzie odpowiadał Pani/Pana preferencjom proszę o zaznaczenie odpowiedzi „Nie kupił(a) bym żadnego z tych ubezpieczeń”.

Wartość odszkodowania za 1 ha	148 zł	296 zł	593 zł	
Wyplacane gdy w gminie średni plon z ha jest	{mniejszy o co najmniej 15% od średniego plonowania w gminie z ostatnich 10 lat} czyli niższy niż 4,8 ton z ha	{mniejszy o co najmniej 20% od średniego plonowania w gminie z ostatnich 10 lat} czyli niższy niż 4,5 ton z ha	{mniejszy o co najmniej 30% od średniego plonowania w gminie z ostatnich 10 lat} czyli niższy niż 3,9 ton z ha	Nie kupił(a) bym żadnego z tych ubezpieczeń
Składka roczna za 1 ha	60 zł	80 zł	50 zł	

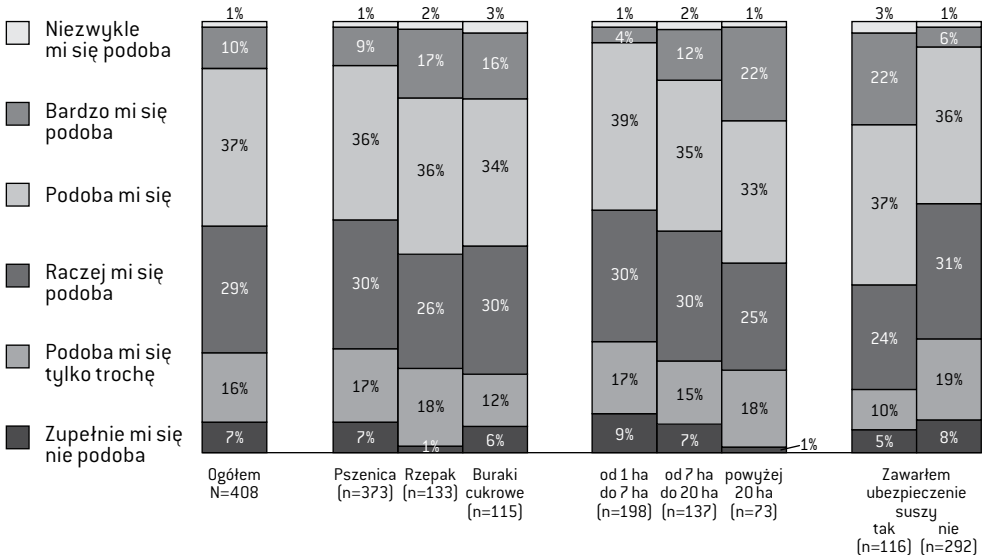
Źródło: badanie przeprowadzone przez TNS Polska (obecnie Pentor) w ramach projektu badawczego nr N N113 432037 *Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce*, realizowanego przez Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

W celu określenia stopnia akceptacji koncepcji ubezpieczenia indeksowego respondentom zadano następujące pytanie: „Proszę powiedzieć na ile ogólnie podoba się panu/i lub nie podoba koncepcja ubezpieczenia upraw od suszy, którą przed chwilą Panu/i odczytałam/em. Przy odpowiedzi proszę się posłużyć skalą: niezwykle mi się podoba; bardzo mi się podoba, podoba mi się, raczej mi się podoba, podoba mi się tylko trochę, zupełnie mi się nie podoba”.

20. Według wykazu gmin i miast zaliczonych do poszczególnych okręgów – rozporządzenie MF z dnia 10 grudnia 2001 r. w sprawie zaliczenia gmin oraz miast do jednego z czterech okręgów podatkowych (Dz. U. Nr 143, poz. 1614).

Rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

Wykres 1. Akceptacja przez rolników konceptu ubezpieczenia indeksowego



Źródło: opracowanie własne.

Niemal połowie respondentów koncepcja ubezpieczenia indeksowego podobała się, a trzy czwarte oceniło koncepcję na poziomie co najmniej „Raczej mi się podoba”. Wynik ten jest zaskakująco dobry, zważywszy na fakt, że nie było dotąd w Polsce ubezpieczenia opartego o indeks i jest to konstrukcja, której rolnicy nie znają i nie mogą odnieść do innych, znanych im form ubezpieczeniowych. Argumenty na rzecz nowej koncepcji, które najczęściej były wymieniane, dotyczyły sposobu likwidacji szkody – bez oględzin – i możliwości pokrycia chociaż części strat spowodowanych suszą. Argumentem przeciwko koncepcji była ryzykalność świadczenia. Ogólna akceptacja konceptu przełożyła się na gotowość do zakupu. W przypadku każdej z trzech poddanych analizie upraw, przynajmniej jeden wariant ubezpieczenia byłby zakupiony przez co najmniej 67 proc. rolników.

Udział osób akceptujących koncepcję był wyższy przy uprawach wysokonakładowych, tj. rzepaku i burakach cukrowych. Ponadto wpływ na ocenę koncepcji miała wielkość gospodarstwa – im większe, tym wyżej oceniano koncepcję (szczególnie w gospodarstwach powyżej 20 ha, gdzie 23 proc. respondentów koncepcja bardzo się podobała). Rolnicy, którzy w ostatnich dwóch latach mieli tradycyjne ubezpieczenie od suszy, szczególnie przychylnie odnieśli się do koncepcji opartej na indeksie. Zaledwie 15 proc. z nich stwierdziło, że pomysł ten podoba im się tylko trochę.

## Konkluzje

Rozwiązanie oparte na indeksach ma kilka niezaprzeczalnych zalet – obniżone koszty akwizycji i administrowania w związku z brakiem potrzeby inspekcji pojedynczych gospodarstw rolnych; brak konieczności likwidacji szkód w plonach czy dochodach (wystarczy mierzyc indeks); zero-

kie grono odbiorców (od właścicieli gospodarstw, poprzez grupy, których dochód jest powiązany z występowaniem opadów, np. banki, dostawcy czynników do produkcji, odbiorcy lub konsumenci, pracownicy). Dzięki temu ubezpieczenia indeksowe mogą oferować pokrycie skutków zdarzeń dotąd nieubezpieczalnych lub zmniejszyć cenę ubezpieczenia, czyli zminimalizować problemy polskiego rynku ubezpieczeń suszy. Ubezpieczenia indeksowe mogą być także narzędziem wkomponowanym w cały proces zarządzania ryzykiem. W wielu krajach proponuje się, aby były powiązane z pożyczkami bankowymi (w tym także o zmiennym i zależnym od występowania zjawisk katastroficznych oprocentowaniu – takie rozwiązania stosowane są od dawna w USA) oraz z tradycyjnymi ubezpieczeniami ubytku w plonie. W przypadku gdy świadczenia z ubezpieczeń nie pokrywają straty, ewentualne brakujące środki mogą pochodzić z odpowiednio oprocentowanego kredytu bankowego.

Kluczowe dla skonstruowania dobrego systemu ubezpieczeń indeksowych jest uzyskanie dokładnych danych historycznych, pokazujących badane zjawisko (np. posiadanie przez producenta rolnego własnej stacji pomiarowej jest dużym atutem). Podczas budowania modelu i wyliczania zakładanego ubytku w plonie ważne jest prawidłowe rozpoznanie globalnych, a także lokalnych trendów pogodowych oraz klimatycznych, jak również zjawisk sezonowych. Dlatego należy prowadzić dalsze badania, które pozwolą zweryfikować zaproponowane świadczenie i składkę w oparciu o faktyczne zjawiska pogodowe.

## Wykaz źródeł

- Badanie *Ilościowe badanie zainteresowania conceptem ubezpieczeń indeksowych upraw dla rolników* zostało przeprowadzone przez TNS Polska (obecnie Pentor) w ramach realizowanego przez Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu projektu badawczego nr N N113 432037, finansowanego ze środków NCN. Badanie przeprowadzone zostało metodą CATI w marcu 2012 r. na próbie 750 respondentów.
- Doroszewski A. et.al., *Podstawy systemu monitoringu suszy rolniczej*, „Woda-Środowisko-Obszary Wiejskie” 2012, t. 12, z. 2 [38].
- Dutton J.A., *The Weather In Weather Risk*, w: *Climate Risk and The Weather Market. Financial Risk management with Weather Hedges*, ed. R.S. Dischel, Risk Books, London 2002.
- Informacja dla komisji powołanych przez wojewodę, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa 27.04.2012 r.
- Janc A., *Trudności w funkcjonowaniu ubezpieczeń upraw i zwierząt gospodarskich w Polsce w latach 2006–2012*, wystąpienie podczas konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu *Trendy w ubezpieczeniach rolnych w Europie. Ubezpieczenie ryzyka suszy w Polsce*, Warszawa 5.11.2012 r.
- Janc A., *Ubezpieczenia suszy – co dalej?*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2008, nr 10.
- Kang M.G., *Innovative agricultural insurance products and schemes*, „Agricultural Management, Marketing And Finance Occasional Paper” 2007, nr 12.
- Ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia upraw rolnych od zdarzeń losowych* przyjęte Uchwałą nr 338/08 Zarządu TUV TUV z dnia 1.09.2008 r.
- Ogólne warunki obowiązkowego dotowanego ubezpieczenia upraw* ustalone uchwałą nr UZ/444/2008 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA z dnia 5 września 2008 r.

Ortloff W., *Approaches to a changing risk profile: The agricultural sector in Europe*, Swiss Reinsurance Company, Zurich 1998.

Preś J., *Zarządzanie ryzykiem pogodowym*, CeDeWu, Warszawa 2007.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 września 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji programu pomocy dla rolników, w których gospodarstwach rolnych powstały szkody spowodowane przez suszę lub huragan w 2008 r. – Dz. U. Nr 173, poz. 1070.

Skees J.R., *State of Knowledge Report – Market Development for Weather Index Insurance Key Considerations for Sustainability and Scale Up*, GlobalAgRisk, Lexington 2011.

Uchwała Rady Ministrów z dnia 26 sierpnia 2008 r. w sprawie ustanowienia programu pomocy dla rodzin rolniczych, w których gospodarstwach rolnych powstały szkody spowodowane przez suszę lub huragan w 2008 r., <http://www.kprm.gov.pl>.

*Uzasadnienie do projektu zmiany ustawy o ubezpieczeniu upraw rolnych i zwierząt gospodarskich*, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa, grudzień 2012, s. 12.

Zarządzenie Prezesa TUW TUW nr 32/08 z dnia 1.09.2008 r.

## **Approval of the concept of index insurance by those running individual agricultural farms in Poland**

*It is impossible to avoid risk in agriculture, as it involves discontinuation of the entity's activity, whereas partial risk avoidance leads to limitation of its activity. The biggest risk for the Polish agriculture is related to water: its shortage (drought) or surplus (consequences of intensive rain, flood). It should be pointed out, however, that losses caused by drought are, mainly due to premium costs, covered by insurance only to a limited extent. Global experience shows possibilities of initiating solutions based on indexes. In the Polish circumstances, farmers assessed index insurance based on the climatic water balance index. The product in question features lump-sum claim payment which does not have compensatory nature, but enables the farm to survive. Agricultural producers welcomed the solution prepared for three crop types (wheat, sugar beet and rape).*

**Key words:** index insurance, drought, demand research, agricultural insurance, climatic water balance.

**DR MONIKA KACZAŁA** – adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

**DR KRZYSZTOF ŁYSKAWA** – adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.



BEATA MROZOWSKA  
KAROL RUSZKOWSKI

## FATCA a polscy ubezpieczyciele

*Amerykańska ustawa Foreign Account Tax Compliance Act z 2010 r. nakłada na zagraniczne instytucje finansowe, w tym zakłady ubezpieczeń, nowe obowiązki, które dotyczą przekazywania informacji o amerykańskich rezydentach podatkowych federalnym organom podatkowym. Uczestnictwo w systemie FATCA opierać się będzie na umowach cywilnoprawnych zawieranych przez zagraniczne instytucje finansowe z amerykańskimi organami podatkowymi lub na umowach międzyrządowych zawieranych z władzami USA. Wykonywanie przez zagraniczne instytucje finansowe obowiązków wynikających z regulacji FATCA może naruszać w niektórych przypadkach lokalne porządki prawa państw, w których instytucje finansowe mają swoją siedzibę. W artykule przedstawiono genezę oraz główne cele uchwalenia FATCA. Ponadto określono podmiotowy i przedmiotowy zakres zastosowania regulacji FATCA oraz scharakteryzowano podstawowe obowiązki zagranicznych instytucji finansowych. Wskazano również obszary polskiego systemu prawa, które mogą zostać naruszone przez stosowanie amerykańskiej regulacji, jak i praktyczne problemy związane z wykonywaniem obowiązków przez zagraniczne instytucje finansowe.*

**Słowa kluczowe:** FATCA, instytucja finansowa, zakład ubezpieczeń, podatek u źródła, sprawozdawczość.

### Wprowadzenie – co to jest FATCA?

FATCA stanowi szereg amerykańskich aktów prawnych, które w niedalekiej przyszłości będą miały wpływ na działalność prowadzoną przez instytucje finansowe, również te, które mają swoją siedzibę w Polsce. Przede wszystkim FATCA wpłynie na działalność banków oraz domów maklerskich. Zmiany, do których **będą musiały przygotować się te instytucje**, są istotne i spowodują utworzenie odrębnego segmentu kontroli, podobnie jak to się dzieje w przypadku przeciwdziałania praniu brudnych pieniędzy.<sup>1</sup> Pozostałe instytucje finansowe, w tym zakłady ubezpieczeń, będą również

---

1. Weronika Missala, *FATCA, czyli amerykański podatek obciążający polskie podmioty*, „Przegląd Podatkowy” nr 5/2012.

zobligowane do zmiany procedur wewnętrznych, głównie z zakresu przeprowadzania weryfikacji klientów i sprawozdawczości, zostaną też zobowiązane do współpracy w dodatkowym zakresie z organami podatkowymi (amerykańskimi lub polskimi, w zależności od przyjętego przez Polskę systemu, o czym szczegółowo w dalszej części artykułu). Implementacja standardów odpowiadających wymogom ustanowionym przez FATCA będzie wymagała od zakładów ubezpieczeń wdrożenia zmian informatycznych i organizacyjnych.

FATCA to skrót od amerykańskiej ustawy podatkowej – *Foreign Account Tax Compliance Act*, podpisanej 18 marca 2010 r. przez Prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki – Baracka Obamę. Sama FATCA stanowiła część większej regulacji – jej postanowienia zawarte zostały w ramach tzw. *HIRE Act*<sup>2</sup>. Na potrzeby niniejszego artykułu terminem „FATCA” określimy również inne akty prawne, które do tej pory się ukazały lub też są w zaawansowanej fazie projektowej. Całość wskazanej regulacji prawnej stanowi nowy system, służący zapobieganiu uchylaniu się przez amerykańskich rezydentów podatkowych od należnego w Stanach Zjednoczonych opodatkowania. Pomimo że FATCA to akt prawny będący częścią amerykańskiego porządku prawnego, to jednak przyjęta konstrukcja wymusi dostosowanie zagranicznych instytucji finansowych do określonych reguł postępowania. Stanie się tak głównie z uwagi na przewidziane sankcje finansowe dla instytucji, które nie będą działać w spodziewanym zakresie, w sytuacji gdy prowadzą one działalność inwestycyjną na terytorium USA.

Całość regulacji stanowiącej mechanizm związany z poborem podatku od zagranicznych inwestycji amerykańskich podatników został określony w kilku aktach prawnych. Warto zauważyć, iż przepisy podstawowego aktu prawnego znajdujące się w *HIRE Act* są sformułowane w dość ogólny sposób. Całość regulacji doprecyzowana zostanie w rozporządzeniu zawierającym wytyczne w zakresie implementacji FATCA; rozporządzenie to jest ciągle w fazie projektu.<sup>3</sup>

Warto również nadmienić, iż amerykańskie władze podatkowe (Internal Revenue Service – IRS) opublikowały w latach 2010–2011 oficjalne stanowiska z rekomendacjami interpretacyjnymi dotyczącymi FATCA<sup>4</sup> (tzw. Notices). Oczywiście dokumenty te, w przeciwieństwie do *HIRE Act*, nie mają charakteru aktu prawnego. Ostateczna treść regulacji FATCA miała zostać opublikowana do końca 2012 r. Termin ten został jednak przełożony. Dotychczas opublikowano dwie modelowe umowy międzynarodowe stanowiące wzór umów, które mają być w przyszłości zawierane między USA i innymi państwami, w celu ułatwienia wykonywania obowiązków wynikających z FATCA.

Niestety w chwili obecnej nie można z całą pewnością stwierdzić, w jaki sposób FATCA będzie wpływać na działalność polskich instytucji finansowych. Wynika to przede wszystkim z tego, że część amerykańskich aktów prawnych jest ciągle w fazie projektowej. Ponadto, co jest dużo bar-

---

2. *Hiring Incentives to Restore Employment (HIRE) Act* (Pub. L. No. 111–147).

3. Dodatkowe informacje dla podatników i FFI dostępne są na stronie internetowej IRS: [http://www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-\(FATCA\)](http://www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-(FATCA)).

4. Notice 2010–60 z dnia 27 sierpnia 2010 r. – zawiera wytyczne w zakresie wymogów dotyczących uzyskania statusu „uczestniczącej” zagranicznej instytucji finansowej (*Participating Foreign Financial Institution – „PFFI”*), jak i na temat weryfikacji prowadzonych rachunków i klientów oraz obowiązków z zakresu raportowania; Notice 2011–34 z dnia 8 kwietnia 2011 r. – zawiera dodatkowe i uzupełnione wytyczne dotyczące istniejących rachunków, *passthru payments* oraz obowiązków z zakresu raportowania; Notice 2011–53 z dnia 14 lipca 2011 r. (uzupełniony w dniu 25 lipca 2011 r.) zawiera dodatkowe wytyczne dla istniejących rachunków, weryfikacji klientów, poboru podatku i obowiązków z zakresu sprawozdawczości.

dziej istotne, polskie władze nie podjęły jeszcze ostatecznej decyzji odnośnie podstaw prawnych, na jakich FATCA ma funkcjonować w naszym kraju. Należy podkreślić, że wdrożenie przez polskie instytucje finansowe FATCA bez wprowadzenia zmian ustawowych do szeregu aktów prawnych jest w zasadzie niemożliwe, ponieważ wymogi stawiane przez amerykańskie organy podatkowe w stosunku do instytucji finansowych są niezgodne z podstawowymi zasadami współpracy między instytucjami finansowymi a ich klientami.

## Cel FATCA

Głównym założeniem przy uchwaleniu FATCA było **zapewnienie IRS informacji o zagranicznych inwestycjach amerykańskich podatników oraz ograniczenie możliwości uniknięcia przez nich opodatkowania w Stanach Zjednoczonych.**

Zatem FATCA ma wymusić na zagranicznych instytucjach finansowych (w dalszej części artykułu określanych jako „FFI”), obsługujących podatników amerykańskich, przekazywanie informacji dotyczących inwestycji tych osób bezpośrednio do IRS lub za pośrednictwem własnych organów podatkowych, w przypadku podpisania stosowanej umowy międzypaństwowej.

Podstawowe cele FATCA to:

- 1) zapobieganie wykorzystywaniu przez amerykańskich podatników rachunków zagranicznych (*offshore*) w celu uniknięcia opodatkowania zysków od inwestycji;
- 2) umożliwienie IRS pozyskiwania informacji o zagranicznych inwestycjach amerykańskich rezydentów podatkowych;
- 3) ograniczenie możliwości unikania opodatkowania przez amerykańskich rezydentów podatkowych i w rezultacie zwiększenie dochodów z budżetu.

Należy też zwrócić uwagę, że realizacja obowiązków wynikających z FATCA będzie zróżnicowana w zależności od jurysdykcji, w jakiej działa dana FFI. Podstawowy model współpracy pomiędzy IRS i FFI opierać się będzie na umowie zawieranej między tymi podmiotami. Nie ulega wątpliwości, że tego typu umowa ma wyłącznie **charakter cywilnoprawny**. Wynikają z tego różnego rodzaju problemy natury prawnej, jak na przykład to, że umowa taka nie może stanowić podstawy prawnej, która wyłączałaby odpowiednie przepisy prawa lokalnego, np. z zakresu tajemnicy bankowej, tajemnicy ubezpieczeniowej czy przepisy z zakresu ochrony danych osobowych.

Drugi model ma funkcjonować w oparciu o **umowę międzyrządową**, która ma być zawierana między władzami amerykańskimi a poszczególnymi państwami, które jednocześnie wprowadzą niezbędne zmiany we własnych systemach, aby umożliwić FFI realizację obowiązków wynikających z FATCA. W dniu 26 czerwca 2012 r. IRS opublikował projekt modelowej umowy międzyrządowej dotyczącej FATCA (*intergovernmental agreement – IGA*). Zawarcie przez dane państwo IGA ma na celu przede wszystkim zmniejszenie niedogodności FFI, które mają siedzibę w tym państwie, związanych z przystosowaniem działalności do wymogów FATCA, a często ma stanowić podstawę prawną umożliwiającą wykonywanie nowych obowiązków. Warto również nadmienić, że IRS przedstawiło dwie wersje IGA – dla państw, które są zainteresowane wymianą informacji na zasadzie wzajemności oraz dla państw, które godzą się na jednostronne przekazywanie informacji do IRS.

Obowiązki wynikające z FATCA będą nakładane na FFI w kilku etapach. Zgodnie z pierwotnymi założeniami część obowiązków powinna być realizowana przez FFI już od 1 stycznia

2013 r., jednak z uwagi na przedłużające się prace nad ostatecznym brzmieniem regulacji, termin ten został przełożony na **1 stycznia 2014 r.** Pierwsze plany przewidywały, że pełne wdrożenie przepisów FATCA oraz nałożenie wszystkich obowiązków z niej wynikających będzie mieć miejsce w 2018 r.

## Mechanizm działania FATCA

Podstawowa funkcja FATCA związana jest przede wszystkim z uzyskiwaniem przez IRS informacji o rachunkach posiadanych przez amerykańskich podatników przebywających poza granicami Stanów Zjednoczonych. Mechanizm FATCA nie mógł jednak opierać się na założeniu, że instytucje finansowe będą przekazywać tego typu dane dobrowolnie, zwłaszcza jeśli pod uwagę weźmie się potencjalną możliwość naruszenia lokalnych porządków prawnych przez te instytucje oraz koszty związane z wprowadzaniem nowych procedur.

W ramach mechanizmu FATCA powstał zatem **swoiisty system sankcji**, którego zadaniem jest zmuszenie instytucji finansowych do wykonywania obowiązków sprawozdawczych na rzecz IRS. Sankcje wprowadzane będą w życie stopniowo przez kilka lat.

Pierwsza z sankcji dotyczyć będzie w większym stopniu klientów niż samych instytucji finansowych. Chodzi mianowicie o pobieranie 30-procentowego podatku u źródła od kwot wypłacanych na rzecz klienta opornego przez PFFI (pojęcie to zostanie wyjaśnione w dalszej części artykułu), zakładając, że całość lub część wypłacanej kwoty stanowi pośredni lub bezpośredni dochód z inwestycji realizowanych w Stanach Zjednoczonych. W praktyce oznacza to, że **PFFI zmuszona będzie obniżyć zysk inwestycyjny swoich własnych klientów.**

Kolejna sankcja związana jest z tzw. *withholdable payments* i dotyczy kwot wypłacanych przez podmioty amerykańskie (np. instytucje finansowe) na rzecz instytucji finansowych nierealizujących obowiązków wynikających z FATCA. **Kwoty związane z inwestycjami pomniejszane są o 30-procentowy podatek u źródła.** W takim wypadku status FFI będzie miał ogromne znaczenie dla klientów, którzy chcą za pośrednictwem danej instytucji finansowej dokonywać inwestycji w USA. Instytucja finansowa, która nie dostosuje swojej działalności do wymogów FATCA, nie będzie w stanie w sposób pełny i skuteczny przeprowadzać inwestycji dla swoich klientów, bowiem wszystkie inwestycje związane pośrednio lub bezpośrednio z terytorium Stanów Zjednoczonych zostaną automatycznie zmniejszone o kwotę 30-procentowego podatku. Zatem uzyskanie statusu PFFI będzie miało przede wszystkim znaczenie biznesowe, ponieważ może spowodować utratę części klientów danej instytucji finansowej.

Ostatnim etapem implementacji FATCA będzie wprowadzenie poboru podatku od tzw. *pass-thru payments*. Dotyczą one płatności, które dokonywane są między zagranicznymi instytucjami finansowymi. W sytuacji, gdy dana kwota wynika pośrednio lub bezpośrednio z inwestycji na terytorium USA, PFFI zmuszona jest do pobrania od takiej kwoty 30-procentowego podatku u źródła, jeżeli jest ona przekazywana na rzecz nieuczestniczącej instytucji finansowej bądź opornego klienta.

Uniknięcie sankcji możliwe jest wyłącznie w drodze uzyskania statusu PFFI lub co najmniej *deemed-compliant FFI*. Każdy inny podmiot uważany będzie za instytucję finansową, która nie wykonuje obowiązków wynikających z regulacji FATCA i w rezultacie będzie musiał się liczyć z nałożeniem na niego wskazanych wyżej sankcji.

## Zakres przedmiotowy

Zakres FATCA został określony poprzez wskazanie podmiotowego oraz przedmiotowego zasięgu jej zastosowania.

Podmioty objęte regulacją to instytucje finansowe, których siedziba mieści się poza terytorium Stanów Zjednoczonych. Ogólna definicja FFI obejmuje swoim zakresem podmioty, które:

- a) przyjmują depozyty pieniężne w toku zwykłej działalności bankowej lub podobnej działalności;
- b) przechowują aktywa finansowe w imieniu innych podmiotów, co stanowi znaczną część ich działalności;
- c) są zaangażowane głównie w inwestowanie, reinwestowanie, obrót instrumentami finansowym lub udziałami w innych podmiotach;
- d) są zakładami ubezpieczeń oferującymi produkty o charakterze inwestycyjnym (przykładowo umowy ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym).

Jak wskazano powyżej, definicja FFI sformułowana na potrzeby FATCA jest bardzo ogólna, a określona w niej działalność wykonuje większość instytucji finansowych prowadzących swoją działalność w różnych jurysdykcjach. Przykładowo można powiedzieć, że za FFI z dużym prawdopodobieństwem uznane zostaną podmioty takie jak:

- a) banki komercyjne i spółdzielcze;
- b) biura i domy maklerskie;
- c) fundusze inwestycyjne;
- d) fundusze hedgingowe;
- e) fundusze powiernicze;
- f) fundusze private-equity;
- g) zakłady ubezpieczeń, oferujące produkty na życie o charakterze inwestycyjnym.

Udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zakłady ubezpieczeń mające siedzibę w Polsce zostaną uznane za FFI, zależy w głównej mierze od tego, jakie produkty ubezpieczeniowe znajdują się w ich ofercie. Z uwagi na fakt, że FATCA dotyczy przede wszystkim działalności o charakterze inwestycyjnym, należy stwierdzić, iż zakresem FATCA objęci zostaną ubezpieczyciele, którzy oferują produkty umożliwiające ubezpieczającym dokonanie wypłaty wartości wykupu polisy. Ważne jest to, że relewantna z punktu widzenia FATCA jest sama możliwość dokonania wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia, a nie faktyczne dokonanie takiej wypłaty.

Opublikowane w ostatnim czasie propozycje regulacji FATCA wprowadziły dodatkowe wyłączenia od powyższej zasady. Jedno z nich dotyczy zakładów ubezpieczeń na życie **będących** PFFI. Nie muszą one dokonywać weryfikacji klientów, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na życie, umożliwiające im dokonanie wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia, jeżeli wartość rachunku danego klienta nie przekracza kwoty 250 000 USD w momencie zawarcia umowy przez zakład ubezpieczeń i IRS. Zakład ubezpieczeń nie będzie zobowiązany do podejmowania czynności zmierzających do weryfikacji danego klienta, dopóki wartość posiadanego przez niego rachunku nie przekroczy kwoty 1 000 000 USD na koniec następujących lat kalendarzowych. W praktyce oznacza to, że zakłady ubezpieczeń będą musiały raz w roku dokonać weryfikacji wartości posiadanych przez danego klienta polis.

W ramach przepisów FATCA znajdują się również regulacje określające grupy podmiotów, które nie zostaną objęte jej zakresem. Są to podmioty nieprowadzące tradycyjnej działalności

finansowej, podmioty rozpoczynające działalność oraz te, które znajdują się w stanie likwidacji, reorganizacji lub upadłości.

Co do zasady, podstawowymi uczestnikami systemu FATCA będą tzw. PFFI. Są to zagraniczne instytucje finansowe, które zawarły z IRS umowę, na mocy której zobowiązują się dostosować swoją działalność do regulacji FATCA, jak i do wykonywania obowiązków z niej wynikających.

Należy podkreślić, że zróżnicowanie podmiotów z perspektywy regulacji FATCA jest dużo bardziej złożone niż zwykły dychotomiczny podział na PFFI i instytucje finansowe, które nie realizują obowiązków wynikających z FATCA (tzw. *non-participating FFI*). W ramach systemu FATCA funkcjonować będą również inne podmioty, które z określonych względów nie będą realizować obowiązków wynikających z tej regulacji, albo będą robić to w sposób bardzo ograniczony. Powyższe dotyczy podmiotów, które uzyskają **status *deemed-compliant FFI***, czyli instytucji finansowej, która pomimo tego, że nie przystąpiła do systemu FATCA, jest z pewnych powodów postrzegana jako instytucja, której działalność jest zgodna z tą regulacją. Co niezwykle istotne, takie instytucje, pomimo niewykonywania obowiązków, które zostały nałożone np. na PFFI, nie będą ponosić negatywnych konsekwencji, takich jak pobór podatku u **źródła od kwot wypłacanych na ich rzecz**.

W ramach kategorii podmiotów o statusie *deemed-compliant FFI* można wyróżnić **dwa typy podmiotów: zarejestrowane (*registered*) oraz certyfikowane (*certified*) *deemed-compliant FFI***. Główna różnica pomiędzy wskazanymi statusami polega na zakresie obowiązków, które takie podmioty muszą realizować.

Status ***registered deemed-compliant FFI*** uzyskać mogą instytucje finansowe, takie jak lokalne instytucje finansowe, nieraportujące podmioty z uczestniczących grup zagranicznych instytucji finansowych, kwalifikowane instytucje zbiorowego inwestowania lub kwalifikowane fundusze inwestycyjne. Tego typu podmiot ma obowiązek dokonać odpowiedniej rejestracji w IRS oraz złożyć odpowiednie oświadczenia, w szczególności dotyczące implementacji właściwych z punktu widzenia FATCA procedur. Ten status najprawdopodobniej otrzymają również podmioty, które realizować będą obowiązki wynikające z FATCA na podstawie bilateralnych umów, zawieranych pomiędzy Stanami Zjednoczonymi a krajami, gdzie dane instytucje finansowe mają swoją siedzibę.

Z całą pewnością najbardziej liczną grupą podmiotów, które skorzystają z przywilejów związanych z posiadaniem statusu ***registered deemed-compliant FFI***, będą **lokalne instytucje finansowe**. Dotyczy to zwłaszcza zakładów ubezpieczeń, które poprzez uzyskanie takiego statusu mogą uniknąć ciężaru wykonywania wszystkich obowiązków, jakie zostaną nałożone na PFFI. Niemniej muszą one wcześniej spełnić szereg wymogów, które zostały ustanowione w regulacji FATCA. Najważniejsze z nich to:

- a) nieprowadzenie w sposób zorganizowany działalności gospodarczej poza granicami państwa, w którym FFI ma swoją siedzibę;
- b) prawo państwa siedziby FFI jest zgodne z międzynarodowymi standardami z zakresu przeciwdziałania finansowaniu terroryzmu i praniu pieniędzy;
- c) co najmniej 98 proc. rachunków prowadzonych przez FFI musi stanowić własność osób posiadających status rezydenta państwa siedziby FFI;
- d) w chwili rejestracji w IRS, FFI musi mieć wdrożone procedury, które umożliwiają identyfikację amerykańskich podatników, w tym także podmiotów, które pośrednio stanowią własność takich osób;
- e) FFI musi sprawdzić, czy prowadzone przez nią rachunki należą do amerykańskich podatników. Jeśli tak, musi albo wypowiedzieć stosowne umowy, albo przesyłać IRS okresowe in-

formacje na temat takich rachunków, jak również pobierać podatek u źródła od wypłacanych przez niego kwot;

- f) FFI oraz inne podmioty należące do jednej grupy muszą mieć siedzibę w tym samym państwie i powinny dokonać rejestracji w IRS.

Druga grupa podmiotów w ramach kategorii *deemed-compliant FFI* to ***certified deemed-compliant FFI***. Status ten mogą otrzymać nierejestrujące się w IRS banki lokalne, fundusze emerytalne, organizacje non-profit oraz instytucje finansowe prowadzące rachunki o niskiej wartości. Instytucje, które uzyskały omawiany status, nie muszą dokonywać żadnej rejestracji w IRS. W ramach niniejszego artykułu nie zostaną przedstawione szczegółowe warunki uzyskania tego statusu przez wskazane powyżej podmioty, bowiem status ten nie będzie miał większego znaczenia dla zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w Polsce.

Warto nadmienić, iż dostosowanie działalności poszczególnych FFI do wymogów FATCA w celu uzyskania statusu *deemed-compliant FFI* ma znaczenie nie tylko dla samych instytucji finansowych, ale także dla podmiotów, które należą do ich grupy kapitałowej. Wynika to z faktu, iż uzyskanie przez całą grupę statusu podmiotów, które działają zgodnie z regulacją FATCA, wymaga, aby każdy z nich posiadał status inny niż *non-participating FFI*.

## Zakres podmiotowy

FATCA zawiera bardzo szeroką **definicję podatnika amerykańskiego**, którego instytucje finansowe, w tym zakłady ubezpieczeń, powinny zidentyfikować wśród swoich klientów i objąć systemem raportowania i innymi wymaganymi działaniami. Zakład ubezpieczeń powinien zatem wdrożyć procedurę wewnętrzną umożliwiającą „**poznanie klientów**” na potrzeby FATCA (procedura „*Know Your Client*”). Obowiązki z zakresu *Know Your Client* to przede wszystkim **stosowanie procedur wewnętrznych umożliwiających weryfikację klienta FFI, która umożliwi uzyskanie niezbędnych z punktu widzenia FATCA informacji na jego temat i dokumentów go dotyczących**. Weryfikacja klientów ma być generalnie przeprowadzana za pośrednictwem systemu elektronicznego. Jednakże w przypadku rachunków o wysokich saldach (przekraczających 1 milion dolarów amerykańskich) weryfikacja powinna być przeprowadzona w sposób indywidualny i z zaangażowaniem nie tylko systemu elektronicznego, ale także bezpośrednio pracownika instytucji finansowej. FATCA proponuje system identyfikacji osób, które mogą być podatnikami amerykańskimi, w oparciu o tzw. „US indicia”. Wystąpienie u klienta jednej z następujących cech nakłada na instytucję finansową obowiązek dalszej weryfikacji:

- a) fakt, że klient jest już zidentyfikowany jako obywatel lub rezydent USA (dla celów innych niż FATCA);
- b) posiadanie przez klienta Zielonej Karty;
- c) posiadanie przez klienta dochodów w USA;
- d) miejsce zamieszkania w USA przez okres dłuższy niż 183 dni w roku;
- e) miejsce urodzenia w USA;
- f) adres zamieszkania lub adres do korespondencji w USA (łącznie z posiadaniem w Stanach Zjednoczonych skrytki pocztowej);
- g) posiadanie amerykańskiego numeru telefonu;
- h) zlecenie stałego przelewania środków na rachunek w USA;
- i) udzielenie pełnomocnictwa osobie posiadającej adres w USA;

j) posiadanie przez klienta amerykańskiego adresu do korespondencji, jeśli jest jedynym adresem w dokumentach instytucji finansowej w odniesieniu do danego klienta.

Obowiązek weryfikacji dotyczy nie tylko osób fizycznych. Zakresem FATCA objęte zostały również osoby prawne, które przykładowo mają siedzibę w USA lub ich właściciele są amerykańskimi podatnikami. W przypadku spółek należy wyodrębnić podmioty:

- a) które działają w oparciu o prawo amerykańskie;
- b) w których co najmniej 10 proc. udziałów/akcji posiada choćby pośrednio podatnik amerykański.

Należy podkreślić, że FATCA wymusza na instytucjach finansowych dokonywanie weryfikacji zarówno dotychczasowych, jak i nowych klientów. Zatem zakłady ubezpieczeń powinny wdrożyć procedurę umożliwiającą uzyskanie informacji w oparciu o posiadaną bazę danych, a także pozyskać nowe informacje na potrzeby FATCA poprzez zastosowanie US indicia. W przypadku klientów instytucjonalnych dodatkowo należy dokonać weryfikacji posiadanych danych w celu ustalenia struktury własnościowej klienta.

## Oporny klient

Pojęcie opornego klienta związane jest w głównej mierze z podstawową sankcją wynikającą z FATCA, a więc pobieraniem 30-procentowego podatku u źródła od kwot stanowiących zysk z inwestycji związanych z terytorium USA, które wypłacane są na rzecz takiej osoby. Z powyższego wynika, że identyfikacja opornych klientów przez PFFI to niezwykle ważna czynność, bowiem tylko dzięki poprawnej i systematycznej weryfikacji klientów PFFI mogą realizować część obowiązków, które nakłada na nie FATCA.

Kwalifikacja danego klienta jako opornego klienta odbywa się, co do zasady, przy **weryfikacji związku klienta z terytorium USA**. Przede wszystkim za klientów opornych będą uważane te osoby, które nie dostarczą PFFI informacji umożliwiających sprawdzenie, czy są one podatnikami amerykańskimi. Bez znaczenia jest to, czy klient nie przekazał części, czy wszystkich informacji. Istotne jest jedynie to, że braki informacyjne uniemożliwiają dokonanie kompletnej weryfikacji danej osoby przez PFFI.

Warto również nadmienić, że w przypadku współpracy PFFI z IRS w oparciu o zawartą przez te podmioty umowę, w większości przypadków PFFI z uwagi na przepisy prawa lokalnego nie będą uprawnione do przekazywania określonych danych do IRS. Z tej przyczyny konieczne wydaje się uzyskanie przez PFFI zgody lub oświadczenia samego klienta, który wyraża zgodę na przekazanie dotyczących go danych do IRS. Odmowa klienta do udzielenia takiej zgody jest równoznaczna z zakwalifikowaniem go jako opornego klienta, nawet jeśli przekazał on PFFI wszystkie wymagane przez nią informacje dotyczące swojej osoby.

Co do zasady, PFFI zgodnie z regulacją FATCA powinna **rozwiązać lub wypowiedzieć umowę o świadczenie usług finansowych na rzecz opornego klienta**.

## Sprawozdawczość i raportowanie

Jak wskazane zostało we wcześniejszych fragmentach niniejszego artykułu, FATCA ma pełnić przede wszystkim funkcję informacyjną, która ma się materializować w przekazywaniu przez PFFI



informacji na temat podatników amerykańskich posiadających rachunki w tych instytucjach finansowych. Dodatkowo PFFI przekazywać będą zbiorcze dane o rachunkach tzw. opornych klientów.

Podobnie jak w przypadku sankcji, obowiązki z zakresu sprawozdawczości i raportowania nie zostaną nałożone na instytucje finansowe jednorazowo i będą stopniowo rozszerzane w kolejnych latach. Warto wskazać, że zgodnie z pierwotnymi założeniami, przesyłanie informacji dotyczących amerykańskich podatników miało się rozpocząć już w 2014 r.

Docelowo obowiązki z zakresu sprawozdawczości zaczną obowiązywać dopiero w 2017 r. i dotyczyć będą danych za 2016 r. Dane, które mają być przesyłane do IRS, obejmować będą swoim zakresem następujące informacje na temat amerykańskich posiadaczy rachunków:

- a) nazwisko/firmę;
- b) adres;
- c) numer identyfikacji podatkowej;
- d) numer rachunku;
- e) saldo rachunku;
- f) łączną wartość rachunków klientów opornych w podziale na:
  - wykazujących US indicia;
  - niewykazujących US indicia;
- g) dochód związany z amerykańskim rachunkiem (płatności dokonywane na rachunek).

Warto nadmienić, iż regulacja FATCA zawiera szczegółowe definicje niektórych pojęć związanych z obowiązkiem raportowania nałożonym na PFFI. Dotyczy to przede wszystkim takich pojęć jak saldo czy numer rachunku.

Należy również zauważyć, że najprawdopodobniej podmioty z państw, które zawarły ze Stanami Zjednoczonymi dwustronną umowę, wykonywać będą obowiązki sprawozdawcze w sposób odmienny od PFFI. Otóż, podmioty z takich państw przekazywać będą przedmiotowe informacje bezpośrednio do organów podatkowych właściwych dla państwa, gdzie dana instytucja finansowa ma swoją siedzibę. Oznacza to, że przekazanie danych nastąpi pomiędzy organami podatkowymi państwa siedziby instytucji finansowej oraz Stanów Zjednoczonych. Taka konstrukcja ma na celu przede wszystkim umożliwienie wykonywania przez instytucje finansowe obowiązków z zakresu sprawozdawczości bez naruszania przepisów prawa lokalnego.

## Zgodność z polskim prawem

Zgodnie z podstawowym założeniem, regulacja FATCA nie miała zostać zaimplementowana do lokalnych porządków prawnych. Wynika to z samej natury tej regulacji, która co do zasady stanowi wyłącznie część amerykańskiego systemu prawa. Nie istnieje również podstawa prawna (taka jak np. w przypadku prawa Unii Europejskiej), która umożliwiłaby transpozycję przepisów FATCA do lokalnych porządków prawnych.

Powyższe oznacza, że regulacja FATCA nie będzie mieć bezpośredniego skutku prawnego dla podmiotów znajdujących się poza USA. Co więcej, co do zasady, państwa trzecie nie będą mieć obowiązku implementacji przedmiotowej regulacji do swoich systemów prawnych. Takie działania zależne są wyłącznie od intencji samych państw trzecich.

Z tego właśnie powodu powstał pomysł polegający na zawieraniu pomiędzy państwami a USA tzw. IGA. Jako że umowy między państwowe stanowiąc będą element porządków lokalnych systemów

prawnych, umożliwią realizację części obowiązków PFFI bez naruszenia innych przepisów tych porządków prawnych. Ciągłe nie ma jednak pewności, czy podobna umowa zostanie zawarta również przez Polskę.

Problemy związane ze zgodnością regulacji FATCA z polskim porządkiem prawnych dotyczą wielu kwestii. Przede wszystkim, warto zwrócić uwagę na potencjalną sprzeczność działań PFFI wykonujących obowiązki wynikające z FATCA z przepisami dotyczącymi tajemnicy bankowej i ubezpieczeniowej. O ile przepisy w tym zakresie nie zostaną zmienione, przekazanie do Stanów Zjednoczonych danych dotyczących zawartych umów ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w przypadku zgody wyrażonej przez klienta, aczkolwiek należy podkreślić, że aktualne przepisy prawa ubezpieczeniowego nie mają w tym zakresie żadnych regulacji odnośnie takiej procedury.

Należy również zwrócić uwagę na możliwość naruszenia przez PFFI przepisów z zakresu ochrony danych osobowych. Co do zasady, przekazywanie danych dotyczących klienta odbywać się może na podstawie odpowiednich przepisów prawa lub w oparciu o zgodę wyrażoną przez klienta. Jak zostało wspomniane wcześniej, FATCA nie stanowi części polskiego porządku prawnego, wobec czego PFFI będą zmuszone do uzyskania od swoich klientów oświadczeń, które umożliwią im przekazywanie IRS informacji o nich. Warto też nadmienić, iż podstawą prawną umożliwiającą przekazywanie do IRS przedmiotowych informacji nie będzie również umowa zawierana przez PFFI i IRS, bowiem umowa ta ma wyłącznie charakter cywilnoprawny.

Zgodnie z brzmieniem obecnie obowiązujących przepisów polskiego prawa, może okazać się, że PFFI nie będą również uprawnione do pomniejszania kwot wypłacanych na rzecz opornych klientów o 30-procentowy podatek u źródła. W tym wypadku możliwe jest naruszenie ustawy o usługach płatniczych<sup>5</sup>, bowiem art. 52 tej ustawy zabrania podmiotom pośredniczącym w wykonaniu transakcji płatniczej pomniejszania kwoty transakcji płatniczej o opłaty należne w związku z jej wykonaniem oraz inne należności.

Niezgodność z przepisami polskiego prawa może dotyczyć również sytuacji, kiedy PFFI zobowiązana jest na mocy postanowień regulacji FATCA do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zawartej z danym klientem (dotyczy to przede wszystkim klientów opornych). Tymczasem przepisy prawa co do zasady nie zezwalają na jednostronne wypowiedzenie umów ubezpieczenia na życie przez ubezpieczycieli, poza wypadkami wskazanymi w ustawie.<sup>6</sup>

## Problemy praktyczne

W niniejszym artykule zostały omówione kwestie zgodności FATCA z przepisami polskiego prawa. Autorzy artykułu wyrażają również nadzieję, że polskie władze zadbają o stworzenie odpowiednich norm prawnych, aby zobowiązane instytucje finansowe mogły w sposób legalny spełniać nowe obowiązki. Na bazie obecnych przepisów wypełnienie obowiązków FATCA przez zakłady ubezpieczeń jest niestety niemożliwe.

Chcemy także zwrócić uwagę na problemy praktyczne, z którymi zakłady ubezpieczeń będą musiały się zmierzyć.

---

5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 r., Nr 199, poz. 1175, z późn. zm.)

6. Art. 830 § 3 k.c.

- 1) Wdrożenie regulacji FATCA wiązać się będzie z **koniecznością modyfikacji systemu informacyjnego oraz procesów wewnętrznych dotyczących obsługi klienta, a następnie generowania niezbędnych sprawozdań oraz archiwizacji tych danych.**
- 2) Zakłady ubezpieczeń będą zobowiązane do **wyznaczenia osoby odpowiedzialnej** za przestrzeganie przez zakład ubezpieczeń procedur związanych z FATCA, włączając w to m.in. kwestie wdrożenia nowych zasad obsługi, raportowanie, sprawozdawczość, weryfikację danych dotyczących klientów, komunikację z klientami oraz organami skarbowymi.
- 3) Przeprowadzenie procedury weryfikacji dotychczasowych klientów oraz wdrożenie procedur w stosunku do nowych klientów, włączając w to mechanizmy rozpoznawania statusu klientów, a także rozwiązania umów ubezpieczenia czy odmowy zawarcia umowy. Wiązać się to będzie głównie z ustaleniem nowej polityki informacyjnej wobec klientów.
- 4) Wdrożenie systemów elektronicznych umożliwiających wypełnienie obowiązków związanych ze współpracą z organami podatkowymi. Ponieważ Polska nie podpisała umowy bilateralnej z USA (np. IGA), trudno jest w tej chwili określić, jaki charakter ta modyfikacja powinna posiadać, w tym najważniejsze: czy zakład ubezpieczeń będzie dokonywać potrąceń z płatności samodzielnie. Proces stopniowego wdrażania systemu FATCA miał rozpocząć się już 1 stycznia 2013 r. Na szczęście termin ten uległ przesunięciu na 1 stycznia 2014 r. Oznacza to jednak, że mamy niewiele czasu na to, aby stworzyć ramy prawne dla funkcjonowania FATCA w naszym kraju.

## Wykaz źródeł

- Hiring Incentives to Restore Employment (HIRE) Act* [Pub. L. No. 111–147].
- Missala W., *FATCA, czyli amerykański podatek obciążający polskie podmioty*, „Przegląd Podatkowy” 2012, nr 5, s. 9–14.
- Notice 2010–60 z dnia 27 sierpnia 2010 r., <http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-10-60.pdf>.
- Notice 2011–34 z dnia 8 kwietnia 2011 r., <http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-11-34.pdf>.
- Notice 2011–53 z dnia 14 lipca 2011 r., <http://www.irs.gov/Businesses/Corporations/Notice%202011-53%20-%20Chapter%204>.
- Reg-121647–10 – Regulations Relating to Information Reporting by Foreign Financial Institutions and Withholding on Certain Payments to Foreign Financial Institutions and Other Foreign Entities [Proposed regulations], <http://www.irs.gov/pub/newsroom/reg-121647-10.pdf>.
- Romanowski B., A. Tarasiuk-Flodrowska, *Polscy ubezpieczyciele powinni rozważyć skutki amerykańskiej ustawy*, „Rzeczpospolita”, 17 maja 2012 r.
- Świąćicki P., *Amerykański fiskus nakłada obowiązki na polskie banki i instytucje finansowe*, „Miesięcznik Finansowy BANK”, marzec 2012, s. 59.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 1376, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 r., Nr 199, poz. 1175, z późn. zm.).

## **FATCA and Polish insurers**

*The American Foreign Account Tax Compliance Act of 2010 puts on foreign financial institutions, including insurance companies, new obligations related to providing information on US tax residents to federal tax authorities. Participation in FATCA system will be based on civil law agreements concluded by foreign financial institutions with US tax authorities or on international agreements concluded with US federal authorities. Fulfilment by foreign financial institutions of the obligations under FACTA may, in certain cases, breach local legal systems of the countries in which the financial institutions are established. The article presents the origins and main aims of FACTA adoption. Furthermore, it defines the extent to which FACTA regulation will apply in terms of entities and subject matter, as well as discusses basic obligations of foreign financial institutions. It also indicates areas of the Polish legal system which may be breached if the US regulation is used, and practical problems related to fulfilment of the obligations by foreign financial institutions.*

**Key words:** FATCA, financial institution, insurance company, withholding tax, reporting.

**BEATA MROZOWSKA** – radca prawny, kancelaria Hogan Lovells.

**KAROL RUSZKOWSKI** – aplikant adwokacki, kancelaria Hogan Lovells.

WOJCIECH NAGEL

## Nierównowaga funduszu rentowego FUS: przyczyny i implikacje

*Główne kierunki dyskusji na temat możliwych zmian w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce koncentrowały się w ostatnich latach wokół problematyki funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych oraz podwyższenia i zrównania wieku emerytalnego. Katalog oczekiwanych zmian, które wzmocniłyby system zabezpieczenia społecznego w Polsce pozostaje nadal szeroki. Jedną ze szczególnie istotnych wydaje się być potrzeba dostosowania podsystemu rentowego do emerytalnego, który funkcjonuje w formule zdefiniowanej składki. Jej wdrożenie będzie miało ważne znaczenie o charakterze ekonomicznym i społecznym. Analiza zmiennych dotyczących przepływów finansowych w funduszu rentowym wyodrębnionym w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wskazuje na jego trwałą nierównowagę, także w ujęciu prognostycznym. Zdaniem autora, obecnie obowiązujące zasady przyznawania świadczeń prowadzą do trwałej dezaktywizacji zawodowej ubezpieczonych po ukończeniu przez nich 50 roku życia.*

*Autor podejmuje próbę analizy przyczyn niedoboru w funduszu oraz jego wpływu na kondycję finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z uwzględnieniem jego prognozy średnioterminowej na lata 2013–2017. Istotnym problemem do rozwiązania pozostaje wytyczenie kierunku zmian w sposobie przyznawania rent oraz kryteriów uprawniających do ich uzyskania. Zostanie on zarysowany w prezentowanym referacie.*

**Słowa kluczowe:** Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, fundusz rentowy, nierównowaga, prognoza, parametry makroekonomiczne.

### Wprowadzenie

Problematyka dalszego wzmocnienia europejskich systemów emerytalnych stała się w okresie po ujawnieniu skutków kryzysu rynku finansowego w latach 2007–2008 jednym z kluczowych obszarów pracy programowej Komisji Europejskiej. W opublikowanym w 2010 r. dokumencie zatytułowanym *Zielona Księga na rzecz adekwatnych i bezpiecznych systemów emerytalnych*

w Europie<sup>1</sup> zwrócono uwagę na szybszy od przewidywanego proces starzenia się społeczeństw. Dostrzeżono głębokość wstrząsu, któremu zostały poddane sektory finansów publicznych, prywatne instytucje finansowe oraz funkcjonowanie przedsiębiorstw. Wskazano, iż w bliskiej przyszłości niezbędne będzie podniesienie w krajach członkowskich UE wskaźnika aktywizacji zawodowej do wysokości 75 proc. (w szczególności pracowników w wieku 55–65 lat)<sup>2</sup> oraz stała modernizacja rozwiązań instytucjonalnych w celu ograniczenia zjawiska ubóstwa wśród emerytów. Dostrzeżono pozytywne działania krajów członkowskich, które zachęcały społeczeństwa do dłuższej pracy, w tym przedsięwzięcia na rzecz podwyższenia (i zrównania) wieku uprawniającego do uzyskania świadczeń. Towarzyszyło temu ograniczanie zjawiska wczesnych emerytur na skutek odejść z rynku pracy osób w pełni aktywności zawodowej.

Można założyć, iż uchwalenie ustawy o emeryturach pomostowych w 2008 r. było przykładem działania, które sprzyja dłuższej aktywności zawodowej zgodnie z rekomendacjami Rady i Komisji. Jednakże brak możliwości ponownego uchwalenia w 2009 r. ustawy zmieniającej sposób naliczania i wypłaty świadczeń rentowych, na skutek niepodpisania jej przez prezydenta, osłabiło korzyści wynikające z ograniczenia ścieżek prowadzących do uzyskiwania wczesnych emerytur. Reforma ubezpieczeń społecznych z 1999 r. zmieniła metodę naliczania świadczenia emerytalnego: dla ubezpieczonych urodzonych po 1948 r. wprowadzono zasadę zdefiniowanej składki w ubezpieczeniu emerytalnym, natomiast wysokość emerytury uzależniono od wieku przejścia na emeryturę oraz kwoty składek wpłaconych w okresie aktywności zawodowej. Emerytura obliczona zgodnie z nową formułą jest równa kwocie uzyskanej w wyniku podzielenia podstawy obliczenia (tj. sumy zwaloryzowanej kwoty kapitału początkowego obliczonego za staż ubezpieczeniowy przed 1999 r. oraz zwaloryzowanej kwoty składek emerytalnych wpłaconych po 1998 r.) oraz średniego dalszego trwania życia przewidywanego dla osoby przechodzącej na emeryturę.

Przyjęta przez sejm w maju 2012 r. regulacja dotycząca zmian w wysokości wieku emerytalnego oraz wprowadzenie tzw. emerytur częściowych ukazały potencjalne słabości w wykonaniu nowego prawa. Jest niewykluczone, iż począwszy od 2013 r. ujawni się presja, której poddany zostanie system rentowy, z uwagi na możliwość uzyskania w nim wyższego świadczenia w wieku 60 lat, tj. w niższym wieku aniżeli niepełne świadczenie emerytalne (odpowiednio – 62 lata, 65 lat, dla kobiety i mężczyzny).

Dokumenty Rady i Komisji nie odnoszą się wprost do problematyki rentowej, jednakże można odnaleźć pewne wskazania, które obejmują wspomniany obszar analizy. Dotyczą one w szczególności polityki zdrowotnej, której celem ma być pomoc społeczeństwom, by starzały się w dobrym zdrowiu, co wydłuży aktywność zawodową oraz ograniczy zjawisko wczesnych emerytur.<sup>3</sup> Modernizacje: systemu emerytalnego, opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej – stały się podstawą trzech filarów strategii wzmocnienia krajowych budżetów, które podjęto na początku dekady i rozwinięto we wspólne cele dotyczące adekwatnych, stabilnych i elastycznych emerytur.<sup>4</sup> W ostatnim czasie

1. Komisja Europejska, Bruksela 7.07.2010, KOM(2010)365, wersja ostateczna.
2. Zgodnie z założeniami dokumentu Europa 2020, przyjętego na posiedzeniu Rady Europejskiej w dniach 7–8 czerwca 2010 r.
3. Por. *Zielona Księga...*, op. cit., s. 11.
4. Ustalenia Rady Europejskiej w Laeken w 2001 r.: *Jakość i wykonalność emerytur – Wspólne sprawozdanie dotyczące celów i metod roboczych w dziedzinie emerytur (10672/01 ECOFIN 198 SOC 272)*, także *Zielona Księga...*, s. 3.

na podstawie rocznych analiz wzrostu gospodarczego w latach 2011 i 2012 wzmocniono zalecenia dla krajów członkowskich w zakresie ograniczania wczesnych emerytur i innych możliwości wczesnego zaprzestania aktywności zawodowej<sup>5</sup>, a także dalszego wspierania przedsięwzięć na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Można postawić tezę, iż działania zmierzające do przebudowy krajowego systemu rentowego są objęte pożądanym obszarem zmian postulowanym przez międzynarodowe otoczenie Polski.

## 1. Fundusz rentowy: funkcjonowanie, średnioterminowa prognoza finansowa

Fundusz rentowy jest jednym z czterech wyodrębnionych funduszy w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z którego finansowane są świadczenia.<sup>6</sup> Obejmują w szczególności wypłaty związane z ryzykami niezdolności do pracy i śmierci żywiciela<sup>7</sup>. Wpłaty na fundusz rentowy od chwili wdrożenia reformy ubezpieczeń społecznych z dniem 1 stycznia 1999 r. miały przez długi czas solidarny charakter, co w ujęciu praktycznym oznaczało współpłacenie składki przez pracodawców i pracowników w równej wysokości. Wysokość łącznej składki rentowej, współpłaconej przez pracodawcę i pracownika, wynosiła 13 proc. podstawy wymiaru do 30 czerwca 2007 roku, po czym uchwalono w parlamencie jej zmniejszenie na rzecz pracownika o 3 p.p. Obniżenie składki obowiązywało do końca 2007 r., a następnie zostało pogłębione od 2008 r. o kolejne 2 p.p. obniżające świadczenie pracownika oraz odpowiednio – także pracodawcy. Oznaczało to obniżenie jej w łącznej wysokości o 7 proc. podstawy wymiaru. Regulację wprowadzono przed wyborami parlamentarnymi w Polsce oraz w okresie narastania skutków poważnego kryzysu finansowego w Stanach Zjednoczonych. Powyższe rozwiązanie prawne obowiązywało przez kolejne 4 lata, po czym rząd zdecydował o podniesieniu wysokości składki do 8 proc. podstawy wymiaru – o 2 p.p. po stronie pracodawcy, począwszy od lutego 2012 roku. Oznacza to, iż pozostały potencjał ewentualnego podwyższenia jej wysokości istnieje zasadniczo wyłącznie wobec pracownika, chyba że uległaby zmianie zasada solidarności w opłacaniu składek emerytalno-rentowych przez pracownika i pracodawcę. Została ona wprowadzona przepisami tzw. ustawy systemowej<sup>8</sup>, przy czym metoda solidaryzmu współpłacenia jest zaliczana do jednej z głównych reguł konstytucyjnych ubezpieczeń społecznych.

Przeptywy finansowe funduszy wyodrębnionych w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w tym funduszu rentowego, obejmujące wpływy oraz wydatki, są poddawane analizie historycznej oraz prognozowaniu długoterminowemu. Dane z przeszłości służą budowie kolejnych modeli prognostycznych, a najdłuższa perspektywa czasowa projekcji obejmuje swoim zasięgiem rok 2060. Bazowym materiałem przy konstruowaniu modeli jest prognoza demograficzna na lata 2008–2035 wykonana w GUS, uzupełniona o tablice trwania życia do roku 2035 oraz

5. Por. *Biała Księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, COM (2012) 55, Bruksela, 20 lutego 2012 r., s. 4–6.

6. Por. W. Muszalski, *Prawo Socjalne*, WN PWN, Warszawa 2007, s. 111.

7. Por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie Społeczne – teoria dla praktyki*, Oficyna Branta, Bydgoszcz 2005, s. 218–220.

8. Por. ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, (Dz. U. Nr 137, z późn. zm.).

prognozę ludności w podziale na kohorty wiekowe.<sup>9</sup> Prognoza demograficzna została wydłużona o 25 lat, a także poszerzona o przedział wiekowy 100–110 lat, aby uwzględnić założenia modelu prognostycznego FUS10. Warto podkreślić, że przyjęte metody obliczeniowe szacują wydatki poszczególnych, wyodrębnionych funduszy: emerytalnego, rentowego, wypadkowego i chorobowego. Podobnie prognozowane są wpływy, również w podziale na poszczególne klasy funduszy, i uwzględniają one w szczególności<sup>10</sup>:

1. odpływ części składek do Funduszu Rezerwy Demograficznej,
2. odpływ części składek do otwartych funduszy emerytalnych oraz ograniczenie rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe<sup>11</sup>,
3. różnicowanie stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe w zależności od zagrożeń zawodowych, a także obniżenie stopy składki odprowadzanej do otwartych funduszy emerytalnych.

Wyliczenia zaprezentowane w prognozie opublikowanej w październiku 2011 r. nie obejmują kwot za świadczenia zlecone do wypłaty Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych<sup>12</sup> i uwzględniają świadczenia finansowane z budżetu państwa wypłacane na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Wpływy obejmują przychody ze składek oraz celowej dotacji budżetowej przeznaczonej na pokrycie świadczeń finansowanych z budżetu państwa (zaliczanych do FUS). Autorzy prognozy podkreślają, iż zastosowana klasyfikacja pozwala na uzyskanie przejrzystości w ocenie wyniku finansowego Funduszu dla kolejnych lat. Ujęte w materiale kwoty jego deficytów rocznych (ujemnych sald przepływów finansowych) nie są w całości pokrywane z dotacji z budżetu państwa. Wydatki Funduszu obejmują kwoty wypłacanych świadczeń, także tych, które są finansowane z budżetu państwa dotacją celową. Ponadto objęto nimi odpis na działalność Zakładu oraz koszty prewencji rentowej i wypadkowej.

Kluczowymi elementami prognozy są przyjęte założenia makroekonomiczne, a jej poszczególne warianty zawierają zmienne wartości dla pięciu wskaźników, które charakteryzują sytuację społeczno-gospodarczą kraju w danym roku prognozy. Należą do nich:

1. stopa bezrobocia (stan na koniec roku),
2. średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem,
3. wskaźnik realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia,
4. wskaźnik realnego wzrostu PKB,
5. ściążalność składek na ubezpieczenie społeczne.

Analiza poszczególnych wariantów prognozy wskazuje, iż autorzy przyjęli szereg założeń, które w istotny sposób wpływają na efekt końcowy, m.in. iż ceny towarów i usług będą rosły szybciej w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów aniżeli w populacji. Istotne z punktu widzenia omawianej problematyki jest założenie o zmiennych częstościach przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy oraz rodzinnych. Odpowiednio: dla wariantu 1 – na poziomie średnim z lat

---

9. Por. Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017, Warszawa ZUS 2011, s. 11.

10. Ibidem, s. 14.

11. Do wysokości trzydziestokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w danym roku.

12. Zostały one przeniesione od 2007 r. do odrębnego rozdziału wydatków budżetu państwa.



2008–2010, dla wariantu 2 i 3 – zmniejszenie bądź zwiększenie częstości przyznawania rent dla obu kategorii. Wreszcie – wskaźniki waloryzacji dla wszystkich wariantów obliczeń przyjęto na dopuszczalnym poziomie, uwzględniającym poziom inflacji oraz 1/5 stopy realnego przyrostu przeciętnego wynagrodzenia.

Poziom wskaźników makroekonomicznych, który jest zmienny w każdym z przedstawionych wariantów prognozy na lata 2013–2017, świadczy o zdecydowanie bardziej optymistycznym aniżeli konserwatywnym podejściu do kształtowania się przyszłej sytuacji gospodarczej kraju. Przykładowo – skrajne wskaźniki (amplituda) dla przyjętych stóp bezrobocia w okresie prognozy kształtują się w przedziale od 10,93 proc.<sup>13</sup> do 5,49 proc. dla ostatniego roku prognozy. Analiza ukształtowania się stopy bezrobocia rejestrowanego w latach 2000–2011 pokazuje, iż najwyższy wskaźnik osiągnęła ona w 2003 r. – 20 proc., a najniższy w 2008 r., odpowiednio – 9,5 proc.<sup>14</sup> Jego przeciętna wysokość w latach 2009–2011 ukształtowała się na poziomie 12,3 proc., a zatem zdecydowanie powyżej przyjętych w prognozie założeń.

W przypadku prognozowania realnego wzrostu PKB wielkości ukształtowały się od 104 proc. w 2013 r. (z tym, że dla roku poprzedzającego przyjęto wyższy o 1,5 p.p. wskaźnik przyrostu aniżeli w budżecie państwa – 102,5 proc.) do 102,5 proc. – w 2017 r. Jednocześnie założono, iż w każdym z przedstawionych wariantów przyrost płac będzie wyprzedzał wskaźnik inflacji i ukształtuje się w przedziale pomiędzy 102,61 proc. a 104 proc. w analizowanym okresie prognozy.<sup>15</sup> Warto poczynić zatem pewne uwagi do przedstawionych założeń i zastanowić się nad ich zasadnością oraz wartością wniosków końcowych związanych z niedoborem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w tym funduszu rentowego.

Autor podjął próbę analizy drugiego (środkowego), z przedstawionych wariantów, zarówno z punktu widzenia wielkości przepływów, jak i oceny przyjętych parametrów makroekonomicznych. Przepływy finansowe w FUS w analizowanym okresie wskazują na trwały niedobór środków pieniężnych, a ujemny wynik finansowy jest generowany dla każdego roku prognozy. Wynosi on w okresie pięciu lat łącznie blisko 359 mld zł, w tym dla funduszu rentowego – około 87 mld zł. Przyczyn nierównowagi finansowej należy upatrywać zwłaszcza w pogorszeniu się bilansu poszczególnych funduszy, także na skutek obniżenia składki rentowej. W Polsce funkcjonuje ponadto nadmiernie rozbudowana sfera uprzywilejowań emerytalnych, która pochłania rocznie blisko 20 mld zł. Dotyczy to w szczególności systemu emerytalnego funkcjonariuszy i żołnierzy, którzy do 2013 r. zachowali możliwość przechodzenia na emeryturę po 15 latach pracy, a koszt uprzywilejowań wynosi obecnie ok. 11 mld zł rocznie. Do wymienionej sfery należy zaliczyć prokuratorów, sędziów, funkcjonariuszy służby więziennej, których świadczenia pochłaniają blisko 1,2 mld zł rocznie, a wymienione zawody wyłączone są z powszechnego systemu emerytalnego. Funkcjonują one w formule zaopatrzeniowej, którą cechuje finansowanie z budżetu państwa. Kolejna grupa zawodowa, obejmująca górników, opłaca wprawdzie składki na ubezpieczenie społeczne, jednakże jest wyłączona z rozwiązań ustawy o emeryturach pomostowych, która ograniczyła możliwość wczesnych odejść z rynku pracy. Obecnie górnicy pracujący pod ziemią, przechodzący na emeryturę po 25 latach, mogą to uczynić bez względu na wiek.

13. Podana wartość odbiega od ukształtowanej stopy bezrobocia w 2011 r. na poziomie 12,3 proc. oraz w wielkości zaplanowanej w założeniach makroekonomicznych do budżetu państwa na 2012 r. w wysokości 12,4 proc.

14. Główny Urząd Statystyczny, *Stopy bezrobocia w latach 1990–2012 (bezrobocie rejestrowane)*, Warszawa 2012.

15. Por. *Prognoza wpływów i wydatków...*, op. cit., s. 10.

Koszt świadczeń emerytalnych dla tej grupy zawodowej wynosi ok. 8,2 mld zł rocznie, a średni wiek przejścia na emeryturę nie przekracza 48 lat. Przytoczone powyżej okoliczności wskazują na istotne różnicowania w systemie ubezpieczeń społecznych. Są one ważnym elementem ukształtowania się trwałej nierównowagi Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, na którą wpływa także opóźnianie wdrożenia jednolitej i powszechnej regulacji dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od charakteru świadczonej pracy.

**Tabela 1. Wpływy, wydatki i saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu rentowego (w mln zł): prognoza na lata 2013–2017**

KATEGORIA FUNDUSZU	ROK PROGNOZY				
	2013	2014	2015	2016	2017
Wielkości dla funduszy w mln zł					
<b>Fundusz Ubezpieczeń Społecznych</b>					
Saldo roczne	-61 408	-64 567	-69 064	-73 124	-77 770
Wpływy	110 883	113 139	115 732	118 638	120 629
Wydatki	172 291	177 707	184 816	191 762	198 399
<b>Fundusz rentowy</b>					
Saldo roczne	-17 723	-17 693	-17 398	-17 162	-16 948
Wpływy	24 971	25 785	26 607	27 337	28 016
Wydatki	42 694	43 479	44 005	44 499	44 964

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza wpływów i wydatków...*, s. 19.

Autorzy prognozy, którą sporządzono w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, podkreślili, iż założenia makroekonomiczne zostały przygotowane poza instytucją. W zastrzeżeniach do wyników generowanych przez model prognostyczny stwierdzono, że odchylenia przyszłych realizacji od prognozy będą konsekwencją przyjętych założeń oraz wynikną z istoty zjawisk losowych. Założenia dotyczą poziomu ukształtowania się podstawowych parametrów makroekonomicznych, które przedstawiają punkt widzenia resortu finansów w zakresie kształtowania się przyszłej sytuacji społeczno-gospodarczej kraju. W szczególności wydaje się, iż dla prognozowania wpływów dochodowych do FUS, a zwłaszcza – funduszu emerytalnego, największe znaczenie ma zakładana stopa bezrobocia. W prezentowanym poniżej diagramie poziom bezrobocia został ukazany w trendzie opadającym – od 10 p.p. do niespełna 8 – w okresie pięciu lat. Zastrzeżenie, które należy poczynić do tej projekcji, jest związane z faktem, iż realnie ukształtowana stopa dla wyjściowego roku prognozy (2011) była wyższa o blisko 1,5 p.p., co ma związek z sytuacją na krajowym rynku pracy w następstwie kryzysu finansowego. Można założyć, iż w kolejnych latach, które objęte są prognozowaniem, poziom stopy bezrobocia będzie najbardziej wrażliwym parametrem makroekonomicznym, na którego wielkość będzie wpływał zarówno rozwój sytuacji w strefie euro, jak i czynniki krajowe. Poziom bezrobocia ukształtuje się zapewne od 1,5 p.p. do 2 p.p. powyżej założeń, co będzie miało istotny wpływ na prezentowaną wysokość niedoboru finansowego w FUS. Z perspektywy wyniku finansowego funduszu rentowego istotne są wskaźniki przyrostu inflacji i wynagrodzeń, które wpływają na poziom waloryzacji świadczeń. W prognozie zaprezentowano optymistyczne założenia związane w szczególności z niskim poziomem inflacji. W poprzedzającym analizowany okres 2012 r. zaplanowany wzrost cen był niższy o 1 p.p. od przyjętego w budżecie, a ukształtowany w 2011 r. – wyższy o 0,6 proc. aniżeli przyjęty w prognozie. Jednakże kluczowym parametrem

wpływającym na wynik finansowy funduszu rentowego jest poziom ukształtowanej składki, współpłaconej przez pracodawcę i pracownika. Wynosi ona obecnie 8 proc. podstawy wymiaru i jest niższa o 5 p.p. od wielkości, która została ukształtowana w okresie wprowadzania reformy emerytalnej. Można przyjąć, iż w najbliższych dwóch latach, być może już w 2014 r., poszukiwane będą możliwości zmniejszenia deficytu w FUS i funduszu rentowym poprzez podniesienie wysokości składki rentowej, tym razem – wyłącznie po stronie pracownika. Wysokość jej podwyższenia może ukształtować się zapewne w przedziale 1–3 p.p., w zależności od rozwoju sytuacji gospodarczej Polski i sektora finansów publicznych. Będzie ona związana w dużej mierze z kondycją gospodarek w otoczeniu zagranicznym, która wpłynie na ukształtowanie się sytuacji na rynku pracy, optymizm konsumencki oraz skłonność przedsiębiorstw do inwestowania. Z tego punktu widzenia należałoby sformułować rekomendację dla analityków resortu finansówna temat przekazywania założeń makroekonomicznych do prognozowania, które oparte byłyby bardziej na konserwatywnej aniżeli optymistycznej podstawie projektowania sytuacji społeczno-gospodarczej kraju. Zdaniem autora założenia makroekonomiczne zawarte w prognozie średnioterminowej FUS na lata 2013–2017 i w efekcie obliczenia dotyczące przepływów finansowych nie spełniają tego kryterium.

Tabela 2. Wybrane parametry makroekonomiczne – wariant nr 2 (środkowy) prognozy

WYSZCZEGÓLNIENIE PARAMETRU	ROK PROGNOZY						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Stopa bezrobocia (stan na koniec roku)	10,93%	10,32%	10,01%	9,31%	8,75%	8,21%	7,92%
2. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem	103,50%	101,80%	101,50%	101,50%	101,50%	101,50%	101,50%
3. Wskaźnik realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia	102,61%	102,30%	102,50%	102,65%	102,90%	102,70%	102,70%
4. Wskaźnik realnego wzrostu PKB	104,00%	103,00%	102,70%	102,90%	102,90%	102,70%	102,50%
5. Ściągalność składek na ubezpieczenia społeczne	97,50%	97,50%	97,50%	97,50%	102,90%	97,50%	97,50%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza wpływów i wydatków...*, s. 10.

## 2. Obecne zasady przyznawania świadczeń rentowych – elementy kluczowe

Uznanie osoby ubezpieczonej za niezdolną do pracy następuje na podstawie decyzji lekarza orzecznika, poprzedzonej badaniami lekarskimi. Świadczenie takie zasadniczo przyznawane jest na okres pięciu lat. Obecnie pobiera je ok. 1,27 mln osób.<sup>16</sup> Jednakże niezależnie od uznania niezdolności do pracy ubezpieczonego, winien on spełnić kryteria obejmujące okresy składkowe i nieskładkowe<sup>17</sup> (od roku do pięciu lat), w zależności od wieku jej zaistnienia<sup>18</sup>. Jeśli ich nie spełnia – istnieje

16. Por. *Informacja o wybranych świadczeniach pieniężnych*, ZUS, 2012.

17. Do okresów składkowych zalicza się także okres służby wojskowej, prowadzenia działalności gospodarczej lub urlopu macierzyńskiego, do nieskładkowych – w szczególności okres nauki w szkole wyższej oraz pobierania świadczeń: rehabilitacyjnego, opiekuńczego lub chorobowego.

18. Stopniowo od poniżej 20 lat do powyżej 30 lat.

alternatywne kryterium, związane z niezdolnością do pracy – na skutek wypadku w drodze do pracy lub w pracy. Ostatnim z kryteriów, które należy spełnić, aby mieć możliwość uzyskania świadczenia, jest okres stwierdzenia niezdolności do pracy. Zostanie ona uznana w sytuacji zaistnienia w okresach składkowych lub nieskładkowych, lub nie później aniżeli w ciągu 18 miesięcy po ich ustaniu. Zamiennie można zostać uznanym za osobę niezdolną do pracy, jeśli wykaże się 20-letnim (kobieta) lub 25-letnim (mężczyzna) stażem składkowym i nieskładkowym.

Analiza kryteriów przyznawania renty z tytułu niezdolności do pracy wskazuje, iż stanowią one wielopoziomowy, łączny katalog okoliczności, których spełnienie decyduje o decyzji przyznającej wymienione świadczenie. Najwyższa wysokość spośród najniższych świadczeń nie przekracza po ostatniej waloryzacji 950 zł brutto. Jest ona zależna od okoliczności jej przyznania oraz od tego, czy niezdolność do wykonywania pracy ma charakter całkowity, czy też częściowy. Najniższa wysokość świadczenia rentowego jest przyznawana z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Wynosi ono niespełna 640 zł brutto.

### 3. Zmiany w podsystemie rentowym – zasada zdefiniowanej składki

Autor przyjął założenie, iż świadczenia rentowe wchodzą w zakres publicznego systemu zabezpieczenia społecznego, w którym można wyróżnić publiczny system emerytalny organizowany przez państwo dla ubezpieczonych<sup>19</sup> oraz podsystem rentowy. Kluczowym elementem oczekiwanej zmiany powinno się stać wprowadzenie do niego zasady zdefiniowanej składki, która obowiązuje w systemie emerytalnym. W efekcie zastosowania podobnego mechanizmu naliczania świadczeń, wysokość renty stanie się pochodną zgromadzonego kapitału rentowego.

Ubytek wpływów do FUS w latach 2007–2008, związany ze wspomnianą uprzednio operacją obniżenia składki rentowej, wyłącznie w okresie od 30 czerwca 2007 r. do końca 2008 r., sięgnął kwoty blisko 23 mld zł. Stanowiło to dotkliwe obciążenie budżetu państwa w okresie podjęcia przedsięwzięć na rzecz konsolidacji finansów publicznych oraz programu konwergencji. Obniżenie składek na fundusz rentowy przyniosło spadek pozapłacowych kosztów pracy w warunkach słabnącej krajowej koniunktury gospodarczej i komplikującej się sytuacji finansowej w otoczeniu międzynarodowym. Wskazywano, iż obniżka składki rentowej po stronie pracodawcy przyczyni się do obniżenia tzw. klina podatkowego oraz spadku bezrobocia i wzrostu wynagrodzeń.<sup>20</sup> Wpływ zmniejszania pozapłacowych kosztów pracy na wewnętrzną oraz zewnętrzną konkurencyjność jest pozytywny. Pojawiały się jednak opinie, iż zamierzeniem nowego rządu będzie powrót do starej regulacji, co nastąpiło ostatecznie w 2012 r., choć można zauważyć, iż obniżyła się konkurencyjność gospodarki poprzez podniesienie kosztów zatrudnienia.

Implikacje trwałego niedoboru w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych mogą zostać powiązane z napięciami w realizacji budżetu państwa w efekcie spowolnienia gospodarczego w latach 2013–2014. Nie można wykluczyć podniesienia obciążeń i danin o charakterze podatkowym i składkowym, także wobec gospodarstw domowych. Jak wspomniano, może to dotyczyć podniesienia

---

19. Por. M. Żukowski, *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005, s. 7.

20. Por. *Uzasadnienie do projektu zmiany ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*, MPIP, kwiecień 2007 r.

wysokości składki rentowej, jako operacji nieuchronnej, która zostanie przeprowadzona stopniowo lub jednorazowo. Postępujący spadek liczby osób w wieku produkcyjnym w najbliższych latach oraz poszerzanie się sfery tzw. elastycznych form zatrudnienia wskazują jednakże na konieczność wykazania dużej ostrożności przy szacowaniu spodziewanego efektu podniesienia składki rentowej po stronie pracowników.

Tabela 3. Analiza efektów finansowych decyzji o obniżeniu składki rentowej w 2007 r.

Przepływy w FUS, efekty dla SFP i budżetu państwa		Rok	
I. Wpływy, dochody	II. Wydatki, efekty	2007 (w mld zł)	2008 (w mld zł)
Obniżenie wpływów składek do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych		-3,4	-19,5
Dodatkowe dochody z tytułu podwyższenia podstawy do PIT i składki NFZ		0,8	2,8
	w tym PIT (sektor FP)	0,5	1,5
	w tym budżet	0,3	0,8
II. Oszczędności na wydatkach sektora finansów publicznych		0,025	0,43
Wzrost wydatków FUS (podwyżka kwoty bazowej)			0,03
Efekt łączny dla sektora finansów publicznych		-2,58	-16,3
Efekt dla budżetu państwa		-3,08	-18,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Uzasadnienie do projektu zmiany ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*, MPiPS, kwiecień 2007 r.

Elementem zmiany w 2013 r. powinna się stać korekta sposobu przyznawania rent rodzinnych dla osamotnionego współmałżonka, które obecnie przyznawane są wdowom i wdowcom i nie trafiają do dzieci ubezpieczonych. Z ponad 1,27 mln świadczeń blisko 1,042 mln pobierają obecnie osoby powyżej 50 roku życia, w dużej części mogące kontynuować zatrudnienie. Powoduje to dezaktywizację, w szczególności aktywnych zawodowo kobiet, ale także wprowadza negatywną selekcję wobec świadczenia emerytalnego, które jest obwarowane ostrzejszymi kryteriami przyznawania aniżeli rentowe. Przeciętna wysokość renty rodzinnej jest zbliżona do wysokości przeciętnej emerytury i często korzystniejszym rozwiązaniem jest wybranie świadczenia rodzinnego zamiast emerytury.

## Podsumowanie

Oczekiwane dostosowanie podsystemu rentowego do emerytalnego wypełniłoby lukę prawną związaną z brakiem uregulowań dotyczących zasad obliczania rent z tytułu niezdolności do pracy. Odpowiednia regulacja powinna mieć na celu zmianę formuły naliczania rent przy pozostawieniu przepisów określających warunki, których spełnienie uprawnia do renty z tytułu niezdolności do pracy. Z uwagi na stworzenie jednolitej podstawy obliczenia emerytur i rent dla ubezpieczonych urodzonych po 1948 r., zasady wymiaru rent muszą być dostosowane do wprowadzonej zasady ekwiwalentności pomiędzy zgromadzonym kapitałem składkowym a świadczeniem emerytalnym. Umocniłoby to stabilność finansową systemu ubezpieczeń społecznych, która jest budowana w oparciu o ścisłą korelację między wnoszonymi aktywami składkowymi a wydatkami na wypłatę świadczeń. Nowa metoda obliczania wysokości rent powinna być adekwatna do wysokości

zebranego kapitału emerytalnego, podobnie jak to jest w przypadku emerytur kapitałowych.<sup>21</sup> Wydaje się, iż przewidywane oszczędności w systemie rentowym wystąpią w okresie początkowym i będą związane z wydatnie obniżoną przeciętną wysokością świadczeń, co oznacza, iż będą one oscylować wokół minimalnej wysokości. Dotyczyć to będzie w szczególności okresu po 2014 r., w którym spodziewane są najniższe stopy zwrotu z OFE dla ubezpieczonych mężczyzn, którzy zaczęli wówczas pobierać kapitałowe świadczenie emerytalne.

Zmiana sposobu naliczania rent wpłynie na wysokość rent rodzinnych po zmarłym członku OFE, który miał krótki staż uczestnika funduszu i niską kwotę zgromadzonych aktywów. Przyjęcie wskaźnika waloryzacji świadczeń rentowych, jako pochodnego wskaźnika inflacji, oraz wskaźnikowego (1/5) udziału w realnym wzroście wynagrodzeń, jako rozwiązania trwałego, z uwagi na niepewność ścieżki wzrostu gospodarczego w dłuższym horyzoncie czasowym powinno być przedmiotem szczegółowej analizy. Wydaje się, iż racjonalnym rozwiązaniem byłoby waloryzowanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego o wskaźnik inflacji, co pozwoliłoby na utrzymanie ich realnej wartości i zahamowałoby zwiększanie trwałego deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

## Wykaz źródeł

Główny Urząd Statystyczny, *Stopa bezrobocia w latach 1990–2012 (bezrobocie rejestrowane)*, Warszawa 2012.

Komisja Europejska, *Biała Księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, COM [2012] 55, Bruksela 2012.

Komisja Europejska, *Zielona Księga: GREEN PAPER towards adequate, sustainable and safe European pension systems*, 2.07.2010 KOM(2010)365, Bruksela 2010.

Mszalski W., *Prawo Socjalne*, WN PWN, Warszawa 2007, s. 111.

Rada Europejska, *Jakość i wykonalność emerytur – Wspólne sprawozdanie dotyczące celów i metod roboczych, w dziedzinie emerytur*, 1067/01 ECOFIN 198 SOC 272, Sztokholm 2001.

Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne – teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2005, s. 218–220.

ZUS, *Informacja o wybranych świadczeniach pieniężnych*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2012.

ZUS, *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013–2017*. Warszawa 2011.

Żukowski M., *Reformy emerytalne w Europie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005, s. 7.

## Imbalance of FUS allowance fund: causes and implications

*Over the last years, the main directions on the discussion on possibilities of changes in the social security system in Poland have focused on the issue of operation of open pension funds, as well as raising the retirement age and making it equal for men and women. The list of expected changes which*

---

21. Obliczane według zasad zawartych w art. 25 i 26 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

*would strengthen the system in Poland remains long. What seems to be one of the particularly important things is the need to adjust the allowance subsystem to pension one, which operates in the defined contribution formula. Its implementation will be of significant economic and social importance. The analysis of the variables related to cash flows in the allowance fund separated out of the Social Insurance Funds shows its permanent imbalance, also in forecast terms. The author believes that the current rules for providing benefits lead to lasting professional deactivation of insured persons once they reach the age of 50.*

*The author makes an attempt at analysing the reasons for the shortage in the fund and its influence on the financial condition of the Social Insurance Fund, taking into account its medium-term forecast for the years 2013–2017. What remains an important problem to be solved is setting out the direction of changes in the manner in which allowances are granted as well as the criteria which need to be fulfilled to obtain them. It will be outlined in this paper.*

**Key words:** Social Insurance Fund, allowance fund, imbalance, forecast, macroeconomic parameters.

**DR WOJCIECH NAGEL** – kierownik Zakładu Socjologii Organizacji i Instytucji, Instytut Socjologii, Uniwersytet w Białymstoku.





PIOTR ŻUK

## Stopa zwrotu z akcji i aktywów wolnych od ryzyka a wzrost PKB w długim okresie. Wnioski dla systemu emerytalnego w Polsce

*Wysokość stopy zwrotu w powszechnym systemie emerytalnym zależy od trzech zmiennych: wzrostu PKB (z którym powiązana jest waloryzacja kapitału na kontach emerytalnych w ZUS), stopy zwrotu z akcji oraz stopy zwrotu z obligacji (które determinują stopę zwrotu osiąganą przez emeryta w OFE). W artykule dokonano próby odpowiedzi na pytanie o relacje między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji i aktywów wolnych od ryzyka. Analiza danych dotyczących 17 krajów w latach 1900–2010 wykazała, że w długim okresie średnia stopa zwrotu z akcji przewyższała stopę wolną od ryzyka średnio o 4,6 p.p. (w przypadku średnich geometrycznych) oraz 7,1 p.p. (w przypadku średnich arytmetycznych). Równocześnie dane wykazały, że w grupie badanych krajów średnia stopa zwrotu z akcji była dodatnio skorelowana ze średnim tempem wzrostu PKB oraz przewyższała je o 1,9 p.p. (w przypadku średnich geometrycznych) oraz o 4,5 p.p. (w przypadku średnich arytmetycznych). Wysoka (w odniesieniu do wzrostu PKB) stopa zwrotu z akcji może stanowić argument za tworzeniem lub podnoszeniem składki emerytalnej trafiającej do części FDC systemu emerytalnego, jak również zwiększeniem udziału akcji w oszczędnościach emerytalnych, zwłaszcza osób młodych, w celu zmaksymalizowania oczekiwanej stopy zwrotu z oszczędności emerytalnych.*

### Wprowadzenie<sup>1</sup>

Głównym celem reformy emerytalnej przeprowadzonej w Polsce w 1999 r. było przejście z systemu zdefiniowanego świadczenia do systemu zdefiniowanej składki. Pozwoliło to na ścisłe powiązanie wysokości przyszłej emerytury z wartością kapitału zgromadzonego w okresie aktywności zawodowej. Od 1999 r. nastąpił podział składki emerytalnej ubezpieczonych na dwie części:

- część składki (12,22 proc. z 19,52 proc. podstawy wymiaru składki) trafiała na indywidualne konto emerytalne w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (tzw. część NDC systemu

---

1. Opinie prezentowane w artykule są poglądami autora i nie muszą odzwierciedlać stanowiska NBP.

emerytalnego – *national defined contribution* lub *non-financial defined contribution*), gdzie była corocznie waloryzowana zgodnie ze wzrostem funduszu płac w gospodarce<sup>2</sup>,

- pozostała część składki emerytalnej (początkowo 7,3 z 19,52 proc. podstawy wymiaru składki) była przekazywana do Otwartych Funduszy Emerytalnych (tzw. część FDC systemu emerytalnego – *financial defined contribution*), gdzie stopa zwrotu osiągana przez ubezpieczonego z tych środków zależy od stopy zwrotu z aktywów finansowych (głównie obligacji skarbowych i akcji).

W maju 2011 r. składka emerytalna trafiająca uprzednio do OFE została zmniejszona o część, która jest obecnie zapisywana na kolejnym, wydzielonym w ZUS subkoncie, gdzie jest ona corocznie waloryzowana o średni nominalny wzrost PKB z pięciu poprzednich lat z zastrzeżeniem nieujemności (w 2011 i 2012 r. była to część składki w wysokości 5 proc. podstawy wymiaru, docelowo ma osiągnąć wartość 3,8 proc. podstawy wymiaru).

Obecnie składka emerytalna trafia na trzy różne konta (dwa w ZUS oraz jedno w OFE), a stopa zwrotu osiągana przez ubezpieczonego z całego portfela emerytalnego w powszechnym systemie emerytalnym zależy od: tempa wzrostu funduszu płac w gospodarce, tempa wzrostu PKB oraz stopy zwrotu z akcji i obligacji. Przyjmując założenie o stałym udziale funduszu płac w PKB<sup>3</sup>, stopa zwrotu w systemie emerytalnym zależy od trzech zmiennych: wzrostu PKB, stopy zwrotu z akcji oraz stopy zwrotu z obligacji.

Celem poniższego artykułu jest przedstawienie relacji między tempem wzrostu PKB, stopą zwrotu z akcji, obligacji i bonów skarbowych, zarówno na gruncie teoretycznym, jak i empirycznym, oraz wyciągnięcie wniosków z tych relacji dotyczących konstrukcji systemu emerytalnego w Polsce. Po pierwsze, relacja między wzrostem PKB a stopą zwrotu osiąganą na rynkach finansowych może stanowić argument za zmianą proporcji składek trafiających do części FDC oraz NDC systemu emerytalnego, tak aby indywidualne oszczędności przyszłych emerytów przynosiły możliwie wysoką stopę zwrotu (i aby przyszłe pokolenie emerytów otrzymywało daną wartość świadczenia przy możliwie niskiej składce płaconej w okresie aktywności zawodowej). Po drugie, relacja między stopą zwrotu z akcji i oprocentowaniem obligacji pozwala na oszacowanie kosztów utworzenia części FDC systemu emerytalnego, rozumianych jako różnicę między kosztami finansowania długu publicznego powstałego wskutek utworzenia części NDC a stopą zwrotu osiąganą w części FDC. Po trzecie, znajomość skali różnicy między stopą zwrotu z akcji oraz obligacji pozwala na ustalenie najkorzystniejszej dla przyszłego emeryta alokacji w portfelu emerytalnym OFE.

Artykuł składa się z dwóch głównych części. W pierwszej zostanie przedstawiona analiza relacji między stopą zwrotu z akcji oraz akcji i obligacji, w drugiej zaś relacji między stopą zwrotu z akcji oraz tempem wzrostu PKB. Tematyka zostanie zaprezentowana zarówno na gruncie teoretycznym, jak i empirycznym. Analiza empiryczna dotyczy będzie 17 gospodarek w latach 1900–2010.

- 
2. Faktycznie, zgodnie z *Ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* zgromadzony kapitał jest waloryzowany o wskaźnik inflacji powiększony o realny wzrost sumy przypisu składek na ubezpieczenie emerytalne.
  3. Co w długim okresie jest potwierdzane przez dane i odzwierciedlane w funkcji produkcji Cobba-Douglassa (por. np. G. Mankiw, *Macroeconomics*, Worth Publishers, New York 2002, s. 72).

## 1. Stopa zwrotu z akcji, obligacji i bonów skarbowych

R. Mehra oraz E. Prescott w artykule opublikowanym w 1985 r.<sup>4</sup> postawili pytanie dotyczące teoretycznego uzasadnienia wysokości premii za ryzyko, którą mogą uzyskać osoby inwestujące w akcje notowane na giełdzie. Dysponując danymi za lata 1889–1978, autorzy pokazali, że średnia<sup>5</sup> realna stopa zwrotu z akcji osiągnęła poziom 6,98 proc., podczas gdy średnia realna stopa zwrotu z aktywów pozbawionych ryzyka (bonów skarbowych USA) wynosiła 0,8 proc. Oznacza to, że premia za ryzyko w gospodarce amerykańskiej w omawianym okresie kształtowała się na poziomie 6,18 p.p. i była zdecydowanie wyższa niż przewidywana w teoretycznym modelu wykorzystywanym przez autorów, tj. 0,35 p.p.<sup>6</sup>

By znaleźć uzasadnienie dla wysokości premii za ryzyko, rozpatrzmy poniższy model<sup>7</sup>. Zgodnie z nim, w gospodarce występuje reprezentatywne gospodarstwo domowe, maksymalizujące funkcję:

$$E_0 \sum_{t=0}^{\infty} \beta^t U(c_t); \quad 0 < \beta < 1 \quad (1)$$

Gdzie  $c_t$  stanowi konsumpcję w okresie  $t$ , zaś  $\beta$  jest czynnikiem dyskontującym (im niższa jej wysokość, tym gospodarstwo domowe jest bardziej niecierpliwe).  $E_0$  jest operatorem oczekiwań, który zależy od informacji dostępnych w okresie  $t=0$ . Funkcja użyteczności gospodarstwa domowego charakteryzuje się stałą relatywną awersją do ryzyka i jest postaci:

$$U(c, \alpha) = \frac{c^{1-\alpha} - 1}{1-\alpha} \quad 0 < \alpha < 1 \quad (2)$$

W gospodarce występuje jedno aktywo produkcyjne, którego produkcja wynosi  $y_t$  w okresie  $t$  (podąża ona procesem stochastycznym  $\{y_t\}$ ). Występuje również akcja (jej cena to  $p_t$ ), która może być sprzedana na konkurencyjnym rynku i która daje prawo do konsumpcji wyprodukowanego dobra  $y_t$ .

Analizując wybór, przed jakim staje gospodarstwo domowe, można zauważyć, że po zakupie akcji w okresie  $t$  użyteczność gospodarstwa domowego spada o  $p_t U'(c_t)$ . Z kolei po sprzedaży akcji w okresie kolejnym gospodarstwo domowe zyskuje  $p_{t+1} + y_{t+1}$ , a więc w kategoriach użyteczności  $\beta E_t \{ (p_{t+1} + y_{t+1}) U'(c_{t+1}) \}$ . W optimum obie wartości muszą być sobie równe<sup>8</sup>, a więc zachodzi:

$$p_t U'(c_t) = \beta E_t \{ (p_{t+1} + y_{t+1}) U'(c_{t+1}) \} \quad (3)$$

4. R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: a puzzle*, „Journal of Monetary Economy”, 1985, nr 15, s. 145–161.

5. Średnia arytmetyczna.

6. Był to wariant modelu wyceny aktywów finansowych zaproponowany przez R. Lucasa [R. Lucas, *Asset prices in an exchange economy*, „Econometrica”, 1978, nr 46, s. 1429–1445].

7. R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: ABCs*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008, s. 15.

8. Por. m.in. M. Rubinstein, *The valuation of uncertain income streams and the pricing of options*, „Bell Journal of Economics”, 1976, nr 7, s. 407–425; R. Lucas, *Asset*, op. cit., s. 1429–1445; D. Breeden, *An intertemporal asset pricing model with stochastic consumption and investment opportunities* „Journal of Financial Economics”, 1979, nr 7, s. 265–96; J. Cochrane, *Where is the market going? Uncertain facts and novel theories*, „Economic Perspectives”, 1997, nr 21, s. 3–37.

Po przekształceniu równania oraz przyjęciu, iż stopa zwrotu z akcji jest dana wzorem:

$$R_{e,t+1} = \frac{p_{t+1} + y_{t+1}}{p_t} \quad (4)$$

otrzymujemy:

$$1 = \beta E_t \left\{ \frac{U'(c_{t+1})}{U'(c_t)} R_{e,t+1} \right\} \quad (5)$$

Analogiczne równanie można uzyskać dla stopy zwrotu z obligacji (stopy wolnej od ryzyka):

$$1 = \beta E_t \left\{ \frac{U'(c_{t+1})}{U'(c_t)} \right\} R_{f,t+1} \quad (6)$$

gdzie

$$R_{f,t+1} = \frac{1}{q_t} \quad (7)$$

dla ceny obligacji wynoszącej  $q_t$ .

Po przekształceniach algebraicznych<sup>9</sup> można uzyskać wzór:

$$E_t \{ R_{e,t+1} \} = R_{f,t+1} + \text{Cov}_t \left\{ \frac{-U'(c_{t+1})}{E_t \{ U'(c_t) \}}, R_{e,t+1} \right\} \quad (8)$$

Oznacza to, że zgodnie z powyższym modelem stopa zwrotu z akcji równa się stopie zwrotu z aktywów wolnych od ryzyka powiększonej o premię za ponoszone ryzyko, która zależy od kowariancji stopy zwrotu z akcji z krańcową użytecznością z konsumpcji. Zgodnie z powyższym wzorem, premia za ryzyko powinna być wysoka, w przypadku gdy występuje dodatnia korelacja między zwrotem z aktywów a poziomem konsumpcji. Inaczej mówiąc, wysoka premia za ryzyko występuje w przypadku aktywów dających wysoką stopę zwrotu w chwili, gdy konsumpcja jest wysoka (a więc krańcowa użyteczność z konsumpcji jest niska) lub też w przypadku aktywów charakteryzujących się niską stopą zwrotu w okresie niskiej konsumpcji.

Przekształcając dalej równanie (8), Mehra i Prescott pokazują, że przy przyjęciu pewnych założeń<sup>10</sup> wysokość premii za ryzyko w przypadku inwestowania w akcje wynosi  $\alpha \sigma_c^2$ , tj. zależy ona jedynie od współczynnika awersji do ryzyka ( $\alpha$ ) oraz wariacji stopy wzrostu konsumpcji ( $\sigma_c^2$ ). Po ustaleniu współczynnika awersji do ryzyka na poziomie 10 (co stanowi relatywnie wysoki poziom<sup>11</sup>) oraz przyjęciu – zgodnie z danymi historycznymi użytymi przez autorów Mehre i Prescottta w ich pierwotnym artykule dotyczącym tematyki premii za ryzyko<sup>12</sup> – wariację stopy wzrostu konsumpcji na poziomie 0,001369, wymodelowana premia za ryzyko

9. R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: ABCs*, op. cit., s. 17.

10. Założenia, że tempo wzrostu dywidendy jest równe tempu wzrostu konsumpcji oraz założeń dotyczących m.in. rozkładów tempa wzrostu konsumpcji i wielkości dywidendy. Założenia te nie mają charakteru zasadniczego, co więcej nie występowały w ich pierwotnym artykule na temat *equity premium puzzle* [R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: a puzzle*, op. cit., s. 145–161].

11. Por. N. Kocherlakota, *The equity premium: it's still a puzzle*, „Journal of Economic Literature”, 1996, nr 34, s. 42–71.

12. Dane dotyczyły okresu 1889–1978.

osiąga poziom 1,4 p.p. Oznacza to, że jest ona znacznie niższa niż obserwowana rzeczywiście w gospodarce (patrz: tabela 1, tabela 2), mimo – jak się wydaje – zawyżonej wartości współczynnika awersji do ryzyka.

Tabela 1. Premia za ryzyko w Stanach Zjednoczonych dla różnych zbiorów danych

Zbiór danych	Średni <sup>13</sup> realny zwrot z akcji [indeksu] (%)	Średni realny zwrot z aktywów wolnych (relatywnie) od ryzyka (%)	Premia za ryzyko ( <i>equity premium</i> )
Siegel (badany okres: 1802–2004)	8,38	3,02	5,36
Shiller (badany okres: 1871–2005)	8,32	2,68	5,64
Mehra-Prescott (badany okres: 1889–2005)	7,67	1,31	6,36
Ibbotson (badany okres: 1926–2004)	9,27	0,64	8,63

Źródło: R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: ABCs*, op. cit., s. 8.

Tabela 2 przedstawia premię za ryzyko w 17 krajach świata w latach 1900–2010. Udział kapitalizacji giełd w tych państwach w światowej łącznej kapitalizacji wynosiła w 1900 r. ok. 90 proc.<sup>14</sup>, zaś w 2009 r. nieco ponad 80 proc.<sup>15</sup> Wybór 1900 r. jako punktu startowego jest umotywowany jakością danych. Choć dane dotyczące okresu przed 1900 r. są również dostępne, to jednak – jak wskazuje Dimson wraz ze współautorami<sup>16</sup> – dla wielu państw nie są one w pełni wiarygodne. Dane dotyczące stóp zwrotu z akcji uwzględniają również reinwestowane dywidendy. Z uwagi na dostępność danych, przedstawione wartości są średnimi geometrycznymi<sup>17</sup>. Użycie średnich geometrycznych pozwala określić skumulowaną stopę zwrotu w omawianym okresie i jest pomocne przy analizie historycznych stóp zwrotu. Jednakże chcąc określić wartość oczekiwaną przyszłej inwestycji w dane aktywa, należy już raczej stosować premię za ryzyko obliczoną przy użyciu średniej arytmetycznej (średnia geometryczna miałaby uzasadnienie jedynie w przypadku, gdyby w przyszłości wysokość premii za ryzyko w kolejnych okresach miała taką samą sekwencję jak w przeszłości)<sup>18</sup>. Ze względu na to, że stosowanie obydwu średnich może być zasadne w analizie odrębnego problemu, w poniższym tekście będą prezentowane zarówno średnie geometryczne, jak i arytmetyczne.

Jak można zauważyć, relatywnie wysoka premia za ryzyko nie jest charakterystyczna jedynie dla gospodarki Stanów Zjednoczonych. W każdym z przedstawionych w Tabeli 2 krajów średnia stopa zwrotu z akcji przewyższała stopę zwrotu z obligacji (o od 2,1 do 6,0 p.p.) oraz z bonów (o od 2,8 do 6,7 p.p.). Co zrozumiałe, inwestowaniu w akcje towarzyszył jednak zdecydowanie wyższy poziom ryzyka mierzony odchyleniem standardowym stóp zwrotu. Warto również dodać,

13. Średnia arytmetyczna.

14. Wysoki udział kapitalizacji giełd w analizowanych krajach o łącznej światowej kapitalizacji sprawia, że dane są tylko w niewielkim stopniu zafałszowane poprzez fakt, iż bada się jedynie te giełdy, które w dalszym ciągu funkcjonują (tzw. *survivorship bias*).

15. Zgodnie z raportem „Credit Suisse Global Investment Returns Yearbook 2011”, [infocus.credit-suisse.com](http://infocus.credit-suisse.com).

16. E. Dimson, P. Marsh, M. Staunton, *The Worldwide Equity Premium: a Smaller Puzzle*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008, s. 467.

17. Szczegółowy opis konstrukcji bazy danych jest dostępny: Dimson et al., *The Worldwide*, op. cit.

18. Zasadności stosowania średniej arytmetycznej przy badaniu premii za ryzyko dowodzą R. Mehra, E. Prescott, *The equity premium: ABCs*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008.

Tabela 2. Średnie geometryczne realne stopy zwrotu (przed opodatkowaniem) i odchylenia standardowe w przypadku akcji (włączając reinwestowane zyski z dywidendy) i obligacji oraz premia za ryzyko w poszczególnych krajach w latach 1900–2010

	Akcje		Obligacje		Bony		Premia za ryzyko (akcje względem obligacji)	Premia za ryzyko (akcje względem bonów)
	Stopa zwrotu	Odchyl. Stand.	Stopa zwrotu	Odchyl. Stand.	Stopa zwrotu	Odchyl. Stand.		
Australia	7,4	18,2	1,4	13,2	0,7	5,4	6,0	6,7
Belgia	2,5	23,6	-0,1	12,0	-0,3	8,0	2,6	2,8
Kanada	5,9	17,2	2,1	10,4	1,6	4,9	3,8	4,3
Dania	5,1	20,9	3,0	11,7	2,3	6,0	2,1	2,8
Finlandia	5,4	30,3	-0,2	13,7	-0,5	11,9	5,6	5,9
Francja	3,1	23,5	-0,1	13,0	-2,8	9,6	3,2	5,9
Niemcy	3,1	32,2	-1,9	15,5	-2,4	13,2	5,0	5,5
Włochy	2,0	29,0	-1,7	14,1	-3,6	11,5	3,7	5,6
Japonia	3,8	29,8	-1,1	20,1	-1,9	13,9	4,9	5,7
Holandia	5,0	21,8	1,4	9,4	0,7	5,0	3,6	4,3
Nowa Zelandia	5,8	19,7	2,0	9,0	1,7	4,7	3,8	4,1
Norwegia	4,7	27,4	1,7	12,2	1,2	7,2	3,0	3,5
Hiszpania	3,6	22,3	1,3	11,8	0,3	5,9	2,3	3,3
Szwecja	6,3	22,9	2,4	12,4	1,9	6,8	3,9	4,4
Szwajcaria	4,2	19,8	2,1	9,3	0,8	5,0	2,1	3,4
Wielka Brytania	5,3	20,0	1,4	13,7	1,0	6,4	3,9	4,3
USA	6,3	20,3	1,8	10,2	1,0	4,7	4,5	5,3
Średnia (nieważona)	4,7	23,5	0,9	12,5	0,1	7,7	3,8	4,6

Źródło: „Credit Suisse Global Investment Returns Yearbook 2011”. Dane pochodzą z bazy danych Dimson-Marsh-Staunton, którzy do jej konstrukcji wykorzystali m.in. najbardziej wiarygodne (w opinii autorów) zbiory danych dostępne w literaturze.

że ze względu na dużo wyższą wariancję stóp zwrotu z akcji niż z obligacji, premia za ryzyko mierzona różnicą między średnimi arytmetycznymi ze stóp zwrotu z akcji i obligacji jest wyższa niż mierzona różnicą średnich geometrycznych. Przy założeniu, że stopy zwrotów mają rozkład log-normalny, średnia arytmetyczna jest wyższa od średniej geometrycznej o ok. połowę wariancji stopy zwrotu z danego aktywa. W omawianym przypadku, przy odpowiednim przeliczeniu danych, średnia arytmetyczna stopy zwrotu z akcji w latach 1900–2010 wyniosła średnio w analizowanych gospodarkach 7,5 proc., z obligacji 1,7 proc., zaś z bonów 0,4 proc., a więc premia za ryzyko wyniosła średnio nawet 7,1 p.p.

Problematyka wysokich i nieuzasadnionych teoretycznie różnic między stopą zwrotu z akcji i aktywów wolnych od ryzyka znana jest w literaturze jako *equity premium puzzle* (EPP). Należy podkreślić, że zagadkowość EPP jest związana nie tyle z faktem, że akcje charakteryzują się wyższą średnią stopą zwrotu niż aktywa pozbawione ryzyka, ile wynika ona z wysokości tej różnicy. Zagadkowość jest tym większa, że cały teoretyczny model opiera się jedynie na trzech założeniach: kształcie funkcji użyteczności i występowaniu reprezentatywnego konsumenta, kompletności rynków oraz braku kosztów związanych z handlem aktywami<sup>19</sup>.

19. N. Kocherlakota, *The equity*, op. cit., s. 42–71.

Od pierwszego artykułu Mehry i Prescottta dotyczącego EPP powstał szereg artykułów, w których dokonywano próby teoretycznego wyjaśnienia obserwowanego w rzeczywistości poziomu premii za ryzyko. Badania koncentrowały się głównie na<sup>20</sup>:

- zmianach założeń dotyczących preferencji, w tym założeń o homogeniczności konsumentów<sup>21</sup>,
- uwzględnieniu rzadkich zdarzeń o charakterze „katastroficznym”<sup>22</sup>,
- uwzględnieniu ograniczeń w zdolności do zabezpieczania kredytu oraz niekompletności rynków, zarówno poprzez brak dostępu do rynków finansowych dla niektórych konsumentów, jak i ograniczenie w handlu do tylko niektórych klas aktywów<sup>23</sup>,
- wprowadzeniu dodatkowej niepewności wśród konsumentów, wynikającej z braku znajomości rozkładu zmiennych (m.in. dywidend i wynagrodzeń), co prowadzi do wzrostu premii za ryzyko<sup>24</sup>.

Jak wskazuje R. Mehra<sup>25</sup>, wprowadzanie do modeli wyżej przedstawionych zmian pozwalało na nieco trafniejsze modelowe odwzorowanie faktycznej wysokości premii za ryzyko. Mimo obszernej literatury dotyczącej problematyki EPP, jak dotąd nie powstało pełne uzasadnienie teoretyczne, które w całości wyjaśniałoby tak dużą różnicę między zwrotem z akcji i obligacji.

Powyższa analiza wskazuje na znaczną różnicę między stopą zwrotu z akcji i obligacji. Tym samym stanowi ona argument za zwiększeniem udziału akcji w aktywach OFE, zwłaszcza wśród osób młodych, co pozwoliłoby zmaksymalizować oczekiwaną stopę zwrotu w początkowym okre-

- 
20. J. Donaldson, R. Mehra, *Risk-based Explanation of the Equity Premium*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008, s. 37.
  21. Z nowszej literatury m.in.: R. Bansal, A. Yaron, *Risks for the long run: A potential resolution of asset pricing puzzles*, „Journal of Finance”, 2004, nr 59, s. 1481–1509; M. Boldrin, L. Christiano, J. Fisher, *Habit persistence, asset returns, and the business cycle*, „American Economic Review”, 2001, nr 91, s. 149–166; J.Y. Campbell, J.H. Cochrane, *By force of habit: a consumption-based explanation of aggregate stock market behavior*, „Journal of Political Economy”, 1999, nr 107, s. 205–251.
  22. T.A. Rietz, *The equity risk premium: A solution*, „Journal of Monetary Economics”, 1988, nr 22, s. 117–131; R. Barro, *Rare disasters and asset markets in the twentieth century*, „Quarterly Journal of Economics”, 2006, nr 121, s. 823–866.
  23. Z nowszej literatury m.in. A. Brav, G. Constantinides, C. Geczy, *Asset pricing with heterogeneous consumers and limited participation: empirical evidence*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 793–824; H. Lustig, S. van Nieuwerburgh, *Housing collateral, consumption insurance and the risk premia: An empirical perspective*, „Journal of Finance”, 2005, nr 60, s. 1167–1219; K. Storesletten, C. Telmer, A. Yaron, *Consumption and risk sharing over the lifecycle*, „Journal of Monetary Economics”, 2004, nr 51, s. 609–633; K. Storesletten, C.I. Telmer, A. Yaron, *Asset pricing with idiosyncratic risk and overlapping generations*, „Review of Economic Dynamics”, 2007, nr 10 (4), s. 519–548; G. Constantinides, J. Donaldson, R. Mehra, *Junior can't borrow: a new perspective on the equity premium puzzle*, „Quarterly Journal of Economics”, 2002, nr 118, s. 269–296; E. McGrattan, E. Prescott, *Taxes, regulations, and asset prices*, 2001, Working Paper 610, Federal Reserve Bank of Minneapolis; O. Attanasio, J. Banks, S. Tanner, *Asset holding and consumption volatility*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 771–792; A. Vissing-Jorgensen, *Limited asset market participation and the elasticity of intertemporal substitution*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 825–853.
  24. F. Barrillas, L. Hansen, T. Sargent, *Risk-sensitive valuations of aggregate consumption fluctuations: Risk or model uncertainty?*, 2006, mimeo, New York University; M. Weitzman M., *Subjective expectations and asset return puzzles*, „American Economic Review”, 2007, nr 97 (4), s. 1102–1130.
  25. R. Mehra, *Handbook of the Equity Premium*, Elsevier, Amsterdam 2008, s. 20. Oprócz podręcznika R. Mehry przegląd literatury dotyczący EPP można znaleźć np. w: N. Kocherlakota, *The equity*, op. cit., s. 42–71.; J. Cochrane, *Where*, op. cit.

się oszczędzania na emeryturę. Równocześnie duża różnica między stopą zwrotu z akcji i obligacji ogranicza koszty tworzenia kapitałowej części systemu emerytalnego, rozumiane jako różnica między kosztami finansowania długu publicznego powstałego wskutek utworzenia części kapitałowej (tj. stopa zwrotu z obligacji i bonów skarbowych) a stopą zwrotu możliwą do osiągnięcia w części FDC (która wynika w szczególności ze stopy zwrotu z akcji).

## 2. Stopa zwrotu z akcji a tempo wzrostu PKB

Relacja między długookresowym wzrostem gospodarczym a stopą zwrotu z akcji jest istotna z punktu widzenia konstrukcji kapitałowej części systemu emerytalnego. Im różnica między stopą zwrotu z akcji i tempem wzrostu PKB jest wyższa, tym bardziej opłacalne może być tworzenie kapitałowej części w systemie emerytalnym. Celem niniejszej części artykułu jest zbadanie relacji między tymi dwiema zmiennymi w latach 1900–2010 na przykładzie 17 krajów.

Analizę relacji między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji (kapitału) warto rozpocząć od przedstawienia pewnych wniosków wynikających z modelu Solowa. Rozważmy następującą funkcję produkcji<sup>26</sup>, zakładając, że postęp technologiczny oddziałuje na pracę<sup>27</sup>:

$$Y = K^\alpha (AL)^{1-\alpha} \quad (9)$$

Przyjmijmy za stałe: tempo wzrostu ludności ( $\frac{\dot{L}}{L}=n$ ), tempo wzrostu postępu technologicznego ( $\frac{\dot{A}}{A}=g$ ), stopę deprecjacji kapitału ( $\delta$ ) oraz stopę oszczędności ( $s$ ). Stopę zwrotu z kapitału możemy zapisać jako:

$$r = \frac{\alpha Y}{K} \quad (10)$$

W zamkniętej gospodarce, w której wszystkie oszczędności są przeznaczane na przyrost kapitału fizycznego, na ścieżce wzrostu można określić następującą zależność:

$$\frac{K}{Y} = \frac{s}{n+g+\delta} \quad (11)$$

Po połączeniu równań (10) oraz (11), można zauważyć, iż:

$$r = \alpha \left\{ \frac{n+g+\delta}{s} \right\} \quad (12)$$

Oznacza to, że stopa zwrotu z kapitału jest zależna od postępu technologicznego  $g$ , który w modelu Solowa stanowi w długim okresie również tempo wzrostu gospodarczego *per capita*. Warto też podkreślić, że stopa zwrotu z kapitału zależy od tempa wzrostu liczby ludności  $n$ . Istotnym

26. R. Solow, *A Contribution to the Theory of Economic Growth*, „Quarterly Journal of Economics”, 1956, 70 (1), s. 65–94.

27. Por. również D. Baker, B. DeLong, P. Krugman, *Asset Returns and Economic Growth*, „Brookings Papers on Economic Activity”, 2005, nr 1.



wnioskiem, który płynie z równania (12), jest również to, że stopa zwrotu z kapitału jest większa w przypadku, gdy gospodarka nie jest dynamicznie nieefektywna (tj.  $\alpha \geq s$ ). Co więcej, w wyniku obniżenia się tempa wzrostu gospodarczego (np. wskutek zmian demograficznych) musi dojść do spadku zwrotu z kapitału.

Baker wraz ze współautorami<sup>28</sup> pokazują dodatkowo, że stopa zwrotu z kapitału jest powiązana z tempem wzrostu gospodarczego również w modelu Ramseya<sup>29</sup> oraz w modelu nakładających się pokoleń Diamonda.

Należy jednak podkreślić, że stopa zwrotu z akcji nie musi być równa stopie zwrotu z kapitału w gospodarce. Charakterystyka przedsiębiorstw notowanych na giełdzie może być bowiem inna niż przedsiębiorstw ogółem w gospodarce, a różnice mogą dotyczyć m.in. stopy deprecjacji kapitału, marży czy też różnego poziomu ryzyka w działalności przedsiębiorstw.

Przykładowo Arnott i Bernstein<sup>30</sup> argumentują, że spółki notowane na giełdzie odpowiadają jedynie za część wzrostu gospodarczego. Jest tak ze względu na to, że zyski i dywidendy płacone przez nowe, innowacyjne przedsiębiorstwa, które nie są jeszcze notowane na giełdzie, przyczyniają się jedynie do wzrostu PKB, natomiast nie wpływają na poziom cen akcji (tzw. efekt rozcieńczenia [*dilution effect*]).

Z kolei Siegel<sup>31</sup>, analizując dane dotyczące 17 krajów rozwiniętych oraz 18 krajów rozwijających się w okresie 1970–1997, wskazuje, że korelacja między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji jest ujemna (odpowiednio  $-0,32$  oraz  $-0,03$ ). Argumentuje, że możliwym wytłumaczeniem tego zjawiska jest fakt, iż firmy notowane na giełdzie w danym kraju działają w wielu krajach, a więc ich zyski zależą raczej od światowego, a nie krajowego wzrostu PKB.

Ponadto w bieżących cenach akcji zawarte są również oczekiwania co do przyszłego wzrostu PKB, które to mogą być nadmiernie optymistyczne (jako przykład można podać nadmiernie optymistyczne oczekiwania dotyczące perspektyw gospodarki japońskiej pod koniec lat 80. XX w.).

Również Ritter<sup>32</sup> wskazuje na ujemną korelację między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji w poszczególnych krajach, która wynosi  $-0,37$ . Bada on przy tym znacznie dłuższy okres (lata 1900–2002). Argumentuje, że wzrost gospodarczy często wynika ze wzrostu podaży pracy połączonej z poprawą poziomu edukacji czy zdrowia wśród pracowników (np. wzrost gospodarczy we wschodniej Azji<sup>33</sup>), co nie musi prowadzić do wzrostu wynagrodzenia kapitału. Równocześnie, powołując się na innych autorów<sup>34</sup>, stwierdza, że w gospodarce konkurencyjnej postęp technologiczny bardziej oddziałuje na poprawę standardu życia konsumentów niż właścicieli kapitału.

28. D. Baker, B. DeLong, P. Krugman, *Asset*, op. cit.

29. Choć w komentarzu do artykułu Bakera i współautorów Mankiw sugeruje, że wniosek ten autorzy mogli wyciągnąć jedynie dzięki nieznacznej modyfikacji pierwotnego modelu Ramseya ([http://scholar.harvard.edu/files/comment\\_bakerdelongkrug.pdf](http://scholar.harvard.edu/files/comment_bakerdelongkrug.pdf), data pobrania 21 grudnia 2012 r.).

30. R. Arnott, W. Bernstein, *Earnings growth: the 2% dilution*, „Financial Analysts Journal”, 2003, nr 59 (5), s. 47–55.

31. J. Siegel, *Stocks for the Long Run*, 1998, McGraw-Hill.

32. J. Ritter, *Economic growth and equity returns*, „Pacific-Basin Finance Journal”, 2005, 13, s. 489–503.

33. P. Krugman, *The myth of Asia's economic miracle*, „Foreign Affairs”, 1994, nr 73, s. 62–78; A. Young, *The tyranny of numbers: confronting the statistical realities of the East Asian growth Experience*, „Quarterly Journal of Economics”, 1995, nr 110, s. 641–680.

34. J. Siegel, *The shrinking equity premium: historical facts and future forecasts*, „Journal of Portfolio Management”, 1999, nr 26, s. 10–17; J. Siegel, *Big cap tech stocks are a sucker bet*, „Wall Street Journal”, 14 marca 2000 r.

Próbując odpowiedzieć na pytanie dotyczące relacji między tempem wzrostu PKB a wysokością stopy zwrotu z akcji, wykorzystano dane dla okresu 1900–2010:

- W zakresie zwrotu z akcji w latach 1900–2010 wykorzystano dane Dimson-Marsh-Staunton<sup>35</sup>;
- W zakresie wzrostu PKB *per capita* wykorzystano dane z bazy Barro-Ursua<sup>36</sup>. Jako że dotyczą one jedynie okresu 1900–2006, zostały zaktualizowane o dane Międzynarodowego Funduszu Walutowego (MFW);
- W celu przeliczenia wzrostu PKB *per capita* na wzrost PKB wykorzystano dane o populacji poszczególnych krajów pochodzące z bazy danych A. Maddison<sup>37</sup>.

Tabela 3. Średnia geometryczna tempa wzrostu PKB, tempa wzrostu PKB *per capita* oraz stopy zwrotu z akcji w poszczególnych krajach w latach 1900–2010

	Tempo wzrostu PKB <i>per capita</i> (w %)	Tempo wzrostu PKB (w %) <sup>38</sup>	Stopa zwrotu z akcji (w %)	Różnica między stopą zwrotu z akcji a tempem wzrostu PKB (p.p.)
Australia	1,7	3,3	7,4	4,1
Belgia	1,8	2,2	2,5	0,3
Kanada	1,9	3,6	5,9	2,3
Dania	1,8	2,5	5,1	2,6
Finlandia	2,4	3,1	5,4	2,3
Francja	1,9	2,3	3,1	0,8
Niemcy	1,7	2,1	3,1	1,0
Włochy	2,3	2,8	2,0	-0,8
Japonia	2,7	3,7	3,8	0,1
Holandia	1,8	2,9	5,0	2,1
Nowa Zelandia	1,3	2,8	5,8	3,0
Norwegia	2,5	3,2	4,7	1,5
Hiszpania	1,9	2,6	3,6	1,0
Szwecja	2,2	2,7	6,3	3,6
Szwajcaria	1,4	2,2	4,2	2,0
Wielka Brytania	1,5	1,9	5,3	3,4
USA	2,0	3,3	6,3	3,0
Średnia	1,9	2,8	4,7	1,9

Źródło: bazy danych A. Maddison, Barro-Ursua i MFW oraz Dimson-Marsh-Staunton.

Przedstawione wyżej dane wskazują, że w długim okresie stopa zwrotu z akcji przewyższa tempo wzrostu PKB w 16 (z 17) analizowanych gospodarek o średnio 1,9 p.p., co w długim okresie prowadzi do znacznych różnic między skumulowaną stopą zwrotu z akcji a skumulowanym tempem wzrostu PKB. Wykorzystując średnie wartości wzrostu PKB i stopy zwrotu z akcji w ciągu 40 lat (hipotetyczny okres oszczędzania na emeryturę) skumulowany wzrost PKB wynosi 200 proc., zaś stopa zwrotu z akcji aż 530 proc. Co więcej, należy podkreślić, że podane w Tabeli 3 wartości odnoszą się do średnich geometrycznych (co wynika z dostępności danych), które można za-

35. Z raportu „Credit Suisse Global Investment Returns Yearbook 2011”, infocus.credit-suisse.com.

36. R. Barro, J. Ursua, *Macroeconomic crises since 1870*, 2008, NBER Working Paper 13940.

37. Baza dostępna na stronie internetowej www.ggd.net (data pobrania 15 listopada 2011).

38. Średnia geometryczna tempa wzrostu PKB plus średnia geometryczna stopa przyrostu populacji.

stosować do wyliczenia skumulowanych stóp zwrotu od wartości zainwestowanej na początku okresu. Po przeliczeniu danych w celu uzyskania średnich arytmetycznych<sup>39</sup> różnica między tymi dwoma zmiennymi staje się jeszcze bardziej znacząca i wynosi 4,5 p.p., przy średnim wzroście PKB wynoszącym 3 proc. oraz średniej stopie zwrotu z akcji 7,5 proc.

Powyższa analiza skłania do wniosku, że spółki notowane na giełdzie z pewnych powodów charakteryzują się większą efektywnością i przynoszą w długim okresie wyższą stopę zwrotu niż cała gospodarka, co może stanowić argument za tworzeniem kapitałowej części systemu emerytalnego lub też zwiększaniem roli tej części w systemie emerytalnym. Innym argumentem przemawiającym za kapitałową częścią systemu emerytalnego jest to, że pozwala – przynajmniej w teorii – poprzez eksport kapitału zwiększyć odporność systemu emerytalnego na krajowe zmiany demograficzne.

Oczywiście stopa zwrotu z akcji charakteryzuje się dużo większą zmiennością niż tempo wzrostu PKB, choć zmienność nie jest przedmiotem niniejszego badania. Tabela 4 przedstawia okresy i zdarzenia, podczas których stopy zwrotu z akcji w wybranych krajach osiągały wartości ekstremalne. Pokazano stopy zwrotu w okresach, które można uznać za „katastroficzne” – a więc dwie wojny światowe czy też wielki kryzys z początku lat 30. XX w. Co interesujące, straty inwestorów w okresie wojen nie zawsze były wyższe niż w czasie załamań na giełdzie, takich jak np. krach na Wall Street w 1929 r. czy pęknięcie bańki internetowej na początku XXI w.

Komentarza wymaga ostatnia część tabeli – „najdłuższe okresy z ujemną skumulowaną stopą zwrotu”. Jak wynika z danych, okresy, w których stopa zwrotu z zainwestowanej kwoty była ujemna, trwały nawet ponad 50 lat. Nie musi to jednak stanowić argumentu przeciwko tworzeniu kapitałowych części systemu emerytalnego. Okres oszczędzania na emeryturę trwa kilkadziesiąt lat i straty ze składki emerytalnej wpłaconej w danym okresie mogą zostać skompensowane zyskami ze składek wpłaconych w innych okresach.

Choć w niniejszym artykule analizowana jest raczej różnica między tempem wzrostu PKB i stopą zwrotu z akcji, a nie wpływ jednej zmiennej na drugą, warto jednak odnieść się do argumentów o ujemnej korelacji między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji w badanej grupie 17 państw. Należy podkreślić, że o ile korelacja między średnim tempem wzrostu PKB *per capita* a średnią stopą zwrotu z akcji<sup>40</sup>, w analizowanych krajach, pozostaje ujemna (choć nie jest ona istotna statystycznie nawet przy poziomie istotności  $\alpha=0,1$ ) i wynosi  $-0,16$  (Wykres 1). Wydaje się jednak, że analiza tego typu, spotykana również w literaturze<sup>41</sup>, zawiera pewien błąd metodologiczny<sup>42</sup>, bowiem PKB – w przeciwieństwie do stóp zwrotu z akcji – używany jest w ujęciu *per capita*. Dokonując korekty ze względu na ten mankament, można wykazać, iż korelacja między średnią stopą zwrotu z akcji oraz wzrostem PKB w latach 1900–2010 była dodatnia i wynosiła  $0,42$  (wartość istotna statystycznie przy poziomie istotności  $\alpha=0,1$ ).

39. Przy założeniu, że stopy zwrotów z akcji mają rozkład log-normalny, średnia arytmetyczna jest wyższa od średniej geometrycznej o ok. połowę wariancji stopy zwrotu z danych aktywów.

40. Średnie geometryczne.

41. J. Ritter, *Economic*, op. cit.

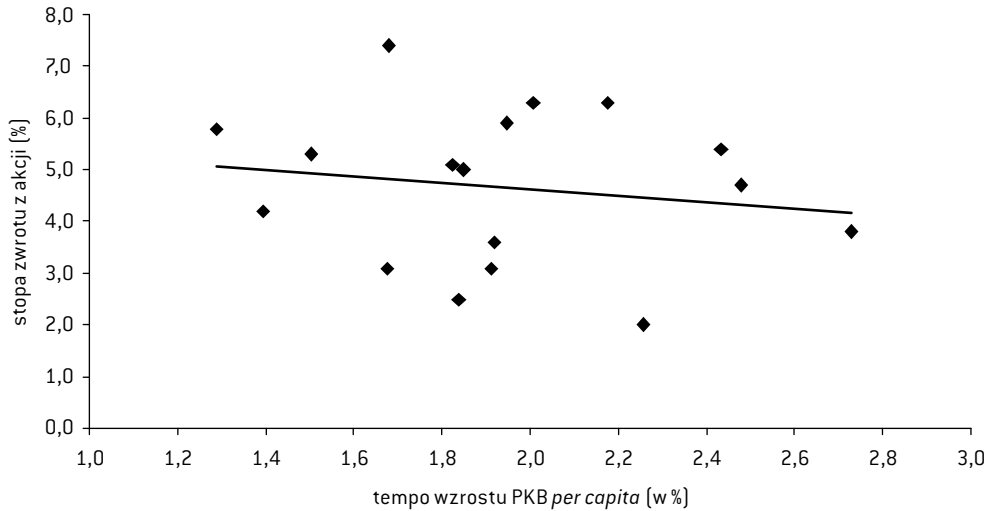
42. Pewne wątpliwości może budzić również analiza korelacji w ujęciu przekrojowym. Jest tak ze względu na fakt, iż zależność między stopą zwrotu z akcji a tempem wzrostu PKB może różnić się między poszczególnymi krajami z uwagi na inne uwarunkowania instytucjonalne (por. *Linking GDP Growth and Equity Returns*, Goldman Sachs „Monthly Insights”, maj 2011).

Tabela 4. Realne stopy zwrotu z akcji w wybranych krajach i okresach (w %)

	USA	Wielka Brytania	Francja	Niemcy	Japonia	Świat	Świat bez USA	
Wybrane okresy								
1914–1918 (I wojna światowa)	-18	-36	-50	-66	-66	-20	-21	
1919–1928	372	234	171	18	30	209	107	
1929–1931 (krach na Wall Street)	-60	-31	-44	-59	11	-54	-47	
1939–1948 (II wojna światowa)	24	34	-41	-88	-96	-13	-47	
1949–1959	426	212	269	4094	1565	517	670	
1973–1974 (kryzys naftowy)	-52	-71	-35	-26	-49	-47	-37	
1980–1989	184	319	318	272	431	255	326	
1990–1999 (boom technologiczny)	279	188	226	157	-42	113	40	
2000–2002 (pęknięcie bańki internetowej)	-42	-40	-46	-57	-49	-44	-46	
Okresy z najwyższą stopą zwrotu								
jednoroczną	Stopa zwrotu	57	97	66	155	121	70	79
	Okres	1933	1975	1954	1949	1952	1933	1933
2-letnią	Stopa zwrotu	90	107	123	186	245	92	134
	Okres	1927–28	1958–59	1927–29	1958–59	1951–52	1932–33	1985–86
5-letnią	Stopa zwrotu	233	176	310	652	576	174	268
	Okres	1924–28	1921–25	1982–86	1949–53	1948–52	1985–89	1985–89
Okresy z najniższą stopą zwrotu								
jednoroczną	Stopa zwrotu	-38	-57	-40	-91	-86	-35	-41
	Okres	1931	1974	1945	1948	1946	1931	1946
2-letnią	Stopa zwrotu	-53	-71	-54	-90	-95	-47	-52
	Okres	1930–31	1973–74	1944–45	1947–48	1945–46	1973–74	1946–46
5-letnią	Stopa zwrotu	-45	-63	-78	-93	-98	-50	-56
	Okres	1916–20	1970–74	1943–47	1944–48	1943–47	1916–20	1944–48
Najdłuższe okresy z ujemną skumulowaną stopą zwrotu								
Stopa zwrotu		-7	-4	-8	-8	-1	-9	-11
Okres		1905–20	1900–21	1900–54	1900–50	1901–50	1901–20	1928–50
Liczba lat		16	22	53	55	51	20	23

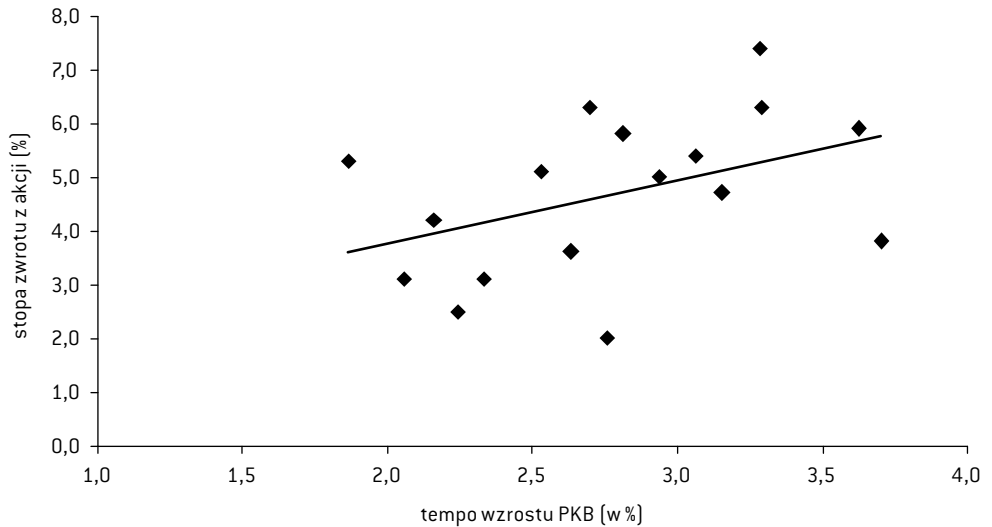
Źródło: E. Dimson, P. Marsh, M. Staunton, *The Worldwide*, op. cit.

Wykres 1. Zależność między średnią stopą zwrotu z akcji a średnim wzrostem PKB *per capita* w latach 1900–2010 w 17 krajach



Źródło: opracowanie własne. Dane: Tabela 3.

Wykres 2. Zależność między średnią stopą zwrotu z akcji a średnim wzrostem PKB w latach 1900–2010 w 17 krajach



Źródło: opracowanie własne. Dane: Tabela 3.

## Podsumowanie

W artykule przedstawiono relacje między wzrostem PKB a stopą zwrotu z akcji i aktywów wolnych od ryzyka w długim okresie. Analiza danych z lat 1900–2010 dla 17 krajów wykazała, że średnia stopa zwrotu z akcji przewyższała w tym okresie stopę wolną od ryzyka średnio o 4,6 p.p.

(w przypadku średnich geometrycznych) oraz 7,1 p.p. (w przypadku średnich arytmetycznych). Wysokie stopy zwrotu z akcji wiązały się z ich wyższą wariancją. Trudno jednak uzasadnić teoretycznie tak wysoką premię za ryzyko. Równocześnie dane wykazały, że średnia stopa zwrotu z akcji była dodatnio skorelowana ze średnim tempem wzrostu PKB oraz przewyższała je o 1,9 p.p. (w przypadku średnich geometrycznych) oraz o 4,5 p.p. (w przypadku średnich arytmetycznych). Wyższa od tempa wzrostu PKB stopa zwrotu z akcji sugeruje, że spółki notowane na giełdach charakteryzują się wyższą zyskownością niż średnio przedsiębiorstwa w całej gospodarce. Wysoka (w odniesieniu do wzrostu PKB) stopa zwrotu z akcji może stanowić argument za tworzeniem/podnoszeniem składki emerytalnej trafiającej do części FDC systemu emerytalnego, jak również zwiększeniem udziału akcji w oszczędnościach emerytalnych, zwłaszcza osób młodych, w celu zmaksymalizowania oczekiwanej stopy zwrotu w początkowym okresie oszczędzania na emeryturę.

## Wykaz źródeł

- Arnott R., Bernstein W., *Earnings growth: the 2% dilution*, „Financial Analysts Journal”, 2003, nr 59 (5), s. 47–55.
- Attanasio O., Banks J., Tanner S., *Asset holding and consumption volatility*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 771–792.
- Baker D., DeLong B., Krugman P., *Asset Returns and Economic Growth*, „Brookings Papers on Economic Activity”, 2005, nr 1.
- Bansal R., Yaron A., *Risks for the long run: A potential resolution of asset pricing puzzles*, „Journal of Finance”, 2004, nr 59, s. 1481–1509.
- Barrillas F., Hansen L., Sargent T., *Risk-sensitive valuations of aggregate consumption fluctuations: Risk or model uncertainty?*, mimeo, New York University 2006.
- Barro R., *Rare disasters and asset markets in the twentieth century*, „Quarterly Journal of Economics”, 2006, nr 121.
- Barro R., Ursua J., *Macroeconomic crises since 1870*, 2008, NBER Working Paper 13940.
- Boldrin M., Christiano L., Fisher J., *Habit persistence, asset returns, and the business cycle*, „American Economic Review”, 2001, nr 91, s. 149–166.
- Brav A., Constantinides G., Geczy C., *Asset pricing with heterogeneous consumers and limited participation: empirical evidence*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 793–824.
- Breeden D., *An intertemporal asset pricing model with stochastic consumption and investment opportunities*, „Journal of Financial Economics”, 1979, nr 7, s. 265–296.
- Campbell J.Y., Cochrane J.H., *By force of habit: a consumption-based explanation of aggregate stock market behavior*, „Journal of Political Economy”, 1999, nr 107.
- Cochrane J., *Where is the market going? Uncertain facts and novel theories*, „Economic Perspectives”, 1997, nr 21, s. 3–37.
- Constantinides G., Donaldson J., Mehra R., *Junior can't borrow: a new perspective on the equity premium puzzle*, „Quarterly Journal of Economics”, 2002, nr 118, s. 269–296.
- Credit Suisse Global Investment Returns Yearbook 2011, infocus.credit-suisse.com.
- Dimson E., Marsh P., Staunton M., *The Worldwide Equity Premium: a Smaller Puzzle*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008, s. 467.

- Donaldson J., Mehra R., *Risk-based Explanation of the Equity Premium*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008.
- Kocherlakota N., *The equity premium: it's still a puzzle*, „Journal of Economic Literature”, 1996, nr 34, s. 42–71.
- Krugman P., *The myth of Asia's economic miracle*, „Foreign Affairs”, 1994, nr 73, s. 62–78.
- Linking GDP Growth and Equity Returns*, Goldman Sachs „Monthly Insights”, maj 2011.
- Lucas R., *Asset prices in an exchange economy*, „Econometrica”, 1978, nr 46, s. 1429–1445.
- Lustig H., van Nieuwerburgh S., *Housing collateral, consumption insurance and the risk premia: An empirical perspective*, „Journal of Finance”, 2005, nr 60, s. 1167–1219.
- Mankiw G., *Macroeconomics*, Worth Publishers, New York 2002.
- McGrattan E., Prescott E., *Taxes, regulations, and asset prices*, 2001, Working Paper 610, Federal Reserve Bank of Minneapolis.
- Mehra R., Prescott E., *The equity premium: a puzzle*, „Journal of Monetary Economy”, 1985, nr 15, s. 145–161.
- Mehra R., Prescott E., *The equity premium: ABCs*, w: *Handbook of the Equity Premium*, red. R. Mehra, Elsevier, Amsterdam 2008.
- Rietz T.A., *The equity risk premium: A solution*, „Journal of Monetary Economics”, 1988, nr 22.
- Ritter J., *Economic growth and equity returns*, „Pacific-Basin Finance Journal”, 2005, 13, s. 489–503.
- Rubinstein M., *The valuation of uncertain income streams and the pricing of options*, „Bell Journal of Economics”, 1976, nr 7, s. 407–425.
- Siegel J., *Big cap tech stocks are a sucker bet*, Wall Street Journal, 14 marca 2000 r.
- Siegel J., *Stocks for the Long Run*, McGraw-Hill, New York 1998.
- Siegel J., *The shrinking equity premium: historical facts and future forecasts*, „Journal of Portfolio Management”, 1999, nr 26, s. 10–17.
- Solow R., *A Contribution to the Theory of Economic Growth*, „Quarterly Journal of Economics”, 1956, 70 (1), s. 65–94.
- Storesletten K., Telmer C.I., Yaron A., *Asset pricing with idiosyncratic risk and overlapping generations*, „Review of Economic Dynamics”, 2007, nr 10 (4), s. 519–548.
- Storesletten K., Telmer C., Yaron A., *Consumption and risk sharing over the lifecycle*, „Journal of Monetary Economics”, 2004, nr 51, s. 609–633.
- Vissing-Jorgensen A., *Limited asset market participation and the elasticity of intertemporal substitution*, „Journal of Political Economy”, 2002, nr 110, s. 825–853.
- Weitzman M., *Subjective expectations and asset return puzzles*, „American Economic Review”, 2007, nr 97 (4), s. 1102–1130.
- Young A., *The tyranny of numbers: confronting the statistical realities of the East Asian growth Experience*, „Quarterly Journal of Economics”, 1995, nr 110, s. 641–680.

## Return on shares and risk-free assets vs GDP growth in the long term.

### Conclusions for the pension system in Poland

*The value of the rate of return in the universal pension system depends on three variables: GDP growth (to which indexation of capital in pension accounts at ZUS is connected), return on shares and return on bonds (which determine the rate of return achieved by a pensioner in OFE). The article is an attempt*

*at answering the question about relations between the GDP growth and return on shares and risk-free assets. The analysis of data from 17 countries which was conducted in the years 1900–2010 showed that in the long term the average rate of return on shares was higher than the risk-free rate on average by 4.6 p.p. (in the case of geometric means) and 7.1 p.p. (in the case of arithmetic means). At the same time, the data shows that in the analysed group of countries the average return on shares was positively correlated with the average GDP growth rate and exceeded it by 1.9 p.p. (in the case of geometric means) and by 4.5 p.p. (in the case of arithmetic means). The high (in comparison with the GDP growth) return on shares may be an argument for creating or raising the pension contribution paid to the pension system's FDC part, as well as for increasing the percentage of shares in pension savings, in particular in the case of young people, in order to maximise the expected return on such savings.*

**Key words:** pension system in Poland, capital pillar, return on shares, return on bonds, risk premium.

**PIOTR ŻUK** – doktorant w Kolegium Zarządzania i Finansów Katedry Teorii Systemu Rynkowego w Szkole Głównej Handlowej, pracownik Instytutu Ekonomicznego Narodowego Banku Polskiego.



JOANNA RUTECKA

## Wyplata świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego w Polsce

*Nowy system emerytalny oparty na formule zdefiniowanej składki i wykorzystujący częściowo finansowanie kapitałowe funkcjonuje już od niemal 14 lat. Do tej pory nie ustalono jednak ostatecznie form i zasad wypłaty emerytur dożywotnich ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych. W artykule przedstawiono możliwe do zastosowania formy wypłaty świadczeń emerytalnych i przeanalizowano aktualnie obowiązujące w Polsce przepisy dotyczące form wypłaty świadczeń z bazowego systemu emerytalnego. W kluczowej części opracowania scharakteryzowano aktualne koncepcje wypłaty świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu i podjęto próbę ich oceny z punktu widzenia interesów członka otwartego funduszu emerytalnego.*

**Słowa kluczowe:** emerytura, system emerytalny, zabezpieczenie społeczne, renta dożywotnia, kapitałowy system emerytalny.

### Wprowadzenie

Działający od 1999 r. w Polsce system emerytalny nie jest jeszcze kompletny. Pomimo kilkunastu lat funkcjonowania rozwiązań kapitałowych, tj. otwartych funduszy emerytalnych (OFE) i zarządzających nimi powszechnych towarzystw emerytalnych (PTE), nadal brakuje docelowych regulacji w obszarze wypłaty świadczeń ze środków zgromadzonych w OFE. Wypłaty świadczeń emerytalnych z nowego systemu, w tym części kapitałowej, rozpoczęły się już co prawda w 2009 r., ale do końca 2013 r. na emeryturę według nowych zasad przechodzą wyłącznie kobiety – i to w niezbyt licznej grupie – co spowodowało wypracowanie dla nich rozwiązania przejściowego funkcjonującego w postaci okresowej emerytury z OFE. Dopiero po osiągnięciu przez emerytki wieku 65 lat, co nastąpi od 2014 r., oraz uzyskaniu prawa do emerytury według nowych zasad przez mężczyzn, z kapitałowej części systemu emerytalnego rozpoczną się wypłaty emerytur dożywotnich. Forma takich świadczeń została już w dużej mierze określona przez ustawę z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych<sup>1</sup>, jednak jej regulacje nie mogą być w pełni realizowane z uwagi na brak

1. Dz. U. Nr 228, poz. 1507.

ustawy o instytucjach wypłacających świadczenia ze środków zgromadzonych w OFE.<sup>2</sup> Niektórzy eksperci twierdzą wręcz, że ustawa regulująca formy świadczeń emerytalnych jest aktem „mar-twym” w obliczu braku rozwiązań dotyczących funkcjonowania dostawców dożywotniej emery-tury kapitałowej, wskazując przy tym, że przy okazji tworzenia tych ostatnich regulacji możliwe jest także dokonanie zmian w formach wypłaty świadczeń.<sup>3</sup>

Celem niniejszego artykułu jest analiza i porównanie aktualnych koncepcji wypłaty emery-tury z kapitałowej części systemu emerytalnego w Polsce, które zostały zaprezentowane przez instytucje związane z rynkiem emerytalnym pod koniec 2012 r. Zastosowane metody badawcze obejmują analizę literatury, raportów i opinii instytucji emerytalnych, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, analizę projektów aktów prawnych oraz ustaw już funkcjonujących, a tak-że jakościową analizę porównawczą cech poszczególnych koncepcji wypłaty świadczeń z punktu widzenia uczestników systemu emerytalnego.

## 1. Formy wypłaty świadczeń emerytalnych

System emerytalny tworzony jest w celu zapewnienia jednostkom niezarobkowych źródeł utrzy-mania w okresie starości. Wykorzystywany jest przy tym mechanizm alokacji dochodu w cyklu życia, zakładający, że w okresie aktywności zawodowej jednostka nie konsumuje całości wypra-cowanego dochodu, lecz przeznaczą go na oszczędności<sup>4</sup> lub inwestycje<sup>5</sup>. Oszczędności te mogą mieć charakter obowiązkowy, czego przykładem może być funkcjonowanie bazowych systemów emerytalnych, a ich wykorzystanie następuje w kolejnych etapach życia człowieka, w tym m.in. w formie wypłaty świadczeń emerytalnych.

Emerytura to świadczenie długookresowe przysługujące dożywotnio osobie, która osiągnęła wymagany wiek i zaprzestała aktywności zawodowej.<sup>6</sup> Świadczenie takie może być wypłacane w formie renty dożywotniej, wypłaty programowanej lub wypłaty jednorazowej. Bazowe<sup>7</sup>, obowiązkowe systemy emerytalne wykorzystują zwykle rozwiązania w formie renty dożywotniej z uwagi na konieczność ochrony przed ryzykiem długowieczności<sup>8</sup> przejawiającą się w obowiązku zapew-nienia wypłaty emerytury do końca życia jednostki.

- 
2. Ustawa o funduszach dożywotnich emerytur kapitałowych była przygotowywana razem z ustawą o emery-turach kapitałowych. Została jednak zawetowana przez Prezydenta RP w grudniu 2008 r.
  3. *Zob. Debata redakcyjna poświęcona propozycjom rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur ze środków zgroma-dzonych w otwartych funduszach emerytalnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 13 (2/2012), s. 141–165.
  4. Oszczędności są tu rozumiane bardzo szeroko, również jako przekazanie środków do repartycyjnego syste-mu emerytalnego w zamian za prawo do emerytury w przyszłości. Można to porównać do pożyczki, której obywatel udziela społeczeństwu, która będzie jednak „spłacana” przez kolejne pokolenia.
  5. Jednym z rodzajów takich inwestycji może być inwestycja w dzieci lub własny rozwój.
  6. *Leksykon Polityki Społecznej*, pod red. B. Rysz-Kowalczyk, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001, s. 47. Należy jednak zaznaczyć, że warunek zaprzestania aktywności zawodowej traci obecnie na powszechności.
  7. Bazowe systemy emerytalne to systemy utworzone w celu zapewnienia świadczeń w wysokości pokrywa-jącej podstawowe potrzeby jednostki na emeryturze. Są zwykle uzupełniane systemami dodatkowymi i do-browolnymi oferującymi podwyższony standard życia na emeryturze.
  8. Chodzi tu o wyczerpanie się zgromadzonych środków w okresie emerytalnym. Sytuacja taka mogłaby wy-stąpić w przypadku wypłaty programowanej, która byłaby realizowana przez okres równy przeciętnemu

Wyplata jednorazowa (ang. *lump sum*) jest rozwiązaniem stosowanym w praktyce bardzo rzadko. Dopuszczenie możliwości wyplat jednorazowych skutkuje bowiem wieloma zagrozeniami, m.in. tym, że ubezpieczeni nie wykażą się wystarczającą przezornością oraz długowzrocznością i skonsumują otrzymane środki w ciągu krótkiego okresu zaraz po przejściu na emeryturę. Sytuacja taka powodowałaby konieczność interwencji państwa poprzez przyznanie świadczeń z pomocy społecznej. Ta forma wyplaty nie jest również szeroko stosowana<sup>9</sup> ze względu na fakt, iż nie chroni przed ryzykiem długowieczności.

Drugą z form wyplaty środków emerytalnych jest plan systematycznych wyplat (ang. *scheduled withdrawals, programmed withdrawals*). Polega on na ratalnej wypłacie zgromadzonych wcześniej środków. Liczba rat zależy od długości dalszego przeciętnego trwania życia osoby przechodzącej na emeryturę oraz częstotliwości ich wyplaty. W większości rozwiązań wyplaty dokonywane są miesięcznie, a pierwsza rata płatna jest w pierwszym miesiącu po przejściu na emeryturę. Ta forma wyplaty chroni ubezpieczonego przed pokusą skonsumowania wszystkich środków tuż po przejściu na emeryturę, nie oferuje jednak ochrony przed ryzykiem długowieczności – saldo posiadanych środków może bowiem osiągnąć zero przed śmiercią osoby pobierającej świadczenie, jeśli będzie ona żyła dłużej niż przeciętnie. Plan systematycznych wyplat zakłada jednak udział emeryta w zyskach z lokowania środków emerytalnych i umożliwia dziedziczenie kapitału po jego śmierci. Ponadto może pozwalać na czasowe odłożenie konieczności dopłat do emerytury minimalnej, jeśli stan środków emerytalnych jest zbyt niski, aby pozwolić na nabycie emerytury w wysokości co najmniej emerytury minimalnej – w takiej sytuacji dopłaty są realizowane przez państwo dopiero, gdy emeryt dożyje momentu zupełnego wyczerpania kapitału emerytalnego.<sup>10</sup>

Najczęściej wykorzystywaną formą wyplaty świadczeń emerytalnych jest renta dożywotnia (ang. *annuity*). W przypadku takiego rozwiązania osoba przechodząca na emeryturę kupuje obietnicę wyplat dożywotniego świadczenia według ściśle określonych warunków w zamian za przekazanie środków emerytalnych, które zgromadziła w okresie aktywności zawodowej. W mechanizmie tym świadczenia dla osób żyjących dłużej od przeciętnej długości trwania życia finansowane

---

dalszemu trwaniu życia, a ubezpieczony żyłby dłużej. Długowieczność powodować może zatem skutki finansowe, w wielu przypadkach brak dochodów, i w tym sensie odpowiada pojęciu ryzyka. Gdyby przyjąć, że następstwem zrealizowania się ryzyka określonego jako zdarzenie (w tym przypadku życie dłużej niż przeciętnie) jest szkoda (nieszczęście), za takie następstwo należy uznać brak dochodów w okresie starości spowodowane niedopasowaniem długości okresu wyplat programowanej do faktycznej długości życia emeryta. Za zwrócenie uwagi na ten aspekt ryzyka długowieczności dziękuję anonimowemu recenzentowi.

9. W praktyce tylko w Australii i Hongkongu możliwe jest otrzymanie jednorazowej wyplaty wszystkich zgromadzonych środków w momencie przejścia na emeryturę. Dodać należy, że w Australii emeryci mogą skorzystać również z innych form wyplaty świadczeń, takich jak plan systematycznych wyplat (*planned withdrawals*) oraz renta dożywotnia (*annuity*). R. Palacios, R. Rofman, *Annuity markets and benefit design in multipillar pension schemes: Experience and lessons from four Latin American countries*, World Bank, March 2001, s. 7. W Chile emeryci mogą skorzystać z jednorazowej wyplaty środków emerytalnych, jeśli zgromadzony kapitał zapewnia im emeryturę przekraczającą 120 proc. emerytury minimalnej oraz stopę zastąpienia powyżej 70 proc. (relacja przeciętnej emerytury do przeciętnej płacy). W takim przypadku mogą oni wypłacić jednorazowo nadwyżkę kapitału ponad wysokość, która zapewnia im taką emeryturę. Por. R. Acuña R., A. Iglesias P., *Chile's pension reform after 20 years*, World Bank 2001, s. 7.
10. Rozwiązanie takie zastosowano m.in. w Chile. Wyplatę programowaną muszą wybrać osoby, których oszczędności nie wystarczają na wykupienie renty dożywotniej w wysokości co najmniej minimalnej emerytury. Systematycznych wyplat dokonuje tam podmiot zarządzający funduszem emerytalnym (AFP), czyli odpowiednik powszechnych towarzystw emerytalnych w Polsce. Zob. R. Palacios, R. Rofman, op. cit., s. 14.

są ze środków osób, które nie dożyły wieku przeciętnego. Niezależnie zatem od długości życia emeryta, ma on zagwarantowane świadczenie w ustalonej wysokości, a ryzyko długowieczności przeniesione jest na podmiot wypłacający świadczenie.<sup>11</sup>

Renta dożywotnia występuje w różnych odmianach, z których do najważniejszych zaliczyć należy następujące rodzaje:

- renta natychmiastowa i renta odroczonej,
- renta stała i renta zmienna,
- renta z okresem gwarantowanym i bez okresu gwarantowanego,
- renta indywidualna i na dwa życia (zwana często małżeńską).

Renta natychmiastowa jest oferowana w większości bazowych systemów emerytalnych. W przypadku tego produktu, płatności świadczeń rozpoczynają się od miesiąca następującego po miesiącu przejścia na emeryturę. W niektórych krajach<sup>12</sup> istnieje możliwość wykupienia renty odroczonej z okresem odroczenia wynoszącym z reguły od roku do kilku lat. Podczas tego okresu emeryt otrzymuje okresowe świadczenie w formie systematycznych wypłat, których wysokość nie może przekraczać określonej części wyliczonej dla niego renty. Wypłaty ratalne w okresie odroczenia pomniejszają saldo oszczędności ubezpieczonych i przyczyniają się tym samym do obniżenia wysokości świadczenia rentowego. Przykładem renty z odroczonym okresem płatności jest świadczenie wypłacane z kapitałowej części systemu dla osób przechodzących na emeryturę przed osiągnięciem 65 lat, która łączy cechy wypłaty programowanej i renty dożywotniej, przy czym koniec okresu odroczenia wyznaczony jest przez osiągnięcie wieku 65 lat.

Renty stałe zakładają wypłatę świadczenia w równej wysokości przez cały okres emerytalny. Z uwagi na zmiany wartości pieniądza w czasie, rozwiązanie to nie jest stosowane w bazowych systemach emerytalnych, które mają zagwarantować świadczenia zapewniające pokrycie podstawowych potrzeb do końca życia jednostki, co oznacza często wypłaty w horyzoncie 20-letnim. Z tego powodu najczęściej stosowana jest renta zmienna, której wartość podlega korektom w czasie, z uwzględnieniem zmieniających się wskaźników ekonomicznych. Wysokość renty jest zwykle uzależniona od wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) i/lub stopy zwrotu osiągniętej z inwestowania kapitałów emerytalnych. Stosowanie czystej inflacyjnej indeksacji świadczeń emerytalnych chroni emerytury przed utratą siły nabywczej, nie zapewnia jednak udziału w zyskach wypracowanych z lokowania środków.<sup>13</sup> Natomiast renty uwzględnia-

---

11. Ze względu na ubezpieczeniowy charakter tego produktu, świadczenia w formie renty dożywotniej z części systemu zarządzanej prywatnie wypłacają zakłady ubezpieczeń na życie lub specjalnie powołane do tego instytucje. Należy przy tym zauważyć, że instytucje realizujące wypłatę emerytur dożywotnich muszą brać pod uwagę zarówno dywersyfikowalną, jak i niedającą się zdywersyfikować część ryzyka długowieczności. Pierwszy element dotyczy różnic w faktycznym trwaniu życia poszczególnych jednostek i może być zdywersyfikowany przez utworzenie odpowiednio dużej wspólnoty ryzyka. Drugi komponent odnosi się jednak do długości dalszego trwania życia całej kohorty/populacji i w obecnych realiach jest właściwie niedywersyfikowalny, co powoduje znaczne podwyższenie kosztów funkcjonowania emerytur dożywotnich. Zob. szerzej: H.P. Rudolph, A.M. Schwarz, *Organizing Benefit Payments from Private Pension Funds in Poland*, World Bank, December 2012.

12. Np. w Chile i Peru.

13. Inflacyjna indeksacja rent wymaga działania na rynku finansowym instrumentów, które zabezpieczają przed inflacją w długim okresie. Rolę taką odgrywać mogą odpowiednio skonstruowane obligacje skarbu państwa. Należy jednak pamiętać, że taki sposób indeksacji świadczeń powoduje stosowanie przez dostawców świadczeń konserwatywnej i bezpiecznej polityki w zakresie zarządzania aktywami.

jące udział świadczeniobiorcy w zyskach z inwestycji pozwalają na korzystanie z dobrodziejstw wysokich stóp zwrotu na rynkach finansowych poprzez podwyższanie świadczenia lub przekazanie zysku w formie dodatkowej wypłaty, oznaczają jednak równocześnie konieczność ponoszenia przez świadczenioborców konsekwencji spadków na rynku w okresie bessy.<sup>14</sup> Ograniczenie tych niepożądanych – z punktu widzenia świadczeniobiorcy – konsekwencji zmienności rynków finansowych wymaga zwykle utworzenia funduszy rezerwowych, kumulujących środki w okresie dobrej koniunktury, a wykorzystywanych w okresie gorszej sytuacji na rynku kapitałowym.

Moment zakupu renty dożywotniej ze środków zgromadzonych w okresie aktywności zawodowej oznacza przekazanie całości kapitału w zamian za obietnicę otrzymywania comiesięcznego, dożywotniego świadczenia. Przekazywany kapitał jest zazwyczaj bardzo wysoki (w odczuciu indywidualnym), a faktyczny okres wypłaty świadczenia jest nieznan. Może wystąpić sytuacja, w której świadczeniobiorca umrze po kilku miesiącach od przejścia na emeryturę, powodując nieskonsumowanie dużej części wpłaconego, a niepodlegającego już zwrotowi, kapitału – wynika to z zasad funkcjonowania renty dożywotniej, w której świadczenia osób żyjących dłużej finansowane są z kapitałów osób żyjących krócej niż przeciętnie. Z punktu widzenia indywidualnego świadczeniobiorcy sytuacja ta może być negatywnie odbierana, co określane jest jako tzw. „szok przejścia”. Aby złagodzić to zjawisko, w przypadku rent dożywotnich stosowane są gwarancje co do minimalnej długości okresu wypłaty świadczenia. W przypadku rent z okresem gwarantowanym świadczenie wypłacane jest do śmierci świadczeniobiorcy, ale nie krócej niż przez określoną liczbę lat. W przypadku śmierci ubezpieczonego przed upływem okresu gwarantowanego, świadczenie wypłacane jest do końca tego okresu wskazanej przez niego osobie. Okres gwarantowany może być przy tym ustalony w jednakowej długości dla wszystkich ubezpieczonych, ograniczony z góry lub z dołu.<sup>15</sup>

Renta dożywotnia może być także oferowana w formie świadczenia indywidualnego lub renty wypłacanej dwóm osobom (zwykle chodzi o współmałżonków). Renty małżeńskie zakładają ustalenie wysokości wspólnego, dożywotniego świadczenia na podstawie wysokości kapitałów zgromadzonych przez obu współmałżonków, uwzględniając również ich wiek przejścia na emeryturę. W przypadku śmierci jednego ze świadczenioborców, pozostały przy życiu współmałżonek otrzymuje rentę dożywotnią w wysokości określonej jako część świadczenia wspólnego. Wyższy poziom świadczenia wspólnego przysługujący pozostałemu przy życiu małżonkowi wiąże się z koniecznością wniesienia wyższej jednorazowej składki albo obniżenia wysokości miesięcznych wypłat emerytury wspólnej. Produkt ten odpowiada niewątpliwie na potrzeby większości małżeństw emerytów, umożliwiając przy tym lepsze zabezpieczenie finansowe osób, których kapitały emerytalne są znacznie niższe od środków zgromadzonych przez ich współmałżonków.<sup>16</sup> Funkcjonowanie emerytury małżeńskiej napotyka jednak na liczne problemy związane m.in. z ewentualną

14. W przypadku ponoszenia strat świadczenie może być nawet obniżone, choć rozwiązania funkcjonujące w bazowych systemach emerytalnych nie dopuszczają zwykle możliwości redukcji emerytury poniżej wcześniej wypłacanej kwoty nominalnej.

15. W Chile jeden z produktów rentowych z okresem gwarantowanym zwany jest *thinking of her life annuity*. Emerytura jest płatna w pełnej wysokości pozostałemu przy życiu małżonkowi, aż do jego śmierci. Istnieje również odmiana, w której po śmierci świadczeniobiorcy emerytura jest płatna wskazanemu beneficjentowi aż do momentu, kiedy suma wypłat zrówna się z sumą wpłaconych składek. R. Palacios, R. Rofman, op. cit., s. 10.

16. Sytuacja ta może wynikać np. z długich okresów dezaktywizacji zawodowej związanych z urodzeniem i wychowywaniem dzieci, czy też opieką na innymi członkami rodziny.

znaczną różnicą wieku lub momentu przejścia na emeryturę świadczeniobiorców czy rozwiązaniem związku małżeńskiego już po zakupie tego produktu.<sup>17</sup>

## 2. Formuły emerytalne funkcjonujące w bazowym systemie emerytalnym w Polsce

Emerytury wypłacane z nowego systemu emerytalnego są obliczane według formuły zdefiniowanej składki. Oznacza to, że wysokość świadczenia jest uzależniona od wysokości uprawnień zgromadzonych na kontach administrowanych przez ZUS i wysokości kapitału zgromadzonego na rachunku w OFE oraz od wieku przejścia na emeryturę. Rozwiązanie takie zachęca do przedłużania aktywności zawodowej w myśl prostej zasady: im dłużej wpłacasz składki i im później kończysz aktywność zawodową, tym wyższa jest twoja emerytura.<sup>18</sup>

Przejście na emeryturę z obu części bazowego systemu emerytalnego odbywa się jednocześnie. Niezależnie od decyzji o przystąpieniu do otwartych funduszy emerytalnych<sup>19</sup>, świadczenie emerytalne jest wypłacane ubezpieczonemu w formie jednego przelewu dokonywanego przez ZUS. W przypadku osób niebędących członkami otwartych funduszy emerytalnych emerytura jest finansowana wyłącznie ze środków funduszu emerytalnego zarządzanego przez ZUS, natomiast w sytuacji uczestniczenia przez ubezpieczonego w obu częściach bazowego systemu emerytalnego (repartycyjnej i kapitałowej, tzw. I i II filar), część świadczenia pochodzi ze środków funduszu emerytalnego wchodzącego w skład Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), a reszta jest finansowana ze środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego w OFE.

Emerytura obliczona na podstawie stanu konta w ZUS zależy wyłącznie od wysokości zgromadzonych w ciągu okresu aktywności zawodowej uprawnień i przeciętnego dalszego trwania życia w momencie przejścia na emeryturę. Przy wyznaczaniu świadczenia stosowane są jednolite tablice dalszego trwania życia dla kobiet i mężczyzn, co powoduje relatywne podwyższenie

- 
17. Zgodnie z projektem z 1998 r., emerytury małżeńskie miały być jedną z form wypłaty świadczeń z kapitałowej części systemu emerytalnego w Polsce. Rozwiązanie to nie zyskało jednak odpowiedniej akceptacji.
  18. Obecnie coraz częściej słychać głosy, iż nowy system emerytalny nie spełnił pokładanych w nim nadziei związanych z wydłużaniem aktywności zawodowej przez ubezpieczonych. Podkreśla się przy tym, iż Polacy nie zdołali internalizować zasad funkcjonowania systemu, co jest głównym powodem przechodzenia na emeryturę tuż po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego – zamiast wydłużania aktywności zawodowej, aby otrzymać wyższe świadczenie emerytalne [zob. m.in. *Debata redakcyjna poświęcona propozycjom rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 13 [2/2012], s. 141–165]. Warto jednak zwrócić uwagę, że system emerytalny nie jest jeszcze dojrzały – dla większości osób, które przeszły na emeryturę w ciągu ostatnich 5 lat, świadczenie obliczono całkowicie lub w dużej części według „starych” zasad. Jedynie kilka tysięcy ubezpieczonych przeszło na emeryturę z nowego systemu, przy czym w ich przypadku duża część uprawnień pochodziła z okresów przed wprowadzeniem reformy dopisanych do indywidualnych kont w formie kapitału początkowego. Stąd ocena internalizacji zasad funkcjonowania nowego systemu emerytalnego przez społeczeństwo wydaje się przedwczesna.
  19. Prawo takiego wyboru przysługiwało osobom, które w 1999 r. w momencie wprowadzania nowego systemu emerytalnego miały mniej niż 50 lat i co najmniej 30 lat [pracy?]. Młodszy ubezpieczeni mieli obowiązek wyboru OFE, starsi natomiast korzystają z dotychczasowych zasad funkcjonowania bazowego systemu emerytalnego.

emerytur dłużej żyjących kobiet kosztem emerytur krócej żyjących mężczyzn.<sup>20</sup> Wyliczenie wysokości emerytury z części repartycyjnej można przedstawić w postaci następującej zależności:

$$Emerytura_i = \frac{\text{zwaloryzowane uprawnienia}}{\text{średnie dalsze trwanie życia}}$$

Zwaloryzowane uprawnienia emerytalne to suma zwaloryzowanych składek emerytalnych zaewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego w ZUS powiększona o zwaloryzowany kapitał początkowy<sup>21</sup>. Aby obliczyć wysokość miesięcznej emerytury, należy podzielić wielkość uprawnień przez średnie dalsze trwanie życia wyrażone w miesiącach dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę.<sup>22</sup> Wiek osoby przechodzącej na emeryturę ustala się w ukończonych latach i miesiącach. Według powyższego wzoru, im wyższy jest stan konta ubezpieczonego (w tym także subkonta) i im wyższy wiek emerytalny, tym wyższa emerytura przysługująca z części repartycyjnej.

Drugi filar oparty na finansowaniu kapitałowym ma natomiast dostarczać emerytury w jednej z dwóch form:

- okresowej emerytury kapitałowej,
- dożywotniej emerytury kapitałowej.<sup>23</sup>

Obecnie wypłacana jest jedynie okresowa emerytura kapitałowa<sup>24</sup>, która przysługuje członkowi otwartego funduszu emerytalnego, który osiągnął minimalny wiek emerytalny, a nie ukończył jeszcze 65 roku życia. Po ukończeniu tego wieku członkowi otwartego funduszu emerytalnego przysługuje dożywotnia emerytura kapitałowa.<sup>25</sup>

Ubezpieczony nabywa prawo do emerytury okresowej, jeżeli osiągnął minimalny ustawowy wiek emerytalny (niższy niż 65 lat<sup>26</sup>) i kwota środków zgromadzonych na jego rachunku w OFE, ustalona na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego zostanie przyznana

20. Taka redystrybucja od mężczyzn do kobiet jest powszechnie stosowana w bazowych systemach emerytalnych. Zob. szerzej J. Rutecka, *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012. Nie oznacza to jednak, że emerytury kobiet są nominalnie wyższe niż mężczyzn – niższe świadczenia kobiet wynikają z krótszej aktywności zawodowej oraz przeciętnie niższych zarobków. Zob. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS 2012.

21. Kapitał początkowy jest swoistą rekompensatą za okresy uczestnictwa w „starym” systemie emerytalnym.

22. Art. 25 i 26 ustawy z 18 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS. Dla osoby w wieku 60 lat przeciętne trwanie życia wynosi 254,8 mies., a dla osoby w wieku 65 lat – 211,8 mies. *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 marca 2012 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*.

23. Art. 7 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. Nr 228, poz. 1507).

24. Taki stan jest konsekwencją faktu, iż na emerytury z ramach nowego systemu emerytalnego przechodziły dotychczas wyłącznie kobiety, które nie ukończyły jeszcze 65 lat. Mężczyźni zaczną pobierać świadczenia z nowego systemu emerytalnego od początku 2014 r.

25. Art. 7 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.

26. Emerytury okresowe będą wypłacane jedynie do czasu, gdy ubezpieczeni będą przechodzić na emeryturę w wieku niższym niż 65 lat, co ma obecnie miejsce w przypadku kobiet. W związku z planowanym podwyższeniem wieku emerytalnego do docelowego poziomu 67 lat w 2040 r. dla kobiet i mężczyzn, w niedługiej przyszłości przestanie funkcjonować forma wypłaty świadczeń w postaci okresowej emerytury kapitałowej.

emerytura, jest równa lub wyższa od dwudziestokrotności kwoty dodatku pielęgnacyjnego.<sup>27</sup> Wysokość okresowej emerytury kapitałowej obliczana jest według wzoru:<sup>28</sup>

$$E_{ok} = \frac{\text{stan rachunku w OFE}}{\text{średnie dalsze trwanie życia}}$$

Przy kalkulacji okresowej emerytury kapitałowej wykorzystuje się tablice średniego dalszego trwania życia stosowane przy obliczaniu świadczenia emerytalnego z I filara, tj. wspólne dla kobiet i mężczyzn. Im wyższy stan rachunku w OFE i wyższy wiek przejścia na emeryturę, tym wyższa wartość emerytury okresowej. Podczas wypłacania emerytury okresowej kapitał zgromadzony przez ubezpieczonego pozostaje nadal w otwartym funduszu emerytalnym i jest pomnażany w drodze inwestycji na rynku kapitałowym. Powszechne towarzystwo emerytalne (PTE), które zarządza OFE, potrąca na bieżąco kwoty na sfinansowanie kolejnych wypłat emerytur okresowych i przekazuje je do ZUS. W czasie pobierania emerytury okresowej środki zgromadzone na rachunku podlegają dziedziczeniu. Okresowa emerytura kapitałowa jest waloryzowana corocznie na zasadach i w trybie określonym dla emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.<sup>29</sup>

Wypłata okresowej emerytury kapitałowej kończy się wraz ze śmiercią członka OFE, ukończeniem przez niego 65 lat lub wyczerpaniem środków zgromadzonych na rachunku.<sup>30</sup> Po osiągnięciu przez ubezpieczonego 65 lat, zgodnie z obecnie obowiązującymi regulacjami, nabywa on prawo do dożywotniej emerytury kapitałowej, bez względu na fakt, czy pobierał wcześniej emeryturę okresową. Dożywotnia emerytura kapitałowa jest ustalana na wniosek ubezpieczonego po dokonaniu przez niego wyboru oferty dożywotniej emerytury kapitałowej<sup>31</sup>. W sytuacji wcześniejszego pobierania emerytury okresowej lub renty z tytułu niezdolności do pracy, ubezpieczony nie ma obowiązku ponownego składania wniosku – musi jednak wskazać wybraną ofertę emerytury dożywotniej, pod rygorem wstrzymania wypłaty świadczeń. Emerytura dożywotnia nie może być przyznana, gdy stan środków na rachunku w OFE jest bardzo niski i wyliczona dla niego hipotetyczna emerytura kapitałowa<sup>32</sup> jest niższa od 50 proc. dodatku pielęgnacyjnego – wówczas środki są przekazywane do funduszu emerytalnego, co powiększa indywidualne konto w ZUS, i ubezpieczony uzyskuje świadczenie jedynie z części repartycyjnej.

Wysokość dożywotniej emerytury kapitałowej obliczana jest według wzoru:<sup>33</sup>

$$E_{DK} = \text{Stawka}_{DK} \times \frac{\text{stan rachunku w OFE}}{1000}$$

27. Art. 8 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.

28. Ibidem, art. 24.

29. Ibidem, art. 26 ust. 1.

30. Ibidem, art. 9.

31. Ofertę taką, zgodnie z założeniami do ustawy o emeryturach kapitałowych, przekazywać ma ubezpieczonemu Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Informacja taka zawierać powinna zestawienie stawek emerytur dożywotnich oferowanych przez instytucje wypłacające dożywotnie emerytury kapitałowe, celem dokonania przez ubezpieczonego wyboru jednej z nich.

32. Hipotetyczna emerytura kapitałowa jest równa ilorazowi stanu środków na koncie w OFE przez przeciętne dalsze trwanie życia stosowane przy obliczaniu emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Art. 10 ust. 2 ustawy z 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.

33. Art. 27 ustawy z 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.



gdzie:

$Stawka_{DK}$  – stawka miesięcznej dożywotniej emerytury kapitałowej, właściwej dla wieku emeryta za każdy tysiąc zgromadzonych środków, zawarta w wybranej ofercie dożywotniej emerytury kapitałowej obowiązującej w dniu złożenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia.

Po ustaleniu prawa do dożywotniej emerytury kapitałowej i wybraniu przez ubezpieczonego oferty konkretnej instytucji finansowej, środki uczestnika OFE powinny zostać przekazane w formie wypłaty transferowej do wybranego zakładu emerytalnego, w którym nabył on dożywotnią emeryturę kapitałową. W zamian za zgromadzone oszczędności przysługuje wówczas dożywotnie comiesięczne świadczenie z gwarancją wypłaty części przekazanych środków, gdyby ubezpieczony umarł w ciągu pierwszych trzech lat od przejścia na emeryturę.

Aby wyeliminować sytuacje związane z tzw. „szokiem przejścia”, w kapitałowej części funkcjonuje rozwiązanie umożliwiające zwrot części środków, za które nabyta została dożywotnia emerytura kapitałowa, gdy emeryt umrze w ciągu pierwszych 36 miesięcy jej pobierania. Zakład emerytalny przekaze wówczas wskazanym przez emeryta osobom wypłatę gwarantowaną obliczaną zgodnie ze wzorem:<sup>34</sup>

$$WG = \text{Środki przekazane z OFE} \times \left(1 - \frac{\text{czas pobierania emerytury}}{37}\right)$$

Środki przekazywane z OFE traktowane są w tym przypadku jak jednorazowa składka, za którą zakupiona została dożywotnia emerytura kapitałowa. Natomiast czas pobierania emerytury określony jest jako liczba pełnych miesięcy, jakie upłynęły od początku miesiąca, w którym po raz pierwszy wypłacono dożywotnią emeryturę kapitałową, do końca miesiąca, w którym nastąpiła śmierć emeryta.

Zasady wypłaty dożywotnich emerytur kapitałowych nie przewidują waloryzacji świadczeń. Ich wysokość może ulec zmianie w przypadku wystąpienia zysku lub nadwyżki w funduszach dożywotnich emerytur kapitałowych.<sup>35</sup> Ewentualne podwyższenie świadczeń zależy od wyników inwestycyjnych z lokowania środków funduszy dożywotnich emerytur kapitałowych oraz zmian umieralności osób pobierających świadczenia.

### 3. Propozycje rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur z części kapitałowej

Propozycje rozwiązań w zakresie wypłaty świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego pojawiały się już od czasu podjęcia prac nad tworzeniem nowego systemu. Pierwsze z nich zakładały wypłatę świadczeń emerytalnych przez wiele konkurujących ze sobą zakładów emerytalnych oraz dawały ubezpieczonym relatywnie szeroki wybór w zakresie formy świadczenia emerytalnego.<sup>36</sup> Kolejne koncepcje uwzględniały w szerszym zakresie aktywność instytucji

34. Ibidem, art. 29.

35. Art. 28 ust. 1 ustawy z 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.

36. Projekt ustawy o zakładach emerytalnych z 1998 r. zakładał wypłatę emerytur w jednej z czterech form: indywidualnej emerytury dożywotniej, wspólnej emerytury dożywotniej, indywidualnej emerytury dożywotniej z okresem gwarantowanym, wspólnej emerytury dożywotniej z okresem gwarantowanym.

państwowych w wypłacie świadczeń z części kapitałowej – od utworzenia specjalnego państwowego zakładu emerytalnego poczynając, poprzez jedną państwową instytucję korzystającą z zewnętrznego zarządzania aktywami, a na przekazaniu środków z OFE do FUS kończąc. Każda ze zgłaszanych koncepcji miała szereg wad i zalet. W konsekwencji żadna z nich nie została dotychczas zaakceptowana i nadal toczy się dyskusja nad architekturą systemu wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w OFE. Poniżej scharakteryzowane zostaną trzy aktualnie dyskutowane koncepcje z tego zakresu, tj.:

- 1) administrowanie i wypłata emerytur przez ZUS,
- 2) administrowane i wypłata emerytur z II filara przez instytucje finansowe,
- 3) administrowanie kapitałami emerytalnymi przez PTE i wypłata świadczeń przez ZUS (pierwsze 12 lat), a następnie administrowanie kapitałami i wypłata emerytur przez ZUS.

Dalsza część artykułu bazuje na opisach koncepcji przedstawionych w ostatnim kwartale 2012 r. i dyskutowanych w trakcie debaty emerytalnej zorganizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych oraz „Rozprawy Ubezpieczeniowe”.<sup>37</sup>

Wszystkie trzy koncepcje, pomimo odmienności podmiotów zaangażowanych w proces wypłat, mają kluczowe cechy wspólne:

- jedna forma dożywotniego świadczenia emerytalnego (z ewentualną opcją okresu gwarantowanego),
- realizacja procesu wypłaty łącznego świadczenia (emerytury pochodzącej z części reparycyjnej i kapitałowej) przez ZUS,
- udział emeryta w zyskach z inwestycji,
- skarb państwa jako ostateczny gwarant wypłacalności systemu.

Wymienione cechy wspólne wskazują na realną możliwość wypracowania rozwiązania, które będzie najlepiej łączyło zalety wszystkich koncepcji i eliminowało jak najwięcej wad. Poszczególne koncepcje różnią się jednak znacznie pod względem charakteru podmiotów wypłacających świadczenie z części kapitałowej, zasad zarządzania środkami i ustalania wysokości świadczeń, poziomu udziału ubezpieczonych w zyskach z inwestycji oraz sposobu waloryzacji świadczeń.

Pierwsza z wymienionych koncepcji przygotowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zakłada przekazanie środków z OFE do utworzonego w tym celu Funduszu Dożywotnich Emerytur Kapitałowych (FDEK) zarządzanego przez ZUS. Ze środków tych wypłacano by indywidualną emeryturę, która byłaby czystą rentą dożywotnią bez okresu gwarantowanego. Wysokość świad-

---

37. Koncepcje te były także wcześniej prezentowane jako efekt prac Zespołu do spraw efektywności otwartych funduszy emerytalnych w zakresie wypłaty świadczeń, działającego pod auspicjami Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego. Przy czym jedna z zaprezentowanych w opracowaniu UKNF koncepcji – administrowanie i wypłata emerytur z II filara poza ZUS, zakładająca największą swobodę w wyborze i dostarczaniu świadczeń – okazała się nieaktualna już w momencie podjęcia dyskusji w listopadzie 2012 r. Zob. *Wypłata świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego. Opracowanie podsumowujące prace Zespołu do spraw efektywności otwartych funduszy emerytalnych w zakresie wypłaty świadczeń*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa, wrzesień 2012. Ich skorygowane wersje zostały natomiast opublikowane w: *Debata redakcyjna poświęcona propozycjom rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 13 [2/2012].

Poza trzema omawianymi koncepcjami, powstała również propozycja wypłaty emerytur i zarządzania środkami z OFE przez jeden podmiot będący zakładem emerytalnym dla całego systemu bazowego. Zob. M. Góra, *Wypłata emerytur z systemu emerytalnego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2012 (materiał niepublikowany). Koncepcja ta nie była jednak przedmiotem szerokiej dyskusji i nie będzie prezentowana w dalszej części artykułu.

czenia zależałyby od wielkości środków zgromadzonych w OFE i dalszego przeciętnego trwania życia w momencie przejścia na emeryturę. Druga z wymienionych zmiennych bazowałaby jednak na tablicach prospektywnych<sup>38</sup>, uwzględniających trendy w zmianie dalszego trwania życia. Świadczenie byłoby zatem ustalane według formuły emerytury z części repartycyjnej, jednak przy wykorzystaniu innych tablic dalszego trwania życia. Tak ustalona emerytura byłaby wypłacana przez ZUS i podlegałaby waloryzacji na poziomie co najmniej inflacyjnym, powiększonym o zyski zależne od wyników inwestycyjnych FDEK, ale nie więcej niż o wskaźnik waloryzacji świadczeń z części repartycyjnej (inflacja powiększona o 20-proc. wzrost płac).

Aktywa z OFE przekazywane do Funduszu Dożywczych Emerytur Kapitałowych byłyby początkowo zarządzane samodzielnie przez ZUS. Natomiast po osiągnięciu wielkości 1 mld zł Zakład mógłby powierzyć zarządzanie środkami podmiotom prywatnym. Inwestycje funduszu dokonywane byłyby przede wszystkim na rynku polskim, głównie w obligacje i bony skarbowe oraz depozyty, a proponowany limit dla akcji i funduszy inwestycyjnych wynosi 20 proc. aktywów.<sup>39</sup> Zgodnie z informacjami prezentowanymi przez ZUS<sup>40</sup>, działalność inwestycyjna byłaby oceniana w porównaniu z benchmarkiem odpowiadającym wskaźnikowi inflacji. Rozwiązanie to nie przewiduje żadnej gwarancji co do osiągnięcia z lokowania środków stopy zwrotu, zapewnia jednak, iż świadczenia będą utrzymywać realną siłę nabywczą. Natomiast w sytuacji osiągnięcia odpowiednio wyższego zysku z inwestycji, emerytury mogłyby zostać podwyższone o wskaźnik wyższy niż indeks wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Druga z koncepcji przygotowana przez środowisko powszechnych towarzystw emerytalnych (PTE)<sup>41</sup> bazuje na zaoferowaniu ubezpieczonym indywidualnej emerytury dożywczej oraz emerytury dożywczej z okresem gwarantowanym. Proponowana gwarancja dotyczyłaby okresu kilku bądź kilkunastu pierwszych lat po przejściu na emeryturę, przy czym koniec okresu gwarantowanego mógłby zostać ustalony jako moment osiągnięcia przez świadczeniobiorców określonego wieku, np. 70 lat. Czym dłuższy byłby okres gwarantowany, tym niższe byłoby świadczenie przyznawane tuż po przejściu na emeryturę.<sup>42</sup> Po dokonaniu wyboru konkretnego produktu, a już w trakcie trwania okresu pobierania świadczenia, możliwa byłaby zmiana formy świadczenia, ale wyłącznie poprzez zamianę renty dożywczej z okresem gwarantowanym na indywidualną rentę dożywczość. Ubezpieczony mógłby również zmienić instytucję wypłacającą świadczenie.<sup>43</sup> Wysokość emerytur byłaby obliczana w oparciu o bieżące tablice dalszego trwania życia publikowane

38. Tablice takie, zgodnie z założeniami projektu ZUS, miałyby opracowywać Główny Urząd Statystyczny (GUS).

39. Inwestycje FDEK w papiery wartościowe wyemitowane przez skarb państwa nie podlegałyby ograniczeniom ilościowym. Dopuszczone byłoby również lokowanie aktywów w obligacje infrastrukturalne.

40. *Debata...*, op. cit.

41. Koncepcja ta została przedstawiona przez Aviva Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Aviva BZ WBK SA i w początkowej fazie jej opracowywania była firmowana jedynie przez ten podmiot. W obecnej fazie koncepcja ta wydaje się już propozycją większości rynku PTE, a przynajmniej towarzystw należących do Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych (IGTE).

42. Wstępne szacunki PTE wskazują na relację pomiędzy świadczeniem z gwarancją a czystą rentą dożywczością w wysokości ok. 93 proc. w momencie rozpoczęcia wypłat. Różnica ta zmniejszałaby się z czasem, by osiągnąć przykładowo poziom 96 proc. na koniec 12-letniego okresu gwarantowanego.

43. Byłoby to możliwe dzięki liczeniu indywidualnych rezerw dla każdego emeryta. Przy zmianie instytucji emerytalnej/zmianie formy wypłaty świadczenia środki na pokrycie tych rezerw przekazywane byłyby pomiędzy różnymi subfunduszami.

przez GUS, które są także wykorzystywane przy kalkulacji świadczeń z części repartycyjnej. Kwota emerytury zależałaby od wysokości środków zgromadzonych w OFE, wieku, w którym ubezpieczony przechodzi na emeryturę, oraz rodzaju wybranego świadczenia. Pierwsze świadczenie byłoby zatem kalkulowane w podobny sposób, jak emerytury z części repartycyjnej – z wyjątkiem emerytury z okresem gwarantowanym, która byłaby nieco niższa.

W fazie wypłaty emerytur kapitałowych środkami zgromadzonymi wcześniej w OFE zarządzałby powszechne towarzystwo emerytalne. Środki te zostałyby przekazane z OFE do specjalnych subfunduszy Dożywotnich Emerytur Kapitałowych (DEK) oraz Gwarantowanych Dożywotnich Emerytur Kapitałowych (GDEK). Aktywa pozostawałyby na rynku finansowym, przy czym inwestycje w instrumenty udziałowe byłyby ograniczone do 20 proc. aktywów. Zyski z inwestowania środków funduszy byłyby przekazywane na Rachunek Buforowy<sup>44</sup>, który zasiląby także środki stanowiące pokrycie rezerw rozwiązanych po zmarłych emerytach. Aby ograniczyć zjawisko antyselekcji, zaproponowano mechanizm wyrównawczy, na bazie którego dokonywane byłyby transfery środków po zmarłych świadczeniobiorach w taki sposób, aby wyrównać różnice wynikające z odmiennej śmiertelności emerytów we wszystkich podmiotach.<sup>45</sup> W fazie wypłaty instytucja finansowa miałaby obowiązek obliczać dla każdego ubezpieczonego wysokość rezerw koniecznych do wywiązania się z obowiązku wypłaty dożywotnich świadczeń wobec tej osoby. Wielkość rezerw byłaby corocznie aktualizowana, z uwzględnieniem publikowanych w kolejnych latach tablic przeciętnego dalszego trwania życia GUS. Rezerwy powinny być pokryte środkami odpowiedniego subfunduszu i Rachunku Buforowego. W ten sposób odbywałoby się zarządzanie ryzykiem długowieczności, szczególnie w aspekcie trudnym do zdyweryfikowania, czyli odnoszącym się do wydłużania się dalszego przeciętnego trwania życia całej populacji świadczeniobiorców.

W trakcie pobierania świadczenia emerytura byłaby waloryzowana o wskaźnik zależny od stanu Rachunku Buforowego, czyli wyników inwestycyjnych oraz zmian w śmiertelności i dalszym przeciętnym trwaniu życia. Instytucje nie gwarantowałyby osiągnięcia określonej stopy zwrotu, jednak świadczenie nie mogłoby ulec zmniejszeniu w sytuacji ponoszenia strat z tytułu lokowania środków subfunduszy. Dzięki funkcjonowaniu mechanizmu Rachunku Buforowego, wahania wskaźnika waloryzacji w kolejnych latach zostałyby ograniczone (spłaszczenie waloryzacji w dłuższym okresie), a przedstawione przez PTE symulacje wskazują, iż oferowana waloryzacja byłaby na poziomie nie niższym niż zastosowana w I filarze – wstępne szacunki informują o waloryzacji wyższej o ok. 0,3 proc. niż waloryzacja w części repartycyjnej w przypadku pobierania emerytury dożywotniej bez okresu gwarantowanego.<sup>46</sup>

Wobec stosowania tej samej formuły emerytalnej, poszczególne podmioty oferujące emerytury z części kapitałowej konkurowałyby między sobą wielkością Rachunków Buforowych, od których zależałaby waloryzacja świadczeń emerytalnych w przyszłości. Same podmioty motywowane byłyby do efektywnego zarządzania środkami przez powiązanie opłaty za zarządzanie z wartością aktywów subfunduszy (ustalenie stawki procentowej opłaty), z opcją niesymetrycznej „opłaty

44. Rachunek Buforowy byłby prowadzony oddzielnie dla subfunduszu DEK i GDEK.

45. Rezerwy rozwiązywane po zmarłych emerytach w każdym z istniejących subfunduszy DEK miałyby współtworzyć w odpowiednich proporcjach zyski techniczne wszystkich subfunduszy. Tzn. efekty śmiertelności byłyby rozkładane na członków wszystkich funduszy, którzy pozostają przy życiu. *Debata ...*, op. cit., s. 132.

46. Waloryzacja świadczeń z okresem gwarantowanym byłaby jeszcze wyższa, z uwagi na mniejsze ryzyko związane z oferowaniem renty w okresie gwarantowanym.

ujemnej<sup>47</sup>, gdyby środki Rachunku Buforowego łącznie z aktywami subfunduszy nie wystarczały na pokrycie całości obecnych i przyszłych zobowiązań wobec świadczeniobiorców (stanów rezerw naliczonych dla poszczególnych emerytów<sup>48</sup>).

Trzecia z koncepcji przygotowana została przez Urząd Komisji Nadzoru Finansowego i bazuje na wcześniejszej propozycji ekspertów Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan. Zakłada ona wypłatę emerytury kapitałowej wyłącznie w jednej formie – indywidualnej emerytury dożywotniej (bez okresu gwarantowanego). Emerytura byłaby liczona według formuły identycznej jak w części repartycyjnej (podzielenie kapitału przez dalsze przeciętne trwanie życia wynikające z aktualnych tablic GUS) oraz podlegałaby takiej samej waloryzacji jak świadczenie z I filara (wzrost o inflację powiększoną o min. 20 proc. realnego wzrostu płac). Aktywa zgromadzone w OFE pozostawałyby jednak na rynku finansowym.

W momencie przejścia na emeryturę przez członka OFE, jego środki przekazywane byłyby w zarządzanie jednemu z powszechnych towarzystw emerytalnych. Wybór towarzystwa nie miałby jednak charakteru indywidualnego (emeryt nie otrzymywałby informacji o danych instytucji zarządzającej środkami). Aktywa osób przechodzących w danym roku na emeryturę byłyby przydzielane wszystkim PTE działającym na rynku w proporcji<sup>49</sup> zależnej od wysokości posiadanych kapitałów (wymóg adekwatności kapitałowej) oraz efektywności inwestycyjnej (osiąganej wcześniej stopy zwrotu z lokowania środków).

Środki osób przechodzących na emeryturę przekazane z OFE tworzyłyby Fundusze Wypłat Emerytalnych (FWE) i byłyby zarządzane przez PTE w okresie pierwszych 12 lat pobierania świadczenia przez ubezpieczonych. W tym czasie PTE musiałyby co miesiąc przekazywać do FUS określoną kwotę służącą sfinansowaniu kapitałowej części łącznej emerytury wypłacanej przez ZUS.<sup>50</sup> Zarządzający funduszami musieliby przy tym gwarantować stopę zwrotu odpowiadającą wskaźnikowi waloryzacji świadczeń w części repartycyjnej, inwestując środki z uwzględnieniem określonych limitów inwestycyjnych.<sup>51</sup> Nadwyżka osiągnięta ponad tę stopę byłaby natomiast przekazywana do FUS po upływie okresu 12 lat lub w razie wcześniejszej śmierci emeryta, razem z pozostałą niewykorzystaną dotychczas częścią kapitału danego świadczeniobiorcy. Po okresie 12 lat za wypłatę całości emerytury odpowiadałby ZUS, a świadczenie byłoby w całości finansowa-

47. Propozycja zakłada, że PTE pobierałyby opłatę za zarządzanie w wysokości 0,24 proc. rocznie od aktywów netto w obu subfunduszach, oraz opłatę 1,2 proc. lub 0,96 proc. od dodatknych stanów Rachunków Buforowych prowadzonych odpowiednio dla DEK i GDEK. Gdyby Rachunki Buforowe wykazywały stany ujemne, opłata za zarządzanie naliczana od aktywów subfunduszu byłaby pomniejszana o 6 proc. lub 4,80 proc. rocznie od ujemnego stanu Rachunku Buforowego prowadzonego odpowiednio dla DEK lub GDEK.

48. Wielkość tych zobowiązań odpowiadałaby iloczynowi kwoty świadczenia emerytalnego i przeciętnego dalszego trwania życia emeryta wyrażonego w miesiącach.

49. Proponowany wzór na wagi poszczególnych podmiotów stosowane do przydziału aktywów został opublikowany w: *Debata...*, op. cit., s. 125.

50. Projekt zakłada, że co miesiąc PTE przekazywałyby 1/144 kapitału konkretnej osoby do FUS, tj. proporcję wynikającą z długości okresu zarządzania środkami przez PTE, a nie kwotę odpowiadającą faktycznie wypłacanej emeryturze. Środki emerytów byłyby zatem przekazywane do FUS szybciej, niż wynika to z dalszego trwania życia świadczeniobiorców.

51. Projekt nie precyzuje limitów inwestycyjnych. Wymóg osiągnięcia określonej stopy zwrotu oznacza, że gdy PTE nie wypracują wymaganego zysku, powstanie w funduszu niedobór, który będzie musiał zostać pokryty przez PTE. Gwarancja ta spowoduje stosowanie konserwatywnej polityki inwestycyjnej. Zwłaszcza że udział PTE w zyskach ponad wymaganą stopę zwrotu ma być na umiarkowanie niskim poziomie.

ne z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ryzyko długowieczności zostałyby zatem przeniesione na instytucję publiczną, co faktycznie oznacza obciążenie przyszłych pokoleń kosztami wypłaty emerytur przez okres przeciętnie dłuższy niż wynikający z tablic stosowanych przy ustalaniu pierwszego świadczenia emerytalnego.

#### 4. Ocena proponowanych koncepcji z punktu widzenia świadczeniobiorcy

Wszystkie zaprezentowane koncepcje zmiierają w kierunku zaproponowania wypłaty świadczeń emerytalnych w jednej formie oraz zakładają udział emeryta w zyskach z inwestowania kapitałów, chociaż w różnym zakresie. Poniżej zaprezentowano zestawienie zalet i wad trzech propozycji w oparciu o podstawową charakterystykę zgłoszonych pomysłów.

**Tabela 1. Wady i zalety poszczególnych koncepcji wypłaty świadczeń z kapitałowej części systemu emerytalnego**

	Koncepcja ZUS	Koncepcja PTE	Koncepcja KNF
Zalety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jeden prosty i przejrzysty produkt,</li> <li>• aktywa inwestowane na rynku finansowym,</li> <li>• eliminacja antyselekcji,</li> <li>• ryzyko demograficzne i finansowe ponoszone przez FUS,</li> <li>• udział emerytów w zyskach z inwestycji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwość wyboru produktu i instytucji,</li> <li>• takie same zasady obliczania świadczeń w I i II filarze,</li> <li>• rynkowy charakter,</li> <li>• konkurencja inwestycyjna,</li> <li>• efektywność inwestycyjna,</li> <li>• możliwość zmiany produktu i instytucji,</li> <li>• eliminacja antyselekcji,</li> <li>• udział emerytów w zyskach z inwestycji,</li> <li>• dopuszczenie innych podmiotów i szansa powstania nowych PTE,</li> <li>• minimalne koszty zarządzania ryzykiem demograficznym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jeden prosty i przejrzysty produkt,</li> <li>• takie same zasady obliczania świadczeń w I i II filarze,</li> <li>• rynkowy charakter,</li> <li>• konkurencja inwestycyjna,</li> <li>• efektywność inwestycyjna?</li> <li>• eliminacja antyselekcji,</li> <li>• szansa powstania nowych PTE,</li> <li>• udział emerytów w zyskach inwestycyjnych,</li> <li>• ryzyko demograficzne przeniesione do FUS,</li> <li>• zwiększenie płynności FUS w krótkim okresie.</li> </ul>
Wady	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problem ustalania tablic prospektywnych,</li> <li>• odmienne obliczanie świadczeń w I i II filarze,</li> <li>• brak konkurencji inwest.,</li> <li>• brak gwarantowanej stopy zwrotu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skomplikowany system rozliczeń,</li> <li>• zakres wymaganego nadzoru,</li> <li>• brak gwarantowanej stopy zwrotu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• korzyści inwestycyjne przejmowane w dużej mierze przez FUS,</li> <li>• brak możliwości wyboru produktu i instytucji.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższym zestawieniem, wszystkie koncepcje przewidują bardzo ograniczony wybór świadczenia emerytalnego (emerytura dożywotnia, z ewentualną opcją wykupienia okresu gwarantowanego – koncepcja PTE). W każdej z propozycji środki miałyby pozostać na rynku finansowym, jednak różny byłby sposób wyboru podmiotu nimi zarządzającego. W koncepcji ZUS zarządzający byłby wyłaniany w drodze konkursu, w przypadku propozycji PTE – w drodze decyzji emeryta, a według pomysłu KNF – w drodze przydziału zależnego od poziomu bezpieczeństwa

kapitałowego i wcześniejszej efektywności inwestycyjnej danej instytucji. Wszystkie rozwiązania zawierają mechanizmy eliminujące antyselekcję, a tylko jedno z nich – koncepcja PTE – redukuje znacznie ryzyko demograficzne związane z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia. W pozostałych dwóch koncepcjach ryzyko to zostało przeniesione na FUS, co oznacza, że ewentualne efekty niedoszacowania przeciętnego dalszego trwania życia będą musiały zostać sfinansowane przez wpłaty wnoszone w formie składek lub podatków przez<sup>52</sup> kolejne pokolenia. Koncepcja KNF zakłada ponadto szybsze przekazywanie kapitałów emerytalnych przez PTE do FUS, niż wynika to z wysokości świadczeń wypłacanych emerytom, co w krótkim okresie wpłynie na poprawę sytuacji finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, powodując jednak przesunięcie problemu niedoboru z FUS na kolejne okresy. Dzięki powstaniu rynku podmiotów zarządzających aktywami zgromadzonymi w OFE (wszystkie trzy koncepcje) możliwe jest pojawienie się na rynku nowych podmiotów, które będą zainteresowane prowadzeniem takiej działalności.

Tylko koncepcja PTE zakłada pozostawienie ubezpieczonym wyboru co do formy oraz instytucji wypłacającej świadczenie. Ponadto decyzja ta nie będzie ostateczna (emeryt będzie mógł zmienić instytucję i formę), co ma wpływ na poziom konkurencji i efektywności funkcjonowania PTE. Czyśte świadczenie dożywotnie pochodzące z części kapitałowej jest według wszystkich koncepcji wyliczane jako ilorzaz stanu rachunku w OFE i przeciętnego dalszego trwania życia wyrażonego w miesiącach. Propozycja ZUS zakłada jednak, że drugi z parametrów będzie pochodził z tablic prospektywnych, a nie bieżących tablic publikowanych przez GUS. Spowoduje to odmienność stawek emerytur liczonych na podstawie stanu kont z I i II filara i może być niezrozumiałe (a także trudne do zaakceptowania) dla ubezpieczonych. Świadczenia oferowane na podstawie przedstawionych propozycji różnią się również pod względem zasad waloryzacji, udziału świadczeniobiorców w zyskach oraz poziomu potencjalnego zysku z inwestycji (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie koncepcji wypłaty emerytur z punktu widzenia parametrów świadczenia

Elementy systemu	Koncepcja ZUS	Koncepcja PTE	Koncepcja KNF
Sposób obliczania pierwszego świadczenia	Odmienny niż w części repartycyjnej (tablice prospektywne)	Taki sam jak w części repartycyjnej (lub skorygowany w razie nabycia okresu gwarantowanego)	Taki sam jak w części repartycyjnej
Okres gwarantowany	Nie	Nie/Tak (opcjonalnie)	Nie
Waloryzacja	<Inflacja; stopa waloryzacji w I filarze> Zależna od wyników inwestycyjnych	<0; stopa zwrotu z inwestycji po uwzględnieniu zmian w śmiertelności> Zależna od wyników inwestycyjnych	Wskaźnik waloryzacji w pierwszym filarze
Udział w zysku z lokowania aktywów	Tak, limitowany z góry do wysokości waloryzacji w I filarze	Tak, Nielimitowany	Tak, ograniczony do gwarantowanej stopy zwrotu
Potencjalny poziom zysku z inwestycji	Niski/średni	Średni/wysoki	Niski/średni

Źródło: opracowanie własne.

52. Obciążenie to można byłoby oczywiście ograniczyć, gdyby tablice służące obliczaniu świadczeń z obu części systemu emerytalnego miały charakter prospektywny (zastąpiono by nimi obecnie stosowane tablice) lub gdyby uzależniono wskaźnik waloryzacji świadczeń od zmian w długości dalszego trwania życia. Przygotowanie tablic prospektywnych jest niestety bardzo trudne, a zmiany wskaźnika waloryzacji świadczeń są trudne do wprowadzenia ze względów społecznych.

Żadna z propozycji nie dopuszcza możliwości obniżenia świadczenia emerytalnego w okresie jego pobierania. Dolny limit waloryzacji jest najniższy w przypadku koncepcji PTE (0 proc.), w propozycji ZUS waloryzacja nie może być niższa od inflacji, natomiast w koncepcji KNF – świadczenia są podwyższane corocznie o wskaźnik równy dokładnie stopie waloryzacji emerytur w I filarze. W konsekwencji różne są również potencjalne maksymalne poziomy waloryzacji – w przypadku koncepcji ZUS w sytuacji osiągnięcia zadowalających wyników inwestycyjnych emerytury mogą być podwyższane o wskaźnik nie wyższy niż stopa waloryzacji w I filarze, natomiast propozycja PTE nie limituje możliwej waloryzacji z góry. Tempo podwyższania świadczeń jest ściśle związane z efektywnością inwestycyjną i poziomem udziału świadczeniobiorców w wypracowanym zysku. Pod tym względem najlepiej wypada koncepcja PTE, w której brak wymaganej stopy zwrotu, jednak nieoficjalnym benchmarkiem jest poziom waloryzacji w I filarze. Wobec braku konieczności zabezpieczenia się przed spadkiem stopy poniżej waloryzacji w I filarze, zarządzający mogą osiągać wyższe stopy zwrotu z dokonywanych inwestycji, a dodatkowo koncepcja ta nie limituje z góry udziału świadczeniobiorcy w dobrych wynikach z lokowania środków. W przypadku koncepcji ZUS i PTE, benchmark został określony jako poziom inflacji i waloryzacji w I filarze, co może doprowadzić do prowadzenia przez zarządzających aktywami konserwatywnej polityki inwestycyjnej pozwalającej na osiąganie stóp równych wyznaczonym gwarancjom. Rozwiązania te limitują udział świadczeniobiorców w potencjalnych ponadprzeciętnych zyskach – według koncepcji KNF stopa waloryzacji nie zależy od wyników inwestycyjnych i z punktu widzenia indywidualnego uczestnika systemu funkcjonuje tak, jak część repartycyjna (ubezpieczony nie wie, gdzie przekazano jego środki i nie jest informowany o wynikach inwestycyjnych).

Analiza porównawcza prowadzi zatem do wniosku, że gdyby przyjęć tę samą formułę obliczania świadczenia w momencie przechodzenia na emeryturę (te same tablice dalszego trwania życia), najważniejszym czynnikiem wyboru koncepcji – z punktu widzenia interesów świadczeniobiorcy – powinien być poziom udziału w zyskach z inwestycji, ich wysokość i bezpieczeństwo środków<sup>53</sup>.

## Podsumowanie

Wyplata świadczeń emerytalnych ze środków zgromadzonych na rachunkach w OFE jest przedmiotem dyskusji toczących się od momentu rozpoczęcia prac nad nowym systemem emerytalnym. Przez kilkanaście lat nie wypracowano jednak koncepcji, która zyskałaby akceptację wszystkich zainteresowanych stron. Opóźnienia w przygotowaniu docelowej koncepcji spowodowały, że dla pierwszych roczników osób przechodzących na emeryturę z nowego systemu w latach 2009–2013 wprowadzono rozwiązanie przejściowe w postaci wypłat programowanych z otwartych funduszy emerytalnych (emerytur okresowych) realizowanych do momentu ukończenia przez ubezpieczonych 65 lat. Taka forma świadczeń z kapitałowej części systemu jest wypłacana obecnie kilku tysiącom kobiet, będących nadal członkami otwartych funduszy emerytalnych. Dla potrzeb wdrożenia tego przejściowego rozwiązania uchwalono ustawę o emeryturach kapitałowych, regulującą formę wypłaty świadczeń emerytalnych. Przewiduje ona, że osoby przechodzące na emeryturę

---

53. Bezpieczeństwo może być osiągnięte poprzez odpowiednie regulacje, w tym dotyczące nadzoru nad działalnością instytucji wypłacających świadczenia emerytalne – m.in. określenie wymogów kapitałowych czy limitów inwestycyjnych.



w wieku co najmniej 65 lat powinny otrzymywać świadczenie dożywotnie nabywane za środki zgromadzone w OFE. Dotychczas nie wypracowano jednak rozwiązań regulujących funkcjonowanie podmiotów oferujących takie świadczenia.

Opracowanie docelowego systemu wypłaty świadczeń w kapitałowej części systemu emerytalnego jest sprawą bardzo pilną. Od 2014 r. na emeryturę zaczął przechodzić pierwszy 65-letni mężczyźni, będący uczestnikami nowego systemu emerytalnego. Również od tego roku kapitałowe emerytury dożywotnie powinny zostać obliczone dla pierwszych kobiet pobierających dotychczas emerytury okresowe. Stąd prace nad koncepcjami wypłaty świadczeń nabrały większego tempa i nadszedł czas na podjęcie ostatecznej decyzji co do kształtu brakującego elementu bazowego systemu emerytalnego.

Obecnie dyskutowane są trzy główne koncepcje wypłaty świadczeń przygotowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, powszechne towarzystwa emerytalne oraz Urząd Komisji Nadzoru Finansowego. Wszystkie koncepcje zmiierają w kierunku zaoferowania jednej formy świadczenia emerytalnego z ewentualną opcją okresu gwarantowanego oraz przewidują pozostawienie środków zgromadzonych w OFE na rynku finansowym. Odmiennie są natomiast założenia dotyczące podmiotów zarządzających kapitałami emerytalnymi, zasady ustalania i waloryzacji świadczeń emerytalnych oraz poziomu udziału świadczeniobiorców w zysku inwestycyjnym.

Koncepcja ZUS zakłada przejście zarządzania systemem wypłat z całego systemu bazowego przez te instytucje. Świadczenie byłoby obliczane z uwzględnieniem prospektywnych tablic przeciętnego dalszego trwania życia, co jest największą wadą tej propozycji. Zastosowanie tablic odmiennych niż te, które służą kalkulacji świadczenia z części repartycyjnej nie zyska raczej akceptacji społecznej, powodując dodatkowo sporo nieporozumień wśród ubezpieczonych. Pomysł zastosowania tablic prospektywnych rodzi dodatkowo pytanie o podmiot, który byłby odpowiedzialny za przygotowanie takich tablic w przyszłości.

Powszechne towarzystwa emerytalne zaproponowały utworzenie rynku wielu podmiotów (PTE) oferujących kapitałowe świadczenia emerytalne w dwóch formach: indywidualnej emerytury dożywotniej oraz indywidualnej emerytury dożywotniej z okresem gwarantowanym. Pierwsze ze świadczeń obliczane byłoby analogicznie jak emerytura z części repartycyjnej, wysokość drugiego byłaby natomiast nieco niższa z uwagi na wykupioną gwarancję. Rozwiązanie takie zakłada wybór ubezpieczonego w zakresie formy świadczenia, który jest dodatkowo wzmacniany przez możliwość zmiany formy i instytucji wypłacającej świadczenie w trakcie jego pobierania. Interesującym pomysłem jest stosowanie aktualnych tablic przeciętnego dalszego trwania życia, które byłyby corocznie korygowane dla potrzeb kalkulacji aktualnych zobowiązań wobec emerytów. W przypadku tej koncepcji problem stanowi jednak brak gwarancji co najmniej inflacyjnej waloryzacji świadczeń – emerytura nie może być co prawda obniżona, ale w okresach gorszych wyników inwestycyjnych może po prostu tracić siłę nabywczą. Dodatkowo w razie występowania na rynku wielu podmiotów oferujących emerytury oraz wobec konieczności stosowania mechanizmów neutralizujących ryzyko antyselekcji, niezbędny jest dobrze funkcjonujący nadzór nad rynkiem emerytalnym.

Trzecia z koncepcji, przygotowana przez KNF, łączy cechy dwóch poprzednich w celu zbudowania optymalnego mechanizmu, nie eliminuje jednak wszystkich wad wcześniej omówionych pomysłów, kreując jednocześnie możliwości wystąpienia innych niepożądanych zjawisk. Według tej propozycji ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych wypłacone zostałyby indywidualne emerytury dożywotnie, których wysokość wynikałaby z formuły emerytalnej

stosowanej w części repartycyjnej. Świadczenie byłoby waloryzowane tak samo jak emerytura z I filara, a zatem ubezpieczony nie widziałby żadnej różnicy w funkcjonowaniu obu części systemu. Podstawową wadą jest brak jakiegokolwiek wyboru ubezpieczonego oraz znaczne ograniczenie jego udziału w zyskach inwestycyjnych. Dodatkowo, określenie wymaganej stopy zwrotu na poziomie waloryzacji z I filara może spowodować przyjęcie przez zarządzających konserwatywnej strategii inwestycyjnej.

Podsumowując, każda z przedstawionych koncepcji ma wady i zalety. W praktyce trudno bowiem wypracować rozwiązanie idealne, które zaspokajałoby oczekiwania wszystkich uczestników systemu emerytalnego. Dokonując ostatecznego wyboru, należy się jednak kierować interesem ubezpieczonych. Nie chodzi wyłącznie o uwzględnienie sytuacji osób pobierających świadczenia emerytalne, ale również, a może przede wszystkim, o uwzględnienie interesu przyszłych pokoleń ubezpieczonych, które będą finansować system emerytalny w perspektywie kolejnych dziesięcioleci.

## Wykaz źródeł

- Acuña R., Iglesias A.P., *Chile's pension reform after 20 years*, World Bank 2001.
- Debata redakcyjna poświęcona propozycjom rozwiązań w zakresie wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 13 {2/2012}.
- Góra M., *Wypłata emerytur z systemu emerytalnego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2012 [materiał niepublikowany].
- Jak zapewnić godziwą emeryturę na przyszłość*, Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa 2011 [materiały z debaty emerytalnej].
- Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 marca 2012 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*.
- Leksykon Polityki Społecznej*, pod red. B. Rysz-Kowalczyk, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001.
- Otto W., *Koszty OFE a wysokość przyszłej emerytury. Jak podnieść bezpieczeństwo emerytalne*, w: *Raport rynku OFE*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową i AXA PTE SA, Warszawa 2009.
- Palacios R., Rofman R., *Annuity markets and benefit design in multipillar pension schemes: Experience and lessons from four Latin American countries*, World Bank, March 2001.
- Rocha R., Vittas D., Rudolph H.P., *Annuities and Other Retirement Products*, The World Bank, Washington 2011.
- Rudolph H.P., Schwarz A.M., *Organizing Benefit Payments from Private Pension Funds in Poland*, World Bank, December 2012.
- Rutecka J., *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012.
- Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012
- Ustawa z 18 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS.*
- Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych*, Dz. U. Nr 228, poz. 1507.
- Wypłata świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu emerytalnego. Opracowanie podsumowujące prace Zespołu do spraw efektywności otwartych funduszy emerytalnych w zakresie wypłaty świadczeń*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa, wrzesień 2012.

## Payment of pensions benefits from the capital part of the pension system in Poland

*The new pension system based on the defined contribution formula, which party uses capital financing, has been in operation for nearly 14 years. Until now, however, the form of and rules for payment of life annuities from the money collected in open pension funds have not been finally determined. The article presents possible forms of pension benefit payment and analyses the regulations related to forms of benefit payment from the base pension system currently in force in Poland. In the key part of the paper, the author describes the current concepts of payment of pension benefits from the system's capital part, and makes an attempt at assessing them from the perspective of interests of an open pension fund's member.*

**Key words:** pension, pension system, social provision, life annuity, capital pension system.

**DR JOANNA RUTECKA** – Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.



ARTUR MIKULEC

## Porównanie prywatnie zarządzanych planów emerytalnych – ujęcie OECD<sup>1</sup>

*W krajach Europy funkcjonuje wiele różnych systemów zabezpieczenia emerytalnego. Są one jednak na tyle zróżnicowane, że ich analiza porównawcza nastręcza wiele trudności. Od 2002 r. w krajach OECD rozwijany jest projekt pod nazwą Global Pension Statistics, mający na celu stworzenie podstaw metodologicznych analizy porównawczej prywatnie zarządzanych planów emerytalnych oraz budowę bazy danych wskaźników finansowych służących do ich charakterystyki. Głównym celem artykułu jest przedstawienie klasyfikacji OECD prywatnie zarządzanych planów emerytalnych oraz prezentacja wybranych danych statystycznych z zakresu skuteczności (i efektywności) ich funkcjonowania. Uzupełnienie pracy stanowi zestawienie innych badań porównawczych w kontekście zabezpieczenia emerytalnego, które pojawiły się w literaturze w ciągu ostatnich kilku lat.*

**Słowa kluczowe:** system zabezpieczenia emerytalnego, klasyfikacja OECD, prywatnie zarządzany plan emerytalny, fundusz emerytalny, stopa zwrotu, efektywność.

### Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele klasyfikacji systemów emerytalnych. Jedną z pierwszych klasyfikacji systemów emerytalnych – tzw. klasyczna, oparta przede wszystkim na kryterium podmiotowym, ale też dochodowym – omawiana w polskiej literaturze [Golinowska 1993, 1994] wywodzi się z koncepcji trzech filarów zaopatrzenia dochodowego na starość [Roberts 1993]. Wyróżniła ona w systemie emerytalnym (filar I) część bazową, podstawową (*basic*) organizowaną przez państwo oraz (filar II) część dodatkową, uzupełniającą<sup>2</sup> (*supplementary*) organizowaną przez pracodawców. Filar III stanowiły programy oferowane przez towarzystwa

1. Temat w pierwotnej wersji został zaprezentowany podczas VI międzynarodowej konferencji naukowej *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, która odbyła się w dniach 21–23 maja 2012 r. w Rydzynie.
2. W opisach systemów terminy „dodatkowe” i „uzupełniające” niekiedy się rozróżnia, używając określenia „dodatkowe”, gdy dana część II filaru ma charakter dobrowolny wobec systemu bazowego oraz określenia

ubezpieczeń na życie, fundusze, banki – na życzenie gospodarstw domowych. Biorąc pod uwagę kryterium podmiotu inicjującego zabezpieczenie, filar I systemu emerytalnego miał zatem charakter powszechny, społeczny, publiczny, filar II – zakładowy<sup>3</sup>, a filar III – indywidualny [Szumlicz, Żukowski 2004; Szumlicz 2006]. Do klasycznej trójfilarowej prezentacji systemu emerytalnego odwołuje się też w swoich koncepcjach zmian systemów emerytalnych Unia Europejska oraz Międzynarodowa Organizacja Pracy [Czajka 2003].

W latach 90. przez Bank Światowy [World Bank 1994] wylansowana została klasyfikacja systemu emerytalnego oparta na zasadzie przystąpienia (obowiązkowe, dobrowolne) oraz na zasadzie finansowania (repartycyjne, kapitałowe), która nie jest klasycznym ujęciem trójfilarowym, gdyż nie opisuje przyjętych rozwiązań systemu według kryterium podmiotowego i dochodowego. Zyskała ona jednak popularność i jest stosowana w Polsce. Za wadę tej klasyfikacji należy uznać to, że w szczególności eksponuje rozwiązania kapitałowe, nie pokazuje jednoznacznie podmiotów-inicjatorów zabezpieczenia emerytalnego oraz niewłaściwie obrazuje standard i narastanie dochodów emerytalnych [Szumlicz, Żukowski 2004]. Niemniej jednak według powyższej koncepcji w Polsce filar I (zarządzany publicznie) należy uznać za obowiązkowy i repartycyjny, filar II (zarządzany prywatnie) za obowiązkowy i kapitałowy – przy czym w tej prezentacji filar I i II stanowią część publiczną – a filar III, stanowiący część prywatną, za dobrowolny i kapitałowy.

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej i jej uczestnictwem w Metodzie Otwartej Koordynacji (MOK) pojawiła się konieczność zmodyfikowania klasyfikacji Banku Światowego w kierunku prezentacji odwołującej się do kryterium podmiotowego. Należy wówczas „polskie, według koncepcji Banku Światowego” filary I i II potraktować jako „europejski, według Unii Europejskiej” filar I. Natomiast „polski” filar III podzielić na dwa „europejskie”: filar II („polskie” Pracownicze Programy Emerytalne – PPE) oraz filar III („polskie” Indywidualne Konta Emerytalne – IKE oraz Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego – IKZE) [Szumlicz 2006].

Warto w tym momencie wspomnieć również o innej klasyfikacji systemów emerytalnych Banku Światowego i Międzynarodowego Funduszu Walutowego [Holzmann, Hinz 2005], w której wyróżnia się pięć filarów opartych na zasadzie przystąpienia (przez afiliację, obowiązkowe, dobrowolne) oraz na zasadzie finansowania (poprzez budżet, składki, aktywa finansowe i niefinansowe). Jest ona lepsza od poprzedniej trójfilarowej klasyfikacji Banku Światowego, gdyż ukazuje złożoność systemów i ich reformowania, a ponadto nie ma w niej przesądzenia, jaka koncepcja zmian w systemie emerytalnym jest najlepsza [Szumlicz 2006].

Należy zauważyć, że przede wszystkim dynamiczny rozwój oraz liczne reformy systemów emerytalnych w Europie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat sprawiły, że wielostopniowe systemy emerytalne funkcjonujące w poszczególnych krajach stawały się w swojej konstrukcji coraz bardziej złożone i zróżnicowane (różnorodność rozwiązań<sup>4</sup>). Niemniej jednak to także różne i częściowo przenikające się klasyfikacje – w których nieco inaczej rozumiany jest I, II i III filar, co zostało pokazane wyżej – nie ułatwiają analizy porównawczej systemów, zarówno od strony

---

„uzupełniające”, gdy dana część II filaru ma charakter obligatoryjny wobec systemu bazowego [Golinowska 1994, s. 19]. Gdy jednak mówi się ogólnie o II filarze, używa się jednego określenia „systemy dodatkowe”.

3. Okazuje się jednak, że nie do końca uzasadnione jest nazywanie systemu dodatkowego, zakładowego (II filar) systemem prywatnym – po pierwsze, instytucje publiczne także organizują emerytury dodatkowe, a po drugie, emerytury w sektorze prywatnym mogą być przymusowe i podlegać ograniczeniom wynikającym z nadzoru [Golinowska 1994, s. 23].
4. Z tego też powodu dodatkowe systemy emerytalne nie zostały objęte Metodą Otwartej Koordynacji (MOK).

teoretycznej (programów – planów), jak i empirycznej (zbierania danych statystycznych, analizy skuteczności i efektywności). Powyższe czynniki powodują, że zestawienie i porównanie wyników działalności części systemu zabezpieczenia emerytalnego, która w danym kraju uznawana jest za inną niż bazowa, tj. zakładowa i indywidualna – w rozumieniu klasycznej klasyfikacji – następuje z wieloma trudnościami. Tymczasem według Komisji Europejskiej to właśnie jej rola w zapewnieniu adekwatnych emerytur będzie wzrastać [European Commission 2010a, 2010b, 2012].

Głównym celem artykułu jest omówienie kolejnej klasyfikacji – klasyfikacji OECD prywatnie zarządzanych programów emerytalnych oraz przedstawienie wybranych, porównywalnych danych statystycznych z zakresu skuteczności (i efektywności) ich funkcjonowania. W dalszej części pracy dokonano zestawienia innych badań porównawczych w kontekście zabezpieczenia emerytalnego, które pojawiły się w literaturze w ciągu ostatnich kilku lat.

## 1. Klasyfikacja OECD planów emerytalnych<sup>5</sup>

Od 2002 r. w OECD rozwijany jest projekt pod nazwą Global Pension Statistics (GPS), mający na celu opracowanie podstaw metodologicznych dla analizy porównawczej prywatnie zarządzanych programów emerytalnych [OECD 2004, OECD 2005a] oraz stworzenie spójnej klasyfikacji planów emerytalnych, będącej podstawą budowy bazy danych wskaźników służących do oceny ich funkcjonowania [OECD 2005b]. Zaproponowana klasyfikacja oraz wykaz używanych terminów zostały zaakceptowane przez 30 krajów OECD<sup>6</sup> i stanowią kompromis pomiędzy istniejącymi w literaturze klasyfikacjami wielostopniowych systemów emerytalnych, m.in. Międzynarodowej Organizacji Pracy czy Banku Światowego, przy czym klasyfikacja OECD systemów emerytalnych jest bardziej podobna do klasyfikacji stosowanej przez Komisję Europejską (Unię Europejską).

Pod pojęciem **planu emerytalnego** (lub planu dochodów emerytalnych) rozumie się prawnie wiążącą umowę o jasno zdefiniowanym celu emerytalnym, z której nie mogą być w ogóle lub bez znaczącej kary wypłacane świadczenia, dopóki beneficjent nie osiągnie ustawowo określonego wieku emerytalnego. Umowa planu emerytalnego i jej postanowienia mogą być częścią umowy pracowniczej, mogą być sprecyzowane w dalszych dokumentach lub określone przez prawo. Plany emerytalne oprócz posiadanego celu emerytalnego mogą oferować dodatkowe świadczenia na wypadek choroby, niepełnosprawności i śmierci.

Podstawowym podziałem stosowanym przez OECD jest podział na **zarządzane publicznie** (*public*) oraz **prywatnie** (*private*) plany emerytalne. Do publicznych zalicza się zabezpieczenie społeczne oraz podobne ustawowe programy zarządzane przez jednostki sektora publicznego na różnym szczeblu administracji rządowej, władz regionalnych lub lokalnych, czy inne instytucje zabezpieczenia społecznego. Publiczne plany emerytalne są zazwyczaj finansowane reperytywnie, na zasadzie PAYG (*pay-as-you-go*), ale niektóre kraje OECD mają tutaj plany częściowo kapitałowe lub zastąpione przez plany zarządzane prywatnie. Do prywatnych zalicza się plany emerytalne administrowane przez instytucje niebędące częścią sektora publicznego. Prywatne plany emerytalne mogą być zarządzane bezpośrednio przez pracodawcę, fundusz emerytalny czy

5. Podane definicje zostały zaczerpnięte z publikacji [OECD 2005b] i są dostępne w słowniku pojęć statystycznych OECD, *The OECD Glossary of Statistical Terms*, <http://stats.oecd.org/glossary/index.htm>.

6. W 2010 r. do OECD przystąpiły cztery kraje: Chile, Słowenia, Izrael oraz Estonia.

innego dostawcę planu z sektora prywatnego. Prywatnie zarządzane plany emerytalne bywają uzupełnieniem lub substytutem publicznie zarządzanych planów emerytalnych – w niektórych krajach w ich skład mogą również wchodzić plany emerytalne pracowników sektora publicznego.

Kolejny kluczowy podział programów emerytalnych odnosi się do ich **zakładowego** (*occupational*) oraz **indywidualnego** (*personal*) charakteru. Dostęp do planów zakładowych jest powiązany z zatrudnieniem albo zawodową relacją między uczestnikiem planu a podmiotem inicjującym plan (*sponsor*). Zakładowe plany emerytalne mogą być powoływane przez pracodawców albo ich grupy i stowarzyszenia, wspólnie lub osobno. Mogą być administrowane bezpośrednio przez podmiot organizujący plan albo podmiot niezależny – fundusz emerytalny lub instytucję finansową pełniącą obowiązki dostawcy planu. Wśród nich wyróżnia się plany o charakterze obowiązkowym i dobrowolnym:

- **obowiązkowe zakładowe** (*mandatory occupational*) programy emerytalne to takie, których oferowanie przez pracodawców jest obowiązkowe. Pracodawcy są zobligowani przez prawo do ustanowienia planu – muszą go przygotować oraz pobierać składkę, a od pracowników wymaga się uczestnictwa w tym planie. Jeżeli pracodawcy są zobligowani do ustanowienia zakładowego planu emerytalnego, ale uczestnictwo w nim pracownika odbywa się na zasadzie dobrowolności, to taki plan również jest traktowany jako obowiązkowy,
- **dobrowolne zakładowe** (*voluntary occupational*) programy emerytalne to takie, których ustanowienie przez pracodawców na rzecz pracowników jest dobrowolne – dotyczy to również planów, w których uczestnictwo pracowników jest automatyczne i jest zapisane jako część umowy pracowniczej lub planów, w których prawo zobowiązuje pracowników do uczestnictwa w planach powołanych przez pracodawców na zasadzie dobrowolności. W niektórych krajach pracodawcy mogą na zasadzie dobrowolności ustanawiać zakładowe plany emerytalne, które dostarczają świadczenia co najmniej częściowo zastępujące świadczenia z publicznego systemu zabezpieczenia społecznego. Plany takie również są klasyfikowane jako dobrowolne, nawet jeżeli pracodawca musi kontynuować ich organizację, aby były (co najmniej częściowo) wolne od składek na ubezpieczenie społeczne.

Dostęp do indywidualnych programów emerytalnych nie jest powiązany relacją zatrudnienia. Tego rodzaju plany są ustanawiane i zarządzane bezpośrednio przez fundusz emerytalny lub instytucję finansową pełniącą obowiązki dostawcy planu, bez żadnego wpływu ze strony pracodawców – pracodawca może jednak pośredniczyć w odprowadzaniu składek do indywidualnego planu emerytalnego. Niektóre indywidualne plany emerytalne mogą mieć ograniczone członkostwo, niemniej jednak wśród nich także wyróżniono plany o charakterze obowiązkowym i dobrowolnym:

- **obowiązkowe indywidualne** (*mandatory personal*) plany emerytalne to takie, do których osoby fizyczne muszą przystąpić, albo takie, które są właściwe do przyjmowania obowiązkowych składek emerytalnych. Uczestnicy planu mogą być zobowiązani do wnoszenia składek do określonego lub wybranego programu emerytalnego,
- **dobrowolne indywidualne** (*voluntary personal*) plany emerytalne to takie, w których członkostwo osób fizycznych jest dobrowolne, tzn. nie są one zobligowane przez prawo do uczestnictwa w tych planach. Członkowie tego rodzaju planów nie są zobowiązani do wnoszenia składek emerytalnych. Dobrowolne indywidualne plany emerytalne obejmują też plany, do których muszą przyłączyć się osoby, które wybrały zastąpienie części swojego świadczenia z zabezpieczenia społecznego przez ten rodzaj planów emerytalnych.

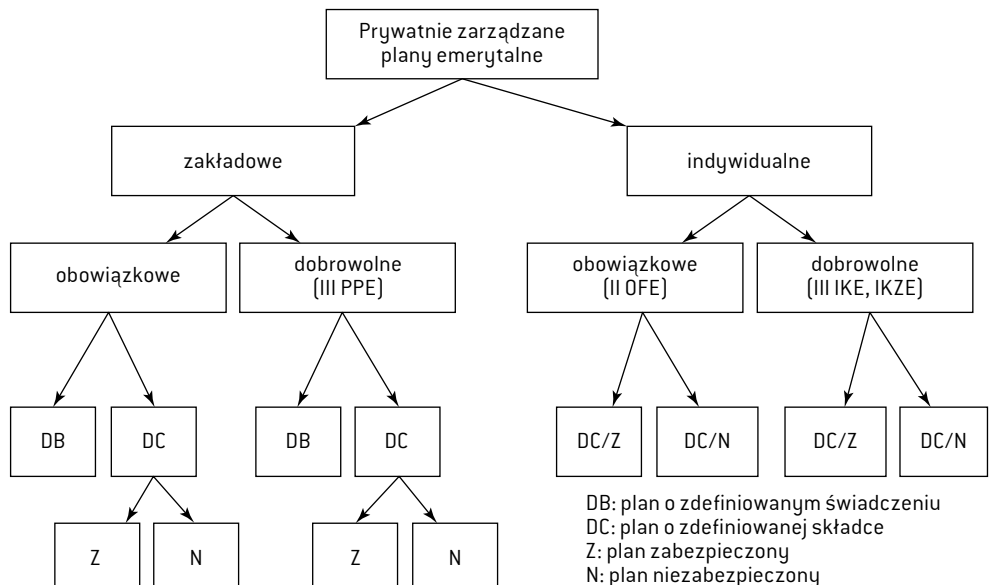


Dodatkowe kryterium stosowane przy klasyfikacji **zakładowych** planów emerytalnych dotyczy sposobu (mechanizmu) ich finansowania; z tego punktu widzenia wyróżnia się:

- **plan zakładowy o zdefiniowanej składce DC** (*defined contribution occupational pension plan*) to pracowniczy program emerytalny, w którym podmiot inicjujący plan (zob. program zakładowy) płaci ustalone składki i nie ma prawnego ani zwyczajowo oczekiwanego zobowiązania do płacenia dodatkowych składek do trwającego planu w przypadku niepowodzenia planu – „niekorzystnego doświadczenia”; podstawą obliczania wysokości świadczenia emerytalnego są wpłacone składki;
- **tradycyjny plan zakładowy o zdefiniowanym świadczeniu DB** (*traditional defined benefit occupational pension plan*) to program, w którym wysokość świadczenia nie jest ustalana na podstawie wpłaconych składek, lecz formuły uwzględniającej: wysokość płac i wynagrodzeń oraz długość okresu zatrudnienia uczestnika planu lub inne czynniki;
- **hybrydowy plan zakładowy o zdefiniowanym świadczeniu DB** (*hybrid defined benefit occupational pension plan*) to program, w którym wysokość świadczenia zależy od stopy zwrotu ze składek, przy czym ta stopa zwrotu jest określona w planie emerytalnym niezależnie od rzeczywistej stopy zwrotu z aktywów uzupełniających (np. stała, indeksowana względem portfela rynkowego, związana z wynagrodzeniem lub wzrostem zysku), lub obliczonej w odniesieniu do rzeczywistej stopy zwrotu z aktywów uzupełniających i gwarantowanej minimalnej stopy zwrotu określonej w planie;
- **mieszany plan zakładowy o zdefiniowanym świadczeniu DB** (*mixed defined benefit occupational pension plan*) to program, który ma dwa oddzielne komponenty (o zdefiniowanym świadczeniu DB i zdefiniowanej składce DC) traktowane jako części tego samego planu.

W klasyfikacji OECD szczególny nacisk położony został na **prywatnie zarządzane plany emerytalne** (zob. rys. 1).

Rys. 1. Prywatnie zarządzane plany emerytalne według klasyfikacji OECD (podział funkcjonalny)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2005b, OECD 2012a].

Z punktu widzenia charakteru redystrybucyjnego prywatnie zarządzane plany emerytalne sklasyfikowano na: kapitałowe, finansowe, rzeczywiste (*funded*), repartycyjne, niefinansowe, nierzeczywiste (*unfunded*) oraz oparte na rezerwie księgowej (*book reserved*). Większość krajów OECD nie pozwala jednak na konstrukcję prywatnie zarządzanych programów emerytalnych finansowanych repartycyjnie i opartych na rezerwie księgowej, dlatego też większość z nich ma charakter kapitałowy [zob. Tabl. 1]<sup>7</sup>.

Zgodnie z definicją, **kapitałowe plany emerytalne** (*funded pension plans*) to zakładowe lub indywidualne plany emerytalne, w których gromadzi się aktywa w celu pokrycia pieniężnych zobowiązań (emerytalnych) planu. Aktywa planu są zagwarantowane prawnie lub przez umowę, a ich wykorzystanie jest zwykle ograniczone do wypłaty świadczeń z planu emerytalnego. Kapitałowe plany emerytalne mogą mieć formę **funduszu emerytalnego** (*pension funds*) lub **umowy o ubezpieczenie emerytalne** (*pension insurance contract*). Fundusz emerytalny to pula aktywów stanowiących niezależną osobowość prawną, które są wykupywane za pomocą składek planu emerytalnego, w wyłącznym celu sfinansowania świadczeń z tytułu posiadania planu emerytalnego. Członkowie planu/funduszu mogą, zgodnie z zasadami prawa lub na podstawie umowy, występować z roszczeniami dotyczącymi aktywów funduszu. Fundusze emerytalne mogą przyjmować formę podmiotu gospodarczego posiadającego osobowość prawną o szczególnym przeznaczeniu (jak np. trust, fundacja lub spółka) lub prawnie wyodrębnionego funduszu nieposiadającego osobowości prawnej, zarządzanego przez specjalnie wyznaczony podmiot (przedsiębiorstwo zarządzające funduszem emerytalnym, towarzystwo emerytalne) lub inną instytucję finansową w imieniu członków planu/funduszu. Z kolei umowa o ubezpieczenie emerytalne to umowa, która określa plan składek emerytalnego ubezpieczenia, na którego podstawie wypłacone zostanie świadczenie, jeśli uczestnik planu osiągnie określony wiek emerytalny lub wcześniej wystąpi z uczestnictwa w tym planie.

W klasyfikacji OECD z punktu widzenia funduszu emerytalnego lub dostawcy planu emerytalnego wyróżniono również niezabezpieczone (*unprotected*) i zabezpieczone (*protected*) plany emerytalne – indywidualne lub zakładowe o zdefiniowanej składce DC. Niezabezpieczone to takie plany emerytalne, w których sam fundusz lub dostawca planu nie oferuje żadnej stopy zwrotu z inwestycji, gwarancji świadczeń ani stopy zastąpienia. Z kolei zabezpieczone plany emerytalne to plany z wyżej wymienionymi gwarancjami.

Mając na uwadze główne kryteria klasyfikacji OECD systemów emerytalnych, poszczególne filary **polskiego systemu emerytalnego** należy sklasyfikować następująco [zob. Rys. 1]:

- filar I (nowy i stary) – zarządzane publicznie zabezpieczenie społeczne (*public, social security*),
- filar II (OFE) – zarządzane prywatnie, indywidualne i obowiązkowe plany emerytalne (*private personal mandatory pension plans*),
- filar III (PPE) – zarządzane prywatnie, zakładowe i dobrowolne plany emerytalne (*private occupational voluntary pension plan*),
- filar III (IKE, IKZE) – zarządzane prywatnie, indywidualne i dobrowolne plany emerytalne (*private personal voluntary pension plan*).

7. Szczegółowe informacje na temat planów emerytalnych niefinansowych oraz opartych na rezerwie księgowej odnaleźć można w publikacji [OECD 2005b, s. 15].

Tablica 1 prezentuje szczegółową klasyfikację prywatnie zarządzanych planów emerytalnych 30 krajów OECD.

Tabl. 1. Prywatnie zarządzane plany emerytalne 30 krajów OECD

KRAJ	Kapitałowe plany emerytalne ( <i>funded pension plans</i> )				Oparte na rezerwie księkowej ( <i>book reserve</i> )
	Zakładowe ( <i>occupational</i> )		Indywidualne ( <i>personal</i> )		
	Obowiązkowe i quasi-obowiązkowe ( <i>mandatory and quasi-mandatory</i> )	Dobrowolne ( <i>voluntary</i> )	Obowiązkowe i quasi-obowiązkowe ( <i>mandatory and quasi-mandatory</i> )	Dobrowolne ( <i>voluntary</i> )	
Australia	✓	✓	✓	✓	
Austria		✓		✓	✓
Belgia		✓		✓	
Dania	✓	✓	✓	✓	
Finlandia	✓	✓		✓	✓
Francja		✓		✓	✓
Grecja		✓		✓	
Hiszpania		✓		✓	✓
Holandia	✓	✓		✓	
Irlandia		✓		✓	
Islandia	✓	✓		✓	
Japonia		✓		✓	
Kanada		✓		✓	✓
Korea południowa		✓		✓	✓
Luksemburg		✓		✓	✓
Meksyk		✓	✓	✓	✓
Niemcy		✓		✓	✓
Norwegia	✓	✓		✓	
Nowa Zelandia		✓	✓	✓	
Polska		✓	✓	✓	
Portugalia		✓		✓	
Republika Czeska				✓	
Słowacja		✓	✓	✓	
USA		✓		✓	
Szwajcaria	✓	✓		✓	
Szwecja	✓	✓	✓	✓	✓
Turcja	✓	✓		✓	
Węgry			✓	✓	
Wielka Brytania		✓		✓	
Włochy		✓		✓	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [OECD 2009].

## 2. Wybrane dane statystyczne z zakresu prywatnie zarządzanych planów emerytalnych krajów OECD

Dane statystyczne z zakresu prywatnie zarządzanych planów emerytalnych krajów OECD gromadzone w ramach projektu *Global Pension Statistics* są dostępne na stronie internetowej projektu<sup>8</sup> lub w bazie *OECD.StatExtracts*<sup>9</sup>; dotyczą m.in.:

- struktury planów emerytalnych:
  - aktywów według sposobu finansowania świadczeń prywatnych planów emerytalnych (fundusz emerytalny, umowa ubezpieczenia emerytalnego, rezerwa księgową) w proc. ogółu aktywów prywatnie zarządzanych planów emerytalnych,
  - aktywów zakładowych funduszy emerytalnych w proc. PKB,
  - aktywów indywidualnych funduszy emerytalnych w proc. PKB,
- zasobów i inwestycji funduszy emerytalnych:
  - aktywów funduszy emerytalnych w proc. PKB (zob. Tabl. 2),
  - geograficznego rozkładu aktywów funduszy emerytalnych w krajach OECD (dla krajów z największymi aktywami),
  - alokacji aktywów,
- świadczeń i składek funduszy emerytalnych w proc. PKB,
- kosztów operacyjnych funduszy emerytalnych w proc. aktywów ogółem (zob. Rys. 2) .

Dla przykładu, w Tablicy 2 zaprezentowano udział aktywów funduszy emerytalnych poszczególnych krajów w relacji do ich PKB (w proc.) w latach 2005–2011, który ukazuje „wielkość” funduszy w relacji do gospodarki danego kraju i jest miarą „dojrzałości” finansowych planów emerytalnych. Dla Polski, która ma zarządzane prywatnie zarówno indywidualne programy emerytalne w postaci funduszy emerytalnych (II, OFE), jak i zakładowe (III, PPE) udział zgromadzonych w nich aktywów w proc. PKB wzrósł w latach 2005–2007 z 8,72 proc. do 12,16 proc., w 2008 r. spadł do poziomu 10,98 proc., a następnie ponownie wzrósł do 15,79 proc. w 2010 r. i nieznacznie obniżył się do 15,02 proc. w 2011 r. Niemniej jednak w całym okresie kształtował się na poziomie wyższym niż w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej – w Niemczech, Republice Czeskiej, na Słowacji czy na Węgrzech<sup>10</sup>.

Jednym ze wskaźników analizy efektywności prywatnie zarządzanych, finansowych programów emerytalnych może być udział całkowitych kosztów operacyjnych funduszy emerytalnych w relacji do całkowitych aktywów zarządzanych przez tego rodzaju fundusze. Całkowite koszty operacyjne zawierają koszty administracyjne, zarządzania inwestycjami, marketingu, gromadzenia składek oraz konwersji składek na świadczenie i jego wypłaty. Rysunek 2 pokazuje, że fundusze emerytalne Węgier oraz Hiszpanii zarówno w 2010 r., jak i w 2011 r. charakteryzowały się wysokim wskaźnikiem kosztów operacyjnych, wynoszącym powyżej 1 proc. (który w 2011 r. dla funduszy Węgier wynosił aż 13,72 proc.), podczas gdy dla funduszy z Danii, Holandii, Islandii, Norwegii oraz

---

8. *Global Pension Statistics*, <http://www.oecd.org/insurance/insurance/globalpensionstatistics.htm>.

9. *Funded Pensions Indicators*: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=PNNI\\_NEW](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=PNNI_NEW).

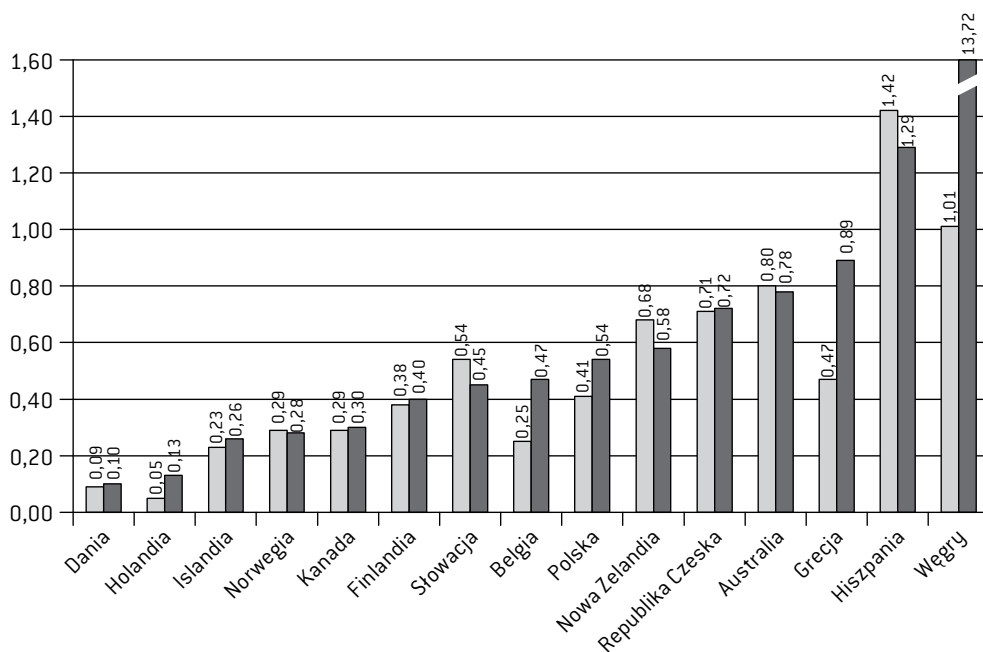
10. Znaczny spadek udziału aktywów funduszy emerytalnych w proc. PKB w latach 2010–2011 na Węgrzech wynikał z nacjonalizacji funduszy emerytalnych w tym kraju.

Kanady omawiany wskaźnik w analizowanym okresie nie przekraczał 0,3 proc. wartości aktywów ogółem. Fundusze emerytalne w Polsce miały stosunkowo niski koszt operacyjny kształtujący się na poziomie 0,41proc. (2010 r.) i 0,54 proc. (w 2011 r.).

Tabl. 2. Aktywa funduszy emerytalnych w wybranych krajach OECD

KRAJ	Aktywa funduszy emerytalnych w % PKB						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	80,38	90,40	110,36	93,01	82,62	88,98	92,84
Austria	4,78	4,94	4,82	4,44	5,08	5,36	4,92
Belgia	4,41	4,22	4,47	3,31	4,09	3,77	4,24
Chile	59,35	61,01	64,43	52,77	65,12	66,97	58,53
Dania	33,71	32,43	32,36	47,55	43,26	49,71	49,70
Estonia	2,82	3,74	4,64	4,64	6,94	7,38	5,25
Finlandia	68,61	71,33	71,05	60,56	77,83	82,12	74,99
Grecja	..	..	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03
Hiszpania	7,22	7,52	8,24	7,13	8,09	7,90	7,78
Holandia	121,73	125,74	138,05	112,72	119,23	128,51	138,20
Islandia	119,58	129,73	133,97	114,05	118,30	123,91	128,69
Japonia	6,63	..	..	..	..	..	..
Kanada	58,15	63,36	62,33	51,43	62,93	64,66	63,69
Korea	1,85	2,99	3,07	2,99	3,55	3,96	4,45
Luksemburg	1,07	1,05	1,04	1,06	2,23	1,92	1,94
Meksyk	9,95	11,50	11,54	10,19	11,85	12,72	12,95
Niemcy	4,04	4,21	4,65	4,73	5,25	5,40	5,46
Norwegia	6,71	6,79	7,05	6,03	7,27	7,75	7,40
Nowa Zelandia	11,46	12,47	11,50	10,50	11,96	14,39	15,84
Polska	8,72	11,11	12,16	10,98	13,52	15,79	15,02
Portugalia	12,73	13,64	13,74	12,20	13,40	11,43	7,74
Republika Czeska	4,13	4,52	4,70	5,17	5,95	6,33	6,50
Słowacja	0,49	2,40	3,72	4,72	6,26	7,41	8,40
Słowenia	1,26	1,58	1,82	1,92	2,61	2,50	2,94
Szwajcaria	117,03	119,97	119,18	101,15	111,89	113,73	110,77
Turcja	0,67	0,75	1,20	1,48	2,27	2,34	1,10
USA	74,84	79,33	79,41	57,93	67,62	72,59	70,51
Węgry	8,45	9,71	10,89	9,64	13,08	14,62	3,77
Wielka Brytania	78,63	83,43	78,90	64,30	80,51	88,68	88,17
Włochy	2,79	3,01	3,27	3,42	4,11	4,57	4,86

Źródło: na podstawie danych *OECD.StatExtracts*.

Rys. 2. Wskaźnik kosztów operacyjnych funduszy emerytalnych w latach 2010–2011 w wybranych krajach OECD <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Znaczny wzrost wskaźnika kosztów operacyjnych funduszy emerytalnych w latach 2010–2011 na Węgrzech również wynika z nacjonalizacji funduszy emerytalnych w tym kraju.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.StatExtracts.

OECD publikuje również informacje na temat rocznych lub kilkuletnich średnich stóp zwrotu funduszy emerytalnych, zarówno dla krajów będących, jak i niebędących członkami OECD [OECD 2011]. W Tabelicy 3 zamieszczono średnie realne roczne stopy zwrotu netto z inwestycji funduszy emerytalnych wybranych krajów OECD w latach 2005–2011. Okazuje się, że w okresie kryzysu finansowego w 2008 r. niewiele było krajów, których fundusze realnie osiągnęły dodatni wynik finansowy – Dania (5,1 proc.), Niemcy (0,5 proc.), Turcja (0,9 proc.), pomijając Grecję, której statystyki w kontekście PKB należy uznać za niewiarygodne. Okres 2009–2010 przyniósł poprawę wyników finansowych funduszy emerytalnych, lecz ich stopy zwrotu wciąż były bardzo zróżnicowane i kształtowały się od –10,2 proc. w Australii do 23,5 proc. w Chile (2009 r.) oraz od –7,8 proc. w Grecji do 11,0 proc. w Nowej Zelandii (2010 r.). Fundusze emerytalne w Polsce osiągnęły w tym czasie zadowalający, pośredni wynik z inwestycji – 8,9 proc. (2009 r.) oraz 7,2 proc. (2010 r.). W 2011 r. w większości krajów stopy zwrotu z inwestycji funduszy emerytalnych nie tylko ponownie spadły, ale osiągnęły też wartości ujemne. Najlepszy wynik zyskały fundusze z Danii (12,1 proc.), Holandii (8,2 proc.) oraz Australii (4,1 proc.). Wynik inwestycyjny polskich funduszy emerytalnych (–9,1 proc.) za 2011 r. uplasował nasz kraj na przedostatnim miejscu w rankingu, przed Turcją, która jako jedyna spośród krajów OECD zestawionych w tabelicy odnotowała większy spadek wartości aktywów netto (–10,8 proc.).

Tabl. 3. Stopa zwrotu z inwestycji funduszy emerytalnych wybranych krajów OECD

KRAJ	Średnia realna roczna stopa zwrotu netto z inwestycji (w %)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia <sup>a</sup>	10,1	8,9	12,9	-11,5	-10,2	5,6	4,1
Austria	9,0	3,8	-1,8	-14,4	7,3	3,7	-6,0
Belgia	10,3	10,3	7,7	-22,3	13,4	4,4	-4,6
Chile	5,0	14,4	4,4	-24,1	23,5	8,3	-6,0
Dania	14,8	1,3	-3,3	5,1	1,2	7,1	12,1
Estonia	7,9	..	..	-23,1	13,2	2,5	-7,9
Finlandia	12,1	6,2	2,4	-19,7	14,0	7,1	-4,4
Grecja	..	..	..	2,3	0,3	-7,8	-5,6
Hiszpania	..	..	..	-9,9	6,9	-2,2	-2,2
Holandia	10,9	6,8	0,6	-17,3	11,5	8,8	8,2
Islandia	11,8	8,8	0,4	-23,1	1,0	1,3	2,3
Japonia <sup>b</sup>	6,2	-8,6	-5,0	-13,4	12,7	-5,2	-3,6
Kanada	10,7	10,8	1,0	-16,9	10,3	7,9	1,8
Korea	0,6	6,0	0,6	-2,7	-2,2	2,1	0,0
Luksemburg	29,0	4,9	-2,5	-11,3	6,5	0,7	-2,2
Meksyk <sup>c</sup>	4,8	5,6	-0,1	-7,8	7,5	6,6	1,2
Niemcy	3,6	3,3	1,1	0,5	3,9	3,4	..
Norwegia	9,2	7,4	3,1	-10,6	9,8	5,5	-0,1
Nowa Zelandia	4,2	8,1	5,6	-6,1	-8,5	11,0	2,3
Polska <sup>d</sup>	12,9	13,4	1,5	-17,3	8,9	7,2	-9,1
Portugalia	7,0	7,2	5,5	-13,2	11,6	-3,0	-7,3
Republika Czeska	2,7	1,3	-2,1	-1,5	-0,6	-1,2	0,5
Słowacja	..	..	-0,1	-8,9	1,0	0,0	-3,8
Słowenia	..	..	-1,0	-5,4	4,2	1,8	-1,8
Szwajcaria	9,2	5,3	0,2	-13,8	9,9	2,8	0,6
Turcja <sup>c</sup>	22,1	1,4	13,2	0,9	17,6	1,9	-10,8
USA	-1,8	0,1	-2,7	-6,7	1,3	1,1	-2,7
Węgry	7,6	1,2	-3,9	-21,7	12,8	4,2	-0,5
Wielka Brytania	0,2	-0,9	-0,2	-0,9	-0,9	-2,1	-2,5
Włochy	..	..	..	-5,3	5,3	1,2	-2,8

*a* Dane dotyczą rocznych stóp zwrotu z inwestycji na koniec czerwca każdego roku.

*b* Dane: Bank Japonii.

*c* Dane dotyczą tylko indywidualnych planów emerytalnych.

*d* Od 2007 r. uwzględniono wyniki zakładowych planów emerytalnych (1 proc. wartości aktywów funduszy emerytalnych).

Źródło: na podstawie [OECD 2012b].

### 3. Inne badania porównawcze systemów zabezpieczenia emerytalnego

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wyniki innych badań porównawczych systemów zabezpieczenia emerytalnego oraz raporty i opracowania będące próbą analizy wielofilarowych systemów emerytalnych:

- w 2007 r. ukazał się raport – *Quantitative overview on supplementary pension provision*, przygotowany przez Hewitt Associates na zlecenie Komisji Europejskiej, przedstawiający wyniki badania 400 dodatkowych, w większości zarządzanych prywatnie programów emerytalnych wśród 290 organizacji w 9 krajach UE – Belgii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Niemczech, Irlandii, Polsce, Wielkiej Brytanii i we Włoszech. Analiza ilościowa przeprowadzona dla każdego z wyżej wymienionych krajów dotyczyła następujących tematów: rodzaju i zakresów planów emerytalnych, sposobu finansowania i praktyk wypłacania świadczeń, warunków nabywania prawa emerytalnego, sposobu traktowania „nieaktywnych” uprawnień emerytalnych, przenoszenia praw emerytalnych, ewolucji planów emerytalnych;
- w 2010 r. po raz kolejny (począwszy od 1999 r.) ukazał się raport firmy Mercer – *Plany emerytalne 2010*, ukazujący praktyki rynkowe w zakresie dodatkowych, dobrowolnych planów emerytalnych funkcjonujących na polskim rynku. W badaniu wzięto udział 246 firm oferujących swoim pracownikom programy emerytalne w postaci Pracowniczych Programów Emerytalnych (III filar) lub w formie innych produktów finansowych – celem zabezpieczenia emerytalnego;
- w 2009 r. i 2011 r. Allianz Global Investors przedstawił metodologię i obliczenia dla miernika wypłacalności oraz trwałości systemów emerytalnych *Pension Sustainability Index*, który bierze pod uwagę 11 wskaźników cząstkowych z zakresu demografii, konstrukcji systemu emerytalnego i finansów publicznych, opisujących bieżący i przyszły stan systemu emerytalnego. Ma on za zadanie mierzyć potrzebę przeprowadzenia reform I filaru w zależności od tego, jak wypłacalny i trwały jest obecnie (oraz będzie w przyszłości) system emerytalny danego kraju – analizą objęto odpowiednio 37 krajów i 44 kraje;
- w 2011 r. na bazie *Pension Sustainability Index* Allianz Global Investors opracował *Global Pension Atlas 2011*, raport ukazujący „dojrzałość” wielofilarowych systemów emerytalnych 44 krajów (uwzględniając kapitałowe plany emerytalne) oraz „istotność” systemów o zdefiniowanej składce w danym kraju;
- w 2012 r. (a także w latach wcześniejszych, 2009–2011) ukazały się wyniki *Melbourne Mercer Global Pension Index*, badania oceniającego wielofilarowe systemy emerytalne 18 krajów z punktu widzenia ich adekwatności (45 proc.), stabilności (35 proc.) i integralności (25 proc.) – w nawiasach podano wagi dla poszczególnych subindeksów. Analiza przeprowadzona została na podstawie ponad 40 wskaźników i pozwoliła wyodrębnić 6 grup systemów podobnych.

## Podsumowanie

Klasyfikacja systemów emerytalnych według OECD, która powstała w ramach projektu *Global Pension Statistics (GPS)*, jako jedyna dostarcza nie tylko teoretyczne podstawy do analizy systemów emerytalnych, lecz również dane statystyczne dla większości krajów OECD (problem aktualizacji). Jest kompromisem między istniejącymi w literaturze klasyfikacjami wielostopniowych systemów emerytalnych. Należy jednak pamiętać, że konstrukcja systemów emerytalnych oraz złożoność i różnorodność planów emerytalnych poszczególnych krajów wyznaczają pewien zakres tematyczny porównywalnych danych statystycznych, jakie można uzyskać na ich temat, oraz wymuszają odpowiedni poziom ich agregacji.

Grupowanie programów emerytalnych według podmiotu zarządzającego nimi z jednej strony ułatwia OECD ich klasyfikację, lecz z drugiej powoduje konieczność uwzględnienia w danych



wszystkich funduszy emerytalnych, także tych należących do bazowej części zabezpieczenia społecznego w danym kraju. Pomimo „respektowania” przez OECD trójfilarowego podziału systemu emerytalnego nie ma bowiem możliwości posłużenia się nim w praktyce – na etapie pobierania danych z bazy OECD. A zatem szczegółowa analiza porównawcza skuteczności lub efektywności systemów emerytalnych, na podstawie danych OECD, wymaga dobrej znajomości ich konstrukcji (np. obowiązkowości planów, limitów inwestycyjnych, limitów opłat, ograniczeń dotyczących wysokości składek) oraz sytuacji gospodarczej w poszczególnych krajach. Z tego też powodu dane prezentowane w podrozdziale 2 umieszczono informacyjnie.

Choć klasyfikacja OECD ma duże znaczenie praktyczne, istnieje wyraźna potrzeba powiązania danych OECD dotyczących prywatnie zarządzanych planów emerytalnych ze źródłami zharmonizowanych danych EUROSTAT: z zakresu europejskiego systemu zintegrowanych statystyk na temat zabezpieczenia społecznego (ESSPROS), strukturalnych statystyk biznesu (SBS) czy statystyk dotyczących dochodów i warunków życia (SILC).

Nawiązując do innych badań porównawczych systemów zabezpieczenia emerytalnego oraz raportów i opracowań będących próbą analizy wielofilarowych systemów emerytalnych, których spis o charakterze informacyjnym został zamieszczony w podrozdziale trzecim, należy stwierdzić, że w zasadzie nie da się ich bezpośrednio wykorzystać przy interpretacji danych OECD. Są one prowadzone okazjonalnie, według przyjętej przez autorów własnej metodologii badania. Niemniej jednak, gdyby w kolejnych edycjach twórcy tych analiz w szerszym zakresie uwzględnili dane o prywatnie zarządzanych planach emerytalnych według OECD mogłaby wówczas powstać wartościowa analiza, gdyż wzrost roli i znaczenia prywatnie zarządzanych planów emerytalnych wzmacnia potrzebę lepszego monitorowania tej części rynku – nie tylko w aspekcie finansowych wskaźników programów emerytalnych.

Na zakończenie warto dodać, że dotychczas nie ukazała się jeszcze publikacja omawiająca w szerszym kontekście problematykę pomiaru skuteczności i efektywności funkcjonowania prywatnie zarządzanych planów emerytalnych, która zawierałaby jednocześnie kompleksową, wielowymiarową, empiryczną analizę systemów emerytalnych np. krajów OECD. Pewne teoretyczne rozważania dotyczące oceny efektywności i klasyfikacji (zarządzanych publicznie) systemów emerytalnych wybranych krajów Unii Europejskiej i EFTA, wraz z wynikami analiz empirycznych, odnaleźć można w pracach: Mikulec 2009, 2010, 2011 oraz Chybalski 2012, lecz analiza prywatnie zarządzanych planów pozostaje sprawą otwartą.

## Wykaz źródeł

- Averting the old age crisis. Policies to protect the old and promote growth*, World Bank, Washington 1994.
- Bazowe systemy emerytalno-rentowe w świecie, tom I i II*, red. S. Golinowska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1993.
- Chybalski F., *Measuring the multidimensional adequacy of pension systems in European countries*, „Pensions Institute Discussion Paper” 2012 no 1204, <http://www.pensions-institute.org/workingpapers/wp1204.pdf> [27.12.2012].
- Czajka Z., *Systemy emerytalne w Niemczech i Wielkiej Brytanii wobec nowych wyzwań*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2003.

- Dodatkowe systemy emerytalne w świecie*, red. S. Golinowska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1994.
- European Commission, *Private pension schemes – their role in adequate and sustainable pensions*, Luxembourg 2010a.
- European Commission, *Towards adequate, sustainable and safe European pension systems. Green paper*, COM (2010) 365, 07.07.2010, Brussels 2010b.
- European Commission, *White paper. An agenda for adequate, safe and sustainable pensions*, COM (2012) 55, 16.02.2012, Brussels 2012.
- Global Pension Atlas 2011*, Multiplying investment and retirement knowledge, PROJECT M, <http://publications.allianzgi.com> [27.12.2012].
- Old-age income support in the 21<sup>st</sup> century. An international perspective on pension systems and reform*, red. R. Holzmann, R. Hinz, World Bank, Washington 2005.
- Melbourne Mercer Global Pension Index*, <http://www.globalpensionindex.com> [27.12.2012].
- Mikulec A., *Zastosowanie metod statystycznych do oceny efektywności i klasyfikacji systemów emerytalnych* – nieopublikowana praca doktorska na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2009.
- Mikulec A., *Porównanie efektywności systemów emerytalnych krajów UE i EFTA w 2005 i 2006 r.*, „Przegląd Statystyczny” 2010 nr 2-3, tom 57.
- Mikulec A., *Statistical analysis of efficiency of the pension systems in EU and EFTA countries*, [w:] *Methodological aspects of multivariate statistical analysis. Statistical models and applications*, red. Cz. Domański, M. Zielińska-Sitkiewicz, Folia Oeconomica, Acta Universitatis Lodzianis Nr 255, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2011.
- OECD, *Global pension statistics project: measuring the size of private pensions with an international perspective*, „Financial Market Trends” 2004 no 87.
- OECD, *Global pension statistics project: data update*, „Financial Market Trends” 2005a no 88.
- OECD, *Pensions outlook 2012*, Paris 2012a.
- OECD, *Private pensions: OECD classification and glossary*, Paris 2005b.
- OECD, *Private pensions outlook 2008*, Paris 2009.
- OECD, *Performance of pension funds in selected OECD and non-OECD countries*, „Pension Markets in Focus” 2011 no 8.
- OECD, *Performance of pension funds. Investment rate of return*, „Pension Markets in Focus” 2012b no 9.
- Pension Sustainability Index 2009*, International Pension Papers no. 5/2009, <http://publications.allianzgi.com> [27.12.2012].
- Pension Sustainability Index 2011*, International Pension Papers no. 4/2011, <http://publications.allianzgi.com> [27.12.2012].
- Plany emerytalne 2010*, Mercer – Consulting. Outsourcing. Investments, <http://www.mercer.com.pl> [27.12.2012].
- Quantitative overview on supplementary pension provision. Final report prepared for the European Commission Directorate General EMPL*, [http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf/ec\\_report\\_final\\_nov\\_2007\\_en.pdf](http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf/ec_report_final_nov_2007_en.pdf) [27.12.2012].
- Roberts L., *Complementary retirement pensions: towards a definition of terms*, „International Social Security Review” 1993 no 4.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenia społeczne – teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2006.

*Systemy emerytalne w krajach Unii Europejskiej*, red. T. Szumlicz, M. Żukowski, TWIGGER, Warszawa 2004.

*The OECD Glossary of Statistical Terms*, <http://stats.oecd.org/glossary/index.htm> [27.12.2012].

*Funded Pensions Indicators*, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=PNNI\\_NEW](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=PNNI_NEW) [28.12.2012].

*Global Pension Statistics*, <http://www.oecd.org/insurance/insurance/globalpensionstatistics.htm> [27.12.2012].

## Comparison of privately managed pension schemes – OECD approach

*In the European countries, a number of various pension provision systems operate. They are so varied that their comparative analysis poses a lot of difficulty. Since 2002, the Global Pension Statistics has been developed in the OECD countries, which aims at creating a methodological basis for comparative analysis of privately managed pension schemes, as well as at building a database of financial indexes used to describe them. The main aim of the article is to present the OECD classification of privately managed pension schemes and selected statistical data related to effectiveness (and efficiency) of their operation. The paper is complemented with a list of other pension provision comparative studies which have been published over the last few years.*

**Key words:** pension provision system, OECD classification, privately managed pension scheme, pension funds, rate of return, effectiveness.

**DR ARTUR MIKULEC** – adiunkt, Katedra Metod Statystycznych, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki.



ŁUKASZ ŻARNOWIEC

## Wpływ niedoubezpieczenia mienia na świadczenie ubezpieczyciela – glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2010 r., IV CSK 149/10 (niepubl.)

*Problem relacji między sumą ubezpieczenia a wartością ubezpieczeniową mienia objętego ochroną, a zwłaszcza jej wpływu na zakres świadczenia ubezpieczyciela od dawna dzieli przedstawicieli doktryny prawa ubezpieczeń. Dotychczas jednak nie spotkał się z szerszym zainteresowaniem ze strony orzecznictwa. Glosowany wyrok Sądu Najwyższego jest doskonałą okazją do poruszenia tej problematyki, dotyczy bowiem niezwykle istotnego zagadnienia dozwolonej swobody stron umowy w zakresie kształtowania skutków niedoubezpieczenia mienia. Stanowisko zakładające dopuszczalność umownego oparcia odpowiedzialności ubezpieczyciela na założeniach systemu proporcjonalnego wydaje się co do zasady słuszne. Godna uwagi jest natomiast pozostawiona niestety na uboczu głównych rozważań sądu kwestia granic swobody kontraktowej stron w powyższym zakresie, a także wpływu niedoubezpieczenia mienia na odpowiedzialność ubezpieczyciela przy braku jakichkolwiek postanowień umowy. Glosowany wyrok stanowi również doskonałą okazję, by odnieść się do rzadko poruszanego zagadnienia miarodajnych reguł wykładni ogólnych warunków ubezpieczenia w relacjach dwustronnie profesjonalnych.*

**Słowa kluczowe:** niedoubezpieczenie, suma ubezpieczenia, wartość ubezpieczeniowa, ogólne warunki ubezpieczenia, swoboda umów.

### 1.

Skutki prawne niedoubezpieczenia należą do najbardziej kontrowersyjnych zagadnień związanych z umową ubezpieczenia mienia. Poza wąskim segmentem ubezpieczeń morskich, kwestii tej nie rozstrzygają wprost obowiązujące przepisy prawa, regulujące reżim sumy ubezpieczenia. Mimo dużego znaczenia dla potrzeb praktyki, nie spotkała się ona dotychczas również z szerszym

zainteresowaniem w orzecznictwie sądów. Trudno się zatem dziwić, że zagadnienie to stanowi przedmiot rozbieżnych opinii ze strony przedstawicieli nauki i źródło sporów w relacjach między stronami stosunku ubezpieczenia.

Choć nie wskazuje na to niefortunnie sformułowana teza, w znacznej mierze tej właśnie problematyce poświęcony jest głosowany wyrok Sądu Najwyższego. Już tylko z tej przyczyny zasługuje on zatem na baczniejszą uwagę. Zainteresowanie wywołuje jednakże nie tylko w związku z poruszonym problemem skutków niedoubezpieczenia. Do bliższej analizy omawianego orzeczenia skłania również stanowisko, jakie zajął Sąd Najwyższy w kwestii wykładni ogólnych warunków ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą, a także przeprowadzona w sprawie ocena ważności wzorca ubezpieczeniowego.

## 2.

Głosowany wyrok zapadł na kanwie dość typowego dla tej kategorii spraw stanu faktycznego. W dniu 06.06.1997 r., między powódką, jako ubezpieczającym, a prawnym poprzednikiem pozwanej ubezpieczyciela zawarta została umowa ubezpieczenia majątkowego śmigłowców stanowiących własność strony powodowej. Aneksiem do tej umowy, zawartym już z udziałem strony pozwanej, w dniu 06.01.2005 r. ustalono stawki i warunki ubezpieczenia śmigłowców na rok 2005 oraz przyjęto ogólne warunki ubezpieczeń lotniczych ustalone przez ubezpieczyciela.

W dniu 13.06.2005 r. powód złożył pozwanej wniosek o objęcie ubezpieczeniem lotniczym śmigłowca typu „Sokół”, podając wartość sumy ubezpieczenia na kwotę 1 500 000 zł, która została zaakceptowana. Suma ta nie odpowiadała wartości ubezpieczanego śmigłowca, czego obie strony miały świadomość.

W okresie trwania ubezpieczenia ubezpieczony śmigłowiec uległ zniszczeniu. Podczas ustalania przesłanek swej odpowiedzialności wobec zachodzącego niedoubezpieczenia sięgającego 33,967 proc. ubezpieczyciel – mimo występowania szkody całkowitej – pomniejszył wartość przyznanego odszkodowania, powołując się na § 28 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia. Stanowił on, że w razie podania do ubezpieczenia sumy o ponad 15 proc. niższej od rzeczywistej wartości statku powietrznego, wyliczone zgodnie z umową odszkodowanie pomniejsza się w takim stopniu, w jakim pozostaje suma ubezpieczenia do tej wartości.

Nie zgadzając się z taką wykładnią ogólnych warunków umów i wskazując na konieczność odnoszenia wskaźnika niedoubezpieczenia nie do kwoty wyliczonego zgodnie z umową odszkodowania, lecz do wartości szkody, ubezpieczający wystąpił z powództwem o dopłatę brakującej części świadczenia.

Po uprzednim ustaleniu wartości śmigłowca w dacie ubezpieczenia oraz w momencie wystąpienia szkody sąd I instancji, podzielając stanowisko strony powodowej, uwzględnił powództwo i zasądził od pozwanej ubezpieczyciela kwotę 952 957,10 zł wraz z kosztami procesu.

Na skutek apelacji pozwanej kwotę tę obniżono jednak do sumy 154 835,10 zł. Przyczyną rozstrzygnięcia tej treści stało się przyjęcie przez sąd apelacyjny, że podstawą obliczeń należnego powodowi świadczenia powinna być – zgodnie z ogólnymi warunkami umów – suma ubezpieczenia, nie zaś wartość ubezpieczonego śmigłowca w dacie powstania szkody.

Nie zgodziwszy się z rozstrzygnięciem tej treści, strona powodowa złożyła skargę kasacyjną opartą na obu ustawowych podstawach. W ramach podstawy naruszenia prawa materialnego, za-

rzuciła niewłaściwe zastosowanie oraz błędną wykładnię art. 56, art. 65 §1 i 2, art. 805 §1 i 2 k.c., art. 824 k.c., polegające na bezpodstawnym przyjęciu, że współczynnik niedoubezpieczenia powinien być odniesiony do sumy ubezpieczenia, a nie do wartości rzeczywistej uszkodzonego śmigłowca. Zakwestionowała ponadto wykładnię art. 5 i art. 58 k.c., wskazując na nietrafne uznanie za obowiązujące i wiążące strony regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia, które ze względu na swą niejasność i niejednoznaczność uniemożliwiają zrozumienie ich przy stosowaniu wykładni gramatycznej oraz określenie rzeczywistego zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, a ponadto sprzeciwiają się naturze stosunku ubezpieczeniowego.

Głosowanym wyrokiem Sąd Najwyższy skargę kasacyjną oddalił. W uzasadnieniu wskazał, że strony łączyła umowa ubezpieczenia majątkowego, natomiast ich szczegółowe prawa i obowiązki ukształtowane zostały ogólnymi warunkami umów ubezpieczeń lotniczych przyjętymi przez stronę pozwaną. Koncentrując się na ich analizie, Sąd Najwyższy podkreślił, że stanowią one wzorzec umowy w rozumieniu art. 384 k.c., sama umowa zaś zawierana jest poprzez przystąpienie. Istotne znaczenie ma zatem, by proponowane warunki sformułowane były w sposób jednoznaczny, co należy oceniać z uwzględnieniem wymogów z art. 65 §1 i 2 k.c.

Ogólne warunki ubezpieczenia strony pozwanej przewidywały, że określona w umowie suma ubezpieczenia jest górną granicą odpowiedzialności pozwanej i powinna odpowiadać rzeczywistej wartości statku powietrznego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku szkody całkowitej odszkodowanie ustala się w kwocie równej wartości statku powietrznego, pomniejszonej o wartość pozostałości, jednak nie większej niż suma ubezpieczenia, określona w dokumencie ubezpieczenia. Jednakże w razie ustalenia sumy ubezpieczenia na kwotę niższą o ponad 15 proc. od wartości rzeczywistej ubezpieczonego statku powietrznego, wyliczone odszkodowanie pomniejsza się w takim stopniu, w jakim suma ubezpieczenia pozostaje do wartości rzeczywistej statku.

Skoro zatem ogólne warunki umów nakazują odnosić wskaźnik niedoubezpieczenia do ustalonego zgodnie z umową odszkodowania, to przy szkodzie przewyższającej sumę ubezpieczenia pomniejszeniu podlega równowartość tej właśnie sumy.

Następstwa ustalenia sumy ubezpieczenia na poziomie znacznie niższym od wartości rzeczywistej ubezpieczonego mienia zostały jednoznacznie określone w ogólnych warunkach umów. Wskazywały one bezpośrednio na zakres ochrony interesu ubezpieczonego. Nie zachodziły zatem żadne trudności w ustaleniu przesłanek odpowiedzialności ubezpieczyciela. Brak również podstaw, by kwestionować ważność ogólnych warunków ubezpieczenia pozwanej.

Zasada swobody umów, o jakiej mowa w art. 353<sup>1</sup> k.c., nie oznacza nieograniczonej dowolności w kształtowaniu stosunku prawnego. Nakazuje dochowanie zgodności treści i celów tegoż stosunku z jego naturą, ustawą i zasadami współżycia społecznego. Obejmuje również obowiązek ukształtowania treści postanowień umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Adresatem tej normy są jednak obie strony zawieranej umowy. Powód nie wykazał natomiast, by po zapoznaniu się z treścią ogólnych warunków domagał się wyjaśnienia czy nawet zmiany zapisów obecnie kontestowanych z uwagi na nieprecyzyjność czy niejednoznaczność.

Dążenie do interpretacji ich zapisów w sposób uwzględniający potrzebę ochrony tylko ubezpieczającego nie znajduje usprawiedliwienia nie tylko z uwagi na ich jednoznaczność, ale także ze względu na profesjonalizm ubezpieczającego w ramach prowadzonej działalności, sprzeciwiający się uznaniu go za słabszą stronę stosunku.

### 3.

Podstawowym problemem, z jakim przyszło się zmierzyć Sądowi Najwyższemu w glosowanym wyroku, są skutki niedoubezpieczenia mienia. Pojęcie to nie zostało zdefiniowane w obowiązujących przepisach prawa i pozostało wytworem doktryny. Musi być ono rozpatrywane w powiązaniu z pojęciem i funkcją sumy ubezpieczenia, do której odnosi się art. 824 k.c. Trzeba przy tym podkreślić, że chociaż omawiany wyrok zapadł na kanwie dawnego stanu prawnego, nowelizacja Kodeksu cywilnego dokonana ustawą z dnia 13.04.2007 r. *O zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz. U. Nr 82, poz. 557) nie wprowadziła merytorycznych zmian do treści tego przepisu. Poniższe uwagi poświęcone omawianemu orzeczeniu zachowują zatem swą aktualność również pod rządami art. 824 k.c. w obecnym brzmieniu.

Stanowi on, że jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela (§ 1). Jeżeli po zawarciu umowy wartość ubezpieczonego mienia uległa zmniejszeniu, ubezpieczający może żądać odpowiedniego zmniejszenia sumy ubezpieczenia. Zmniejszenia sumy ubezpieczenia może także z tej samej przyczyny dokonać jednostronnie ubezpieczyciel, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego (§ 2). Zmniejszenie sumy ubezpieczenia pociąga za sobą odpowiednie zmniejszenie składki począwszy od dnia pierwszego tego miesiąca, w którym ubezpieczający zażądał zmniejszenia sumy ubezpieczenia lub w którym ubezpieczyciel zawiadomił ubezpieczającego o jednostronnym zmniejszeniu tej sumy (§ 3).

Prawidłowa wykładnia art. 824 § 1 k.c. prowadzi do wniosku, że suma ubezpieczenia nie można utożsamiać z wartością ubezpieczeniową mienia objętego ochroną wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia jest normatywnym określeniem wartości wyrażonej kwotą pieniężną, na którą zawarto ubezpieczenie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest podstawą do obliczenia wysokości należnej mu składki. Od pojęcia tego odróżnić trzeba wartość ubezpieczeniową. Określenie to przyjmuje się na oznaczenie wartości mienia objętego ochroną wynikającą z zawarcia umowy ubezpieczenia. Odpowiada ona zarazem maksymalnej wysokości szkody, jakiej może doznać ubezpieczony wskutek wypadku ubezpieczeniowego. Nie oznacza to jednak, iż szkoda ta w pełnym zakresie jest objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Jak wskazuje art. 824 § 1 k.c., pułap tejże odpowiedzialności (w granicach doznanej szkody) wyznacza nie wartość ubezpieczeniową, lecz suma ubezpieczenia. Wynika stąd, że przy braku odmiennej umowy wartość świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela w razie wypadku objętego ochroną – bez względu na wysokość poniesionej przez ubezpieczonego szkody – nie może przekroczyć poziomu sumy ubezpieczenia.<sup>1</sup> Jeśli zatem ubezpieczający przy zawarciu umowy ubezpieczenia zaniży wartość ubezpieczeniową, poniesie we własnym zakresie ryzyko szkód w odniesieniu do tej części rzeczywistej wartości ubezpieczonego mienia, która przekracza sumę ubezpieczenia. Z drugiej jednak strony dla ubezpieczającego nie jest również korzystne ustalenie sumy ubezpieczenia na poziomie przekraczającym wartość ubezpieczeniową. Jak wskazuje art. 824<sup>1</sup> § 1 k.c., przy braku odmiennej umowy, świadczenie ubezpieczyciela nie może przekroczyć wysokości poniesionej szkody, ta zaś zazwyczaj nie będzie wyższa od wartości ubezpie-

---

1. M. Orlicki w: J. Panowicz-Lipska, *System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, T. 8, Warszawa 2004, s. 713.



czonego mienia. W rezultacie część składki, kalkulowanej wszak na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, nie zaś wartości ubezpieczeniowej, nie znajdzie ekwiwalentu w postaci ochrony świadczonej przez ubezpieczyciela.

Wynika stąd, że jakkolwiek zależności takiej nie sposób wywieść z przepisów obowiązującego prawa, w interesie samego ubezpieczającego suma ubezpieczenia winna w zasadzie odpowiadać wartości ubezpieczeniowej. W praktyce jednak wartości te – jak w sprawie zakończonej glosowanym wyrokiem – nierzadko różnią się od siebie. Ilekroć ustalona w umowie suma ubezpieczenia określona jest na poziomie niższym od wartości ubezpieczeniowej, mówimy o niedoubezpieczeniu. Ubezpieczający musi się wówczas liczyć z tym, iż w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego świadczenie ubezpieczyciela może nie pokryć pełnej wartości szkody. Jeśli natomiast relacja ta przedstawia się odwrotnie, mamy do czynienia z nadubezpieczeniem. W tego rodzaju przypadkach ponoszone przez ubezpieczającego koszty ubezpieczenia będą nieadekwatne do zakresu uzyskiwanej ochrony. Na potrzeby niniejszego opracowania – wobec problemu, z którym zetknął się Sąd Najwyższy w omawianym wyroku – przedmiotem bardziej szczegółowej analizy będą wyłącznie skutki tej pierwszej sytuacji, konkretnie zaś wpływ niedoubezpieczenia na sposób określenia wartości świadczenia ubezpieczyciela w razie zaistnienia szkody objętej ochroną.

W doktrynie prawa ubezpieczeń w kwestii tej wypowiedane są rozbieżne poglądy. Oscyłują one wokół dwóch metod kalkulacji odszkodowania ubezpieczeniowego. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności na pierwsze ryzyko, powinno ono pokryć całość szkody mieszczącej się w granicach sumy ubezpieczenia, podczas gdy ewentualna nadwyżka w ogóle nie zostaje pokryta. Z drugiej strony, jeszcze w publikacjach poprzedzających przemianę ustrojową 1989 r. zaprezentowana została koncepcja tzw. odpowiedzialności proporcjonalnej jako skutku niedoubezpieczenia mienia objętego ochroną.<sup>2</sup> Zgodnie z jej założeniami, w razie określenia sumy ubezpieczenia poniżej wartości ubezpieczeniowej mienia, ubezpieczający uzyskiwałby – w przypadku szkody częściowej (a więc takiej, której wartość jest niższa od wartości ubezpieczeniowej mienia objętego ochroną) – jej naprawienie w stosunku odpowiadającym relacji sumy ubezpieczenia do wartości ubezpieczonego mienia.<sup>3</sup> Z kolei w przypadku szkody całkowitej świadczenie miałoby w zasadzie opiewać na sumę ubezpieczenia (system odpowiedzialności proporcjonalnej).

Stanowisko takie – najczęściej bez próby jego głębszego uzasadnienia – jest prezentowane również we współczesnych publikacjach<sup>4</sup>. Taki właśnie system odpowiedzialności – jakkolwiek poddany modyfikacji – stał się podstawą ustalenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela w glosowanym wyroku, co jednak było w tym przypadku wynikiem dokonanej przez sąd wykładni oraz oceny ogólnych warunków ubezpieczenia strony pozwanej. Rozstrzygnięcie takie skłania do postawienia dwu istotnych pytań. Pierwsze dotyczy metody miarodajnej do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela na wypadek niedoubezpieczenia mienia przy braku stosownej regulacji w umowie ubezpieczenia. Drugie sprowadza się do oceny dopuszczalności umownego

2. W. Warkało, *Ubezpieczenia majątkowe*, Warszawa 1969, s. 167; J. Łopuski w: J. Winiarz (red.), *Kodeks cywilny z komentarzem*, T. II, Warszawa 1989, t. 7, s. 735.

3. Ibidem, s. 167.

4. K. Malinowska w: Z. Brodecki, M. Glicz, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom II. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, LEX 2010, art. 824; Z. Gawlik w: A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania – część szczególna*, Warszawa 2010, s. 928–933.

ukształtowania treści stosunku ubezpieczenia zgodnie z założeniami systemu odpowiedzialności proporcjonalnej.

Stosowanie systemu odpowiedzialności proporcjonalnej jako reguły w ubezpieczeniach majątkowych, przy braku szczególnych postanowień umowy, wydaje się – poza segmentem ubezpieczeń morskich – nie mieć uzasadnienia w prawie polskim.<sup>5</sup> W odróżnieniu od rozwiązań znanych niektórym obcym systemom prawnym<sup>6</sup>, koncepcja ta nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Wprawdzie w przeszłości występowała ona w obejmującym swoim zasięgiem część ziem polskich § 56<sup>7</sup> niemieckiej ustawy z dnia 20 maja 1908 r. – *O umowie ubezpieczenia*<sup>8</sup>, ustawa ta utraciła jednak moc obowiązującą w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 28 marca 1952 r. – *O ubezpieczeniach państwowych*<sup>9</sup>, który to akt – podobnie jak wydane na jego podstawie rozporządzenia wykonawcze – rozwiązania takiego już nie powtórzył. Nie było ono znane również ustawie z dnia 2 grudnia 1958 r. – *O ubezpieczeniach majątkowych i osobowych*<sup>10</sup>, a także rozporządzeniom wykonawczym do tejże ustawy, w tym zwłaszcza:

- Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 1961 r. – *W sprawie obowiązkowych ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej z ruchu pojazdów mechanicznych*<sup>11</sup>
- Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24 kwietnia 1968 r. – *W sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych*<sup>12</sup>
- Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 listopada 1974 r. – *W sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych*<sup>13</sup>
- Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 listopada 1981 r. – *W sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych*.<sup>14</sup>

Podobnie przedstawia się sprawa w przypadku ustawy z dnia 20 września 1984 r. – *O ubezpieczeniach majątkowych i osobowych*<sup>15</sup>, ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. – *O działalności ubezpieczeniowej*<sup>16</sup> oraz – obowiązującej obecnie – ustawy z dnia 22 maja 2003 r. – *O działalności ubezpieczeniowej*<sup>17</sup> wraz z aktami wykonawczymi do tychże ustaw. W obrębie krajowego porządku prawnego zasada odpowiedzialności proporcjonalnej jest obecnie normatywnie przyjęta wyłącznie

- 
5. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz. Art. 805–834 KC*, Warszawa 2004, s. 207–208; M. Orlicki, *O możliwości stosowania reguły proporcji przy niedoubezpieczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 2, s. 66.
  6. Por. M. Orlicki, *O możliwości stosowania reguły proporcji przy niedoubezpieczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 2, s. 62–64.
  7. Przepis ten wyraźnie stanowił, że jeżeli suma ubezpieczeniowa jest niższa niż wartość ubezpieczeniowa, w czasie gdy nastąpił wypadek, od którego ubezpieczający się ubezpieczył, to ubezpieczyciel odpowiada tylko za tę część szkody, jaka wynika ze stosunku sumy ubezpieczeniowej do wartości ubezpieczeniowej.
  8. Dz. U. Rzeszy – S. 263.
  9. Dz. U. Nr 20, poz. 130.
  10. Dz. U. Nr 72, poz. 357.
  11. Dz. U. Nr 55, poz. 311.
  12. Dz. U. Nr 15, poz. 89.
  13. Dz. U. Nr 46, poz. 274.
  14. Dz. U. Nr 30, poz. 166.
  15. Dz. U. Nr 45, poz. 242.
  16. Dz. U. Nr 59, poz. 344.
  17. Tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66.

w odniesieniu do ubezpieczeń morskich, co jednak wynika z wyraźnej regulacji prawnej zawartej w art. 302 § 4 k.m. Przepis ten stanowi, że jeżeli określona w umowie suma ubezpieczenia jest niższa od wartości ubezpieczenia, ubezpieczyciel odpowiada za szkody w stosunku, w jakim pozostaje suma do wartości ubezpieczenia. Analogiczne rozwiązanie nie zostało natomiast wyrażone w przepisach tytułu XXVII ks. III k.c. Zdaje się to wskazywać, iż ma ono charakter szczególny, zaś ustawodawca nie zamierzał rozciągać go – jako zasady – na pozostałe typy ubezpieczeń majątkowych.

Warto podkreślić, że sceptycznie do systemu odpowiedzialności proporcjonalnej podchodzi również orzecznictwo sądów<sup>18</sup>, a także – wskazując na jego sprzeczność z naturą stosunku ubezpieczenia wyznaczaną m.in. przez ekwiwalentność świadczeń oraz funkcji sumy ubezpieczenia – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.<sup>19</sup> Godne uwagi jest także to, że również adwersarze tego poglądu, w polemice prowadzonej na łamach „Dziennika Ubezpieczeniowego”, stając w obronie systemu odpowiedzialności proporcjonalnej, jego obowiązywanie (w przypadku ubezpieczeń lądowych) wywodzą z zasady swobody umów, nie zaś z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.<sup>20</sup>

Odmienne punkt widzenia, zaprezentowany w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 28.09.1934 r., sygn. akt: III C 295/34<sup>21</sup>, nie może być oceniany w oderwaniu od stanu prawnego przyjętego za podstawę rozstrzygnięcia, a mianowicie – wzmiankowanego powyżej – § 56 ustawy niemieckiej. Utracił on zatem aktualność z chwilą uchylecia tego przepisu. Jak można natomiast wnosić z niezwykle lapidarnego uzasadnienia wyroku z dnia 22.05.2002 r., sygn. akt: I CKN 70/00<sup>22</sup>, w obecnym stanie prawnym Sąd Najwyższy ewentualne obowiązywanie zasady proporcji zdaje się postrzegać raczej przez pryzmat umowy stron aniżeli istniejącej regulacji ustawowej.

Wobec braku wyraźnego rozstrzygnięcia tego zagadnienia w obowiązujących przepisach prawa, przyjęcie jednego z alternatywnych modeli odpowiedzialności (na pierwsze ryzyko lub proporcjonalnej) stanowi – jak słusznie zauważają niektórzy<sup>23</sup> – kwestię umówionego systemu obliczania świadczenia ubezpieczeniowego. Powinien on wynikać z treści konkretnej umowy ubezpieczenia bądź stosowanych przez ubezpieczyciela ogólnych warunków umów.<sup>24</sup> Brak tego rodzaju szczególnych postanowień umownych sprawia natomiast, że – w granicach sumy ubezpieczenia – ubezpieczyciel ponosi pełną (a więc niepodlegającą proporcjonalnej redukcji) odpowiedzialność za szkodę w ubezpieczonym mieniu.<sup>25</sup> Zasadą jest zatem (w obrębie ubezpieczeń lądowych) system odpowiedzialności na pierwsze ryzyko, natomiast odpowiedzialność proporcjonalna stanowi od niej wyjątek.

Taki też punkt widzenia przyjęty został – jak się wydaje – w uzasadnieniu głosowanego wyroku. Otóż obowiązywanie zmodyfikowanego systemu odpowiedzialności proporcjonalnej wyprowadził

18. Sąd Apelacyjny w Warszawie, wyrok z 2.10.2008 r., VI ACa 140/08, niepubl.

19. C. Orłowski, *Zakazane proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 250 z 29.12.2010 r.; tenże: *Jeszcze raz „zakazane proporcje”*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 4, z 10.01.2011 r.

20. J. Nawracała, *Komentarz do: Zakazane proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 251 z 30.12.2010 r.; tenże: *Jeszcze raz „dozwolone proporcje”*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 7 z 13.01.2011 r.

21. OSCC 1935, z. 3, poz. 103.

22. Wokanda 2003, Nr 3, s. 7.

23. M. Orlicki w: J. Panowicz-Lipska (red.), *System...*, s. 715 nb. 258; E. Stroiński, *Kombinacja zatrzymania ryzyka i ubezpieczenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2, s. 68; H. Ciepła w: G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2011, s. 801.

24. Ł. Górny, *Komentarz do Zakazane Proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, Nr 2653 z 31.12.2010, s. 2.

25. M. Orlicki, *O możliwości...*, op. cit., s. 66.

tu Sąd Najwyższy z treści ogólnych warunków ubezpieczeń strony pozwanej. Nie podjęto natomiast próby uzasadnienia takiego rozwiązania z powołaniem się na treść obowiązujących przepisów prawa, co – choćby z racji podniesionego zarzutu nieważności ogólnych warunków umów – z pewnością miałyby miejsce w pierwszej kolejności, w razie dostrzeżenia ku temu podstaw.

Obowiązywanie systemu odpowiedzialności proporcjonalnej jako skutku niedoubezpieczenia mienia winno zatem mieć swą podstawę w treści konkretnej umowy lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Odrębną sprawą wymagającą rozstrzygnięcia pozostaje natomiast kwestia swobody przysługującej stronom w zakresie kształtowania tego rodzaju rozwiązań, o czym w dalszej części niniejszego opracowania.

#### 4.

Kolejnym zagadnieniem zasługującym na uwagę w związku z analizowanym orzeczeniem są przyjęte na jego potrzeby reguły wykładni ogólnych warunków ubezpieczenia strony pozwanej. Ze względu na to, że ich dokładna treść nie została przytoczona w uzasadnieniu wyroku, nie jest natomiast rolą autora glosy uzupełnianie ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę analizowanego rozstrzygnięcia, dalsze uwagi poświęcone zostaną wyłącznie samej metodzie wykładni bez próby oceny poprawności osiągniętego za jej pomocą rezultatu.

Niewątpliwie słusznie zakwalifikował Sąd Najwyższy ogólne warunki ubezpieczeń lotniczych strony pozwanej jako wzorzec umowny w rozumieniu art. 384 k.c. Przepis ten w § 1 wyraźnie wymienia ogólne warunki umów, zaliczając je – obok wzorów umów i regulaminów – do szerszej kategorii wzorców. Ogólne warunki są powszechnie stosowane w umowie ubezpieczenia, w przypadku której potrzeby praktyki narzucają standaryzację treści nawiązywanych przez ubezpieczyciela stosunków prawnych. O ogólnych warunkach umów w odniesieniu do ubezpieczeń wspominają zarówno przepisy k.c.<sup>26</sup>, jak i – przede wszystkim – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. – *O działalności ubezpieczeniowej* [t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.]. Artykuły 12 ust. 3 i 12a te same ustawy określają zasady tworzenia oraz składniki treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Nie oznacza to jednak, że są one obligatoryjnym elementem kształtującym treść każdej bez wyjątku umowy ubezpieczenia. Ustawa nie przewidziała bowiem przymusu ich tworzenia i stosowania.

Mimo że treść ogólnych warunków ubezpieczenia uregulowano poza Kodeksem cywilnym, w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, i poddano kontroli organu nadzoru, co wskazuje na publicznoprawny aspekt ich stosowania, nie odbiera im to – w mej ocenie – charakteru *stricte* cywilnoprawnego.<sup>27</sup> Ich moc wiążąca, ważność ze względu na treść i – w przeważającej mierze – także wykładnia winna być postrzegana przez pryzmat norm prawa cywilnego, tak jak w przypadku innych wzorców umownych. Słusznie zatem Sąd Najwyższy w głosowanym wyroku przyjął, że do ich wykładni zastosowanie znajdują dyrektywy wyrażone w art. 65 § 1 i 2 k.c. Brak natomiast

---

26. Art. 807 § 1 k.c., art. 814 § 3 k.c., art. 817 § 3 k.c., art. 818 § 1 k.c., art. 822 § 5, art. 823 § 1 k.c., art. 826 § 2 i 4 k.c., art. 827 § 1 k.c., art. 830 § 1, 2 i 4 k.c., art. 831 § 1 k.c., art. 832 k.c., art. 833 k.c., art. 834 k.c.

27. Odmienne: J. Pokrzywniak w: M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008, s. 156; K. Malinowska w: Z. Brodecki, M. Glicz, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom I. Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń*, LEX 2010, art. 12 [a] ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

podstaw, by ogólne warunki ubezpieczenia interpretować przy zastosowaniu metod charakterystycznych dla aktów prawnych.

Mimo że stanowisku Sądu Najwyższego w tym względzie trudno odmówić słuszności, zawarta w nim myśl co do obowiązujących reguł interpretacyjnych nakreślona została zbyt wąsko, bez uwzględnienia specyfiki omawianego typu wzorca. Stało się to przyczyną błędnych wniosków na temat wpływu na proces wykładni występowania w roli ubezpieczającego podmiotu profesjonalnego – przedsiębiorcy.

Otóż mimo że do wykładni ogólnych warunków ubezpieczenia znajdują zastosowanie – tak jak w przypadku wszystkich umów – dyrektywy zawarte w art. 65 k.c., nie można pomijać znaczenia regulacji szczególnej, obowiązującej wyłącznie w odniesieniu do umowy ubezpieczenia, a gwarantującej wyższy poziom ochrony kontrahentowi ubezpieczyciela. Zgodnie z art. 12 ust. 3 *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej* ogólne warunki ubezpieczenia oraz sama umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Artykuł 12 ust. 4 stanowi natomiast, że postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Norma ta przenosi na płaszczyznę umowy ubezpieczenia znaną z art. 385 § 2 k.c. regułę interpretacyjną *in dubio contra proferentem*. O ile jednak przepisy k.c. standard ten odnoszą obecnie wprost wyłącznie do wzorca kierowanego w stosunku do konsumenta<sup>28</sup>, o tyle ustawa o działalności ubezpieczeniowej nie czyni w tym względzie jakichkolwiek dystynkcji. Dla zastosowania art. 12 ust. 4 ustawy nie ma znaczenia status będących adresatami wzorca ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy. Niezależnie od tego, czy są oni konsumentami, czy przedsiębiorcami, ryzyko niedostatecznej transparentności postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia obarcza wyłącznie ubezpieczyciela jako ich autora.<sup>29</sup>

Wbrew temu, co zdaje się sugerować uzasadnienie głosowanego wyroku, zastosowanie szczególnej normy z art. 12 ust. 4 *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej* nie jest również w żadnej mierze uzależnione od zachowania ubezpieczającego w reakcji na otrzymane ogólne warunki umów. Nie ma zatem znaczenia, czy na tym etapie ich poszczególne postanowienia były poddane dyskusji albo kwestionowane. Nawet ewentualna bierność nie pozbawia zatem kontrahenta ubezpieczyciela należnej mu ochrony. O tym, czy dane postanowienie jest jednoznaczne, rozstrzygać należy *in abstracto* – odwołując się do art. 65 k.c. – i stosując zobiektywizowany miernik oceny. Uwzględnieniu podlegają zatem możliwości percepcyjne nie konkretnego ubezpieczającego, lecz typowego kontrahenta, do którego adresowany jest stosowany przez proponenta wzorzec.

Ogólne warunki ubezpieczenia są niejednoznaczne wówczas, gdy posługując się ogólnymi dyrektywami wykładni, można im nadać różny sens, tj. wywodzić z nich kilka alternatywnych względem siebie norm postępowania. Cechę tę dany wzorzec posiada bądź nie, bez względu na to, jak w konkretnym przypadku zachowa się kontrahent ubezpieczyciela. Jeżeli sytuacja tego rodza-

28. Należy jednak mieć na uwadze, że w stanie prawnym poprzedzającym zmiany wprowadzone ustawą z 13.04.2007 r. *O zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz. U. Nr 82, poz. 557) – a zatem miarodajnym także dla sprawy rozstrzygniętej głosowanym wyrokiem – art. 384 § 5 k.c. nakazywał odnosić postanowienia tytułu III księgi III k.c., do stron umowy ubezpieczenia, także gdy ubezpieczający nie był konsumentem.

29. J. Kufel, *Kształtowanie treści prawnego stosunku ubezpieczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Bydgoszcz–Poznań 2002, s. 59.

ju wystąpi, do głosu dochodzi natomiast szczególna reguła interpretacyjna wynikająca z art. 12 ust. 4 *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej*.

Niejako z założenia kontrahent ubezpieczyciela jest zatem – na etapie wykładni wzorca – traktowany jak słabsza strona stosunku ubezpieczenia, choćby nawet przysługujące mu uprawnienia pozostawały w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. W tym sensie nietrafny jest wyrażony w głosowanym wyroku pogląd, jakoby dążeniu do interpretacji zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia, w sposób uwzględniający potrzebę ochrony ubezpieczającego, sprzeciwiał się profesjonalny charakter jego działalności. Słusznie natomiast podkreśla się, że na przeszkodzie takiej metodzie wykładni stoi uznanie postanowień wzorca za jednoznaczne (bez rozstrzygania, czy sytuacja taka istotnie w niniejszym przypadku miała miejsce). Wówczas bowiem przesłanka zastosowania szczegółowej reguły interpretacyjnej z art. 12 ust. 4 nie jest spełniona.

## 5.

Wątpliwości nasuwa również przyjęta przez Sąd Najwyższy w głosowanym wyroku ocena ważności kwestionowanych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia strony pozwanej. Zastrzeżenia pojawiają się już na etapie formułowania granic ustawowej zasady swobody umów. Opierając się bowiem na dyspozycji art. 353<sup>1</sup> k.c., Sąd Najwyższy wymienia wśród nich – obok zgodności treści i celu umowy z naturą stosunku, ustawą i zasadami współżycia społecznego – także wymóg ukształtowania jej postanowień w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Istotnie, kształtować treść czynności prawnej może wyłącznie oświadczenie zrozumiałe, a więc poddające się wykładni, która pozwala nadać mu jakikolwiek sens, choćby wieloznaczny. Powstaje jednak pytanie, czy ewentualne oświadczenia stron nieposiadające tej cechy istotnie należy oceniać w kategoriach nieważności, czy też – co wydaje się bardziej słuszne – po prostu odmawiać im charakteru oświadczeń woli.<sup>30</sup> Rozstrzygnięcie tego problemu z pewnością wykracza poza ramy niniejszego opracowania, sąd został on tutaj jedynie zasygnalizowany.

O ile skutki prawne złożenia oświadczenia niezrozumiałego mogą być przedmiotem rozbieżnych ocen, o tyle wątpliwości tego rodzaju nie zachodzą w przypadku oświadczeń zrozumiałych, lecz wieloznacznych. W posłużeniu się nimi przez strony trudno upatrywać przekroczenia granic swobody kontraktowej, co – w świetle art. 58 § 1 i 3 k.c. w zw. z art. 353<sup>1</sup> k.c. – prowadziłoby do nieważności umowy albo niektórych jej postanowień. Postanowienia takie należy uznać za ważne. Ustalenie ich prawnie relewantnego sensu, jako kwestia z zakresu wykładni będzie natomiast – w zależności od sytuacji – odbywać się na podstawie ogólnej normy z art. 65 k.c. bądź też dyrektyw szczególnych tj. zawartych w art. 385 § 2 k.c. czy – jak w niniejszym przypadku – w art. 12 ust. 4 *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej*.

Sprowadzenie oceny ważności kwestionowanych postanowień wzorca do problemu precyzji czy jednoznaczności użytych w nim sformułowań świadczy zatem w istocie o uchyleniu się przez Sąd Najwyższy od rozpoznania zarzutu kasacyjnego, dotyczącego kwestii o zasadniczym znaczeniu dla ustalenia zakresu odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela. Na usprawiedliwienie należy jednak zaznaczyć, że jest to zapewne konsekwencją wadliwego sformułowania w skardze kasacyjnej skądinąd trafnie postawionego zarzutu.

---

30. A. Brzozowski, W.J. Kocot, E. Skowrońska-Bocian, *Prawo cywilne. Część ogólna*, Warszawa 2010, s. 200–201.

Tymczasem zagadnienie to w realiach rozstrzyganego przypadku bynajmniej nie przedstawiało się w sposób tak oczywisty, jak można by wnosić z uzasadnienia glosowanego wyroku. Kwestionowane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia strony pozwanej w istocie budzą bowiem wątpliwości w kontekście granic swobody kontraktowej wynikających z art. 353<sup>1</sup> k.c.

Otóż wśród ograniczeń, z którymi muszą liczyć się strony podczas formułowania treści lub określania celu umowy, wskazać należy przepisy ustawy. Umowa nie może pozostawać w sprzeczności z przepisami wyrażającymi normy o charakterze *iuris cogentis*. Taki właśnie charakter mają natomiast w przeważającej części postanowienia tytułu XXVII ks. III k.c., na co wskazuje treść art. 807 k.c. Stanowi on, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami tego tytułu są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki.

Powstaje w związku z tym pytanie, którego niestety nie rozstrzyga uzasadnienie glosowanego wyroku, o zgodność kwestionowanych postanowień wzorca, określających zasady obliczania odszkodowania w przypadku niedoubezpieczenia mienia według systemu redukcji proporcjonalnej z kodeksową regulacją sumy ubezpieczenia.

Jej reżim prawny unormowany został w art. 824 k.c. Przepis ten w § 1 wskazuje, że w braku odmiennej umowy stron ustalona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawidłowa wykładnia art. 824 § 1 k.c. prowadzi zatem do wniosku, że – co podkreślono już wcześniej – suma ubezpieczenia nie jest i nie musi być zgodna z wartością ubezpieczeniową, a więc wartością mienia objętego ochroną wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia. Stanowi ona – co do zasady – górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest podstawą do obliczenia wysokości należnej mu składki. Wynika stąd, że wartość świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela w razie wypadku objętego ochroną – bez względu na wysokość poniesionej przez ubezpieczonego szkody – nie może przekroczyć pułapu sumy ubezpieczenia. Jeśli zatem ubezpieczający przy zawarciu umowy ubezpieczenia zaniży wartość ubezpieczeniową, zmuszony będzie we własnym zakresie ponieść ryzyko szkód w odniesieniu do tej części wartości ubezpieczonego mienia, która przekracza sumę ubezpieczenia. Równocześnie jednak brak jakichkolwiek podstaw, by w świetle art. 824 § 1 k.c. sumie ubezpieczenia przypisywać funkcje odmienne od zadeklarowanych powyżej. Nie stanowi ona w szczególności odpowiednika świadczenia ubezpieczeniowego ani też – poza opisaną już funkcją limitującą wartość odszkodowania – nie jest wskaźnikiem w procesie jego kalkulacji. Rodzi się w związku z tym pytanie, czy z tak ukształtowanym reżimem ustawowym sumy ubezpieczenia dają się pogodzić postanowienia ogólnych warunków umów, wprowadzające ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, idące dalej od rozwiązania przewidzianego w art. 824 § 1 k.c. Chodzi tu mianowicie o regulacje przewidujące na wypadek niedoubezpieczenia mienia ustalenie maksymalnej wartości odszkodowania na poziomie niższym od sumy ubezpieczenia.

Taki właśnie skutek wynika z zastosowania wzorca stanowiącego przedmiot analizy w glosowanym wyroku. Odnoszenie – w przypadku różnicy między wartością ubezpieczeniową a sumą ubezpieczenia przekraczającą 15 proc. – wskaźnika niedoubezpieczenia nie do wartości szkody, lecz do wartości odszkodowania ustalanego zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków umów, sprawia bowiem, że w tej kategorii przypadków pułap sumy ubezpieczenia z samego założenia nie może zostać osiągnięty.

Mimo to – jak się wydaje – słusznie przyjął Sąd Najwyższy w glosowanym wyroku, że oceniane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia nie pozostają w sprzeczności z bezwzględnie wiążącymi przepisami tytułu XXVII ks. III k.c. Brak zwłaszcza podstaw, by formułować zarzut

ich niezgodności z art. 824 § 1 k.c. Z samego brzmienia tego przepisu wynika bowiem, że wyraża on normę prawną o charakterze dyspozytywnym, określającą reżim sumy ubezpieczenia na wypadek braku odmiennych ustaleń stron. Strony mogą zatem odstąpić od przyjętego tam rozwiązania nawet poprzez rezygnację z określenia w umowie sumy ubezpieczenia i uzależnienie zakresu ochrony ubezpieczeniowej od innych czynników.<sup>31</sup> Co do zasady brak również przeszkód, by w ogólnych warunkach umów czy też w samej umowie ubezpieczenia określić skutki niedoubezpieczenia np. poprzez wprowadzenie systemu odpowiedzialności proporcjonalnej.<sup>32</sup> Rozwiązanie takie znane – jak już wskazano wcześniej – niektórym obcym systemom prawnym oraz funkcjonujące w art. 8:102 Zasad Europejskiego Prawa Ubezpieczeń [PEICL]<sup>33</sup> – samo w sobie nie wykracza poza granice swobody kontraktowej wyznaczone przez art. 353<sup>1</sup> k.c., w szczególności zaś niekoniecznie musi prowadzić do naruszenia ekwiwalentności świadczeń stron stosunku ubezpieczenia.<sup>34</sup> Trudno odmówić racji tym, którzy wskazują, że nawet przy uwzględnieniu limitującej funkcji sumy ubezpieczenia wynikającej z art. 824 k.c., jej zaniżenie względem wartości ubezpieczeniowej prowadzi do konsekwencji niekorzystnych nie tylko dla ubezpieczonego, ale też ubezpieczyciela. Wprawdzie w zamian za niższą składkę (będącą wypadkową zaniżonej sumy ubezpieczenia) ponosi on ryzyko pokrycia szkód jedynie do ograniczonego pułapu kwotowego, równocześnie jednak – przy założeniu obowiązywania metody odpowiedzialności „na pierwsze ryzyko” – prawdopodobieństwo wypłaty świadczenia w takiej maksymalnej wysokości jest znacznie wyższe aniżeli prawdopodobieństwo wypłaty kwoty odpowiadającej wartości ubezpieczeniowej przy prawidłowo skalkulowanej sumie ubezpieczenia. Innymi słowy, w przypadku niedoubezpieczenia ubezpieczyciel w zamian za niższe świadczenie ubezpieczającego znacznie częściej stanie przed koniecznością wypłaty świadczenia uznawanego za maksymalne dla danego poziomu składki<sup>35</sup>. Trudno zatem odmawiać mu z założenia prawa przeciwdziałania takiemu stanowi rzeczy poprzez odpowiednie ukształtowanie umowy.

Nie oznacza to jednak, że strony dysponują w tym względzie niczym nieograniczoną swobodą. Zgodnie bowiem z art. 353<sup>1</sup> k.c. treść oraz cel zawieranej między nimi umowy nie mogą pozostawać w sprzeczności nie tylko z przepisami ustawy, ale też z naturą stosunku oraz zasadami współżycia społecznego. Należało zatem zbadać, czy zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia strony pozwanej postanowienia, odnoszące się do skutków niedoubezpieczenia mienia, rzeczywiście czynią zadość wskazanym powyżej kryteriom. Zagadnienie to uszło tymczasem uwadze Sądu Najwyższego, który w glosowanym wyroku sprowadził problem ważności ogólnych warunków umów do oceny precyzji i jednoznaczności użytych w nich sformułowań oraz sposobu wprowadzenia wzorca do zawartej między stronami umowy. Pomiął natomiast aspekt zgodności kwestionowanych postanowień z zasadami współżycia społecznego oraz naturą stosunku.

31. M. Orlicki w: J. Panowicz-Lipska (red.), *System...*, op. cit., s. 714.

32. M. Orlicki, *O możliwości...*, op. cit., s. 66–67.

33. Por. tekst PEICL w tłumaczeniu na język polski, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2010, z. 9, s. 134–155 oraz artykuł wprowadzający D. Fuchsa, *Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2010, z. 9, s. 127–133.

34. Odmiennie, wskazując na sprzeczność wprowadzających tę metodę postanowień umownych z art. 805 k.c. – C. Orłowski, *Zakazane proporcje...*, op. cit.; tenże, *Jeszcze raz...*, op. cit.

35. J. Nawracała, *Jeszcze raz...*, op. cit.



Analizując uregulowania dotyczące wpływu niedoubezpieczenia mienia na treść spoczywającego na ubezpieczycielu obowiązku świadczenia, nie można tracić z oczu funkcji oraz natury stosunku ubezpieczenia wynikających z art. 805 k.c. Przepis ten zawiera ogólną definicję umowy ubezpieczenia. Zgodnie z jego treścią, w zamian za uiszczenie składki ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, to jest zdarzenia losowego. W przypadku ubezpieczenia majątkowego świadczenie to polega na zapłacie określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 2 pkt. 1 k.c.). Mimo że pogląd ten nie jest powszechnie akceptowany<sup>36</sup>, świadczenie ubezpieczyciela można jednakże postrzegać szerzej, obejmując nim nie tyle obowiązek zapłaty określonej sumy pieniężnej, ile udzielenia ochrony ubezpieczonego interesu. Przy takim założeniu umowę ubezpieczenia należałoby zaliczyć do kategorii umów wzajemnych, natomiast świadczenia obu stron uznawać za swe odpowiedniki.<sup>37</sup>

Kwalifikacja taka nie pozostaje bez wpływu na ocenę postanowień umowy bądź stosowanego do niej wzorca, określających skutki niedoubezpieczenia mienia. Powstaje mianowicie pytanie, czy tam, gdzie wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od sumy ubezpieczenia (jak ma to miejsce zazwyczaj w braku odmiennych ustaleń stron), z naturą stosunku daje się pogodzić postanowienie, które – bez względu na wysokość doznanej szkody – pozbawia uprawnionego szans na uzyskanie odszkodowania sięgającego wartości sumy ubezpieczenia. W takim bowiem przypadku część składki nie znajduje odpowiednika w zakresie udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony, a zatem zachwiana zostaje ekwiwalentność świadczeń stron umowy.<sup>38</sup>

Z tego rodzaju przypadkiem zetknął się Sąd Najwyższy w sprawie zakończonej głosowanym wyrokiem. Otóż postanowienie wzorca ubezpieczeniowego nakazujące – w razie znaczącego niedoubezpieczenia (w myśl szczególnie pojętej zasady proporcji) – przy wystąpieniu szkody przewyższającej sumę ubezpieczenia określać świadczenie ubezpieczyciela poprzez odniesienie współczynnika niedoubezpieczenia zamiast do wartości szkody, do sumy ubezpieczenia, sprawia, że nawet w przypadku całkowitego zniszczenia rzeczy, wypłacone odszkodowanie nigdy nie osiągnie poziomu kwoty będącej podstawą ustalania należnej składki ubezpieczeniowej.

## 6.

Głosowany wyrok, mimo trafności niektórych spośród wyrażonych w nim uwag, generalnie zasługuje na ocenę krytyczną. Jego niewątpliwą zaletę stanowi niewypowiedziana wprawdzie wprost, wynikająca jednak z istoty podjętego rozstrzygnięcia ocena skutków niedoubezpieczenia mienia przez pryzmat treści konkretnej umowy, tu – kształtowanej przez ustalony przez ubezpieczyciela wzorec. Wbrew wyrażanym niekiedy w tej kwestii poglądom brak bowiem podstaw, by – poza segmentem ubezpieczeń morskich – uzasadnienia dla ograniczeń odpowiedzialności

36. Por. Sąd Najwyższy, wyrok z 20.10.2006 r., IV CSK 125/06, OSNC – ZD 2008, nr 1, poz. 7.

37. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Bydgoszcz–Poznań 2002, s. 46–47; M. Orlicki w: J. Panowicz-Lipska (red.), *System...*, op. cit., s. 675; NSA, wyrok z 19.01.2012 r., II FSK 2746/11, niepubl.

38. Na niedopuszczalność kształtowania treści umowy wzajemnej w sposób podważający zasadę ekwiwalentności świadczeń stron wielokrotnie zwracano uwagę w orzecznictwie sądów: Sąd Najwyższy, wyrok z 8.10.2004 r., V CK 670/03, OSNC 2005, z. 9, poz. 162.

ubezpieczyciela zgodnie z założeniami systemu proporcjonalnego upatrywać w obowiązujących przepisach prawa.

Należy natomiast żałować, że mimo nadarzającej się okazji Sąd Najwyższy nie zajął zdecydowanego stanowiska w kwestii kryteriów, jakimi powinny kierować się strony, wprowadzając tego rodzaju postanowienia do zawieranej umowy.

Na dezaprobatę zasługują również rozważania poświęcone sposobowi wykładni postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Wskazywanie (choćby czysto teoretycznie) na przysługujący ubezpieczającemu status przedsiębiorcy, jako na okoliczność mającą minimalizować skutki niejednoznacznego ujęcia postanowień wzorca umowy, jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa, wypacza bowiem funkcję ochronną art. 12 ust. 4 *Ustawy o działalności ubezpieczeniowej*.

## Wykaz źródeł

- Panowicz-Lipska J., *System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część szczegółowa*, T. 8, Warszawa 2004.
- Warkało W., *Ubezpieczenia majątkowe*, Warszawa 1969.
- Winiarz J. [red.], *Kodeks cywilny z komentarzem, T. II*, Warszawa 1989.
- Brodecki Z., Glicz M., Serwach M. [red.], *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom II. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, LEX 2010.
- Kidyba A. [red.], *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania – część szczególna*, Warszawa 2010.
- Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia. Komentarz. Art. 805 – 834 KC*, Warszawa 2004.
- Orlicki M., *O możliwości stosowania reguły proporcji przy niedoubezpieczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 2.
- Orłowski C., *Zakazane proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 250 z 29.12.2010 r.
- Orłowski C., *Jeszcze raz „zakazane proporcje”*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 4, z 10.01.2011 r.
- Nawracała J., *Komentarz do: Zakazane proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 251 z 30.12.2010 r.
- Nawracała J., *Jeszcze raz „dozwolone proporcje”*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 7 z 13.01.2011 r.
- Stroiński E., *Kombinacja zatrzymania ryzyka i ubezpieczenia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2.
- Bieniek G. [red.], *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2011, s. 801.
- Górny Ł., *Komentarz do Zakazane Proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, Nr 2653 z 31.12.2010.
- Orlicki M., Pokrzywniak J., *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008.
- Kufel J., *Kształtowanie treści prawnego stosunku ubezpieczenia*, w: T. Sangowski [red.], *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Bydgoszcz–Poznań 2002.
- Brzozowski A., Kocot W.J., Skowrońska-Bocian E., *Prawo cywilne. Część ogólna*, Warszawa 2010.
- Fuchs D., *Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2010, s. 9.

Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Bydgoszcz–Poznań 2002.

Sąd Najwyższy, wyrok z 8.10.2004 r., V CK 670/03, OSNC 2005, z. 9, poz. 162.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, wyrok z 2.10.2008 r., VI ACa 140/08, niepubl.

NSA, wyrok z 19.01.2012 r., II FSK 2746/11, niepubl.

Sąd Najwyższy, wyrok z 20.10.2006 r., IV CSK 125/06, OSNC – ZD 2008, nr 1, poz. 7.

Sąd Najwyższy, wyrok z dnia 22.05.2002 r., sygn. akt: I CKN 70/00, Wokanda 2003, Nr 3, s. 7.

Sąd Najwyższy, wyrok z dnia 28.09.1934 r., sygn. akt: III C 295/34, OSCC 1935, z. 3, poz. 103.

### ***Influence of property underinsurance on the insurer's claim – commentary to the verdict of the Supreme Court of October 7, 2010, IV CSK 149/10 (unpublished)***

*The problem of the relationship between the sum insured and the insurance value of the property covered by the policy, and, in particular, its influence on the insurer's claim scope, has divided representatives of the insurance law doctrine for a long time. So far, however, it has not raised broader interest in judicial practice. The Supreme Court's verdict in question is a perfect opportunity to discuss this subject, as it concerns a really important issue of the admissible freedom of the parties to the contract to shape the consequences of property underinsurance. The position which assumes admissibility of using the principles of the proportionate system as a basis of insurer's liability in the contract seems to be right as a matter of principle. What is, however, worth noticing is the issue – which, unfortunately, stayed on the sidelines of the Court's analysis – of limits of freedom of contract in the above-mentioned respect, and the influence of property underinsurance on insurer's liability in the absence of any contractual provisions. The verdict in question is also a perfect opportunity to refer to the infrequently discussed issue of reliable rules for interpretation of general terms of insurance in mutually professional relations.*

**Key words:** underinsurance, sum insured, insurance value, general terms of insurance, freedom of contract.

**DR ŁUKASZ ŻARNOWIEC** – radca prawny, adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego UKSW w Warszawie, sekretarz redakcji czasopisma „e-Przegląd Arbitrażowy”.



Uniwersytet  
Ekonomiczny  
we Wrocławiu



Katedra Ubezpieczeń, Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów,  
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

oraz

Katedra Ubezpieczeń, Wydział Ekonomii,  
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

uprzejmie zapraszają na

## VII KONFERENCJĘ NAUKOWĄ UBEZPIECZENIA WOBEC WYZWAŃ XXI WIEKU

20–22 maja 2013 r.

Zamek w Rydzynie

Informacje dotyczące programu konferencji i warunków uczestnictwa dostępne są na stronie  
<http://www.ku.ue.wroc.pl>

**Kontakt:**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów  
Katedra Ubezpieczeń  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel. 071 36 80 338; fax 071 36 80 322  
e-mail: ubezpieczenia2013@ue.wroc.pl

---

WIADOMOŚCI UBEZPIECZENIOWE  
są oficjalnym patronem medialnym konferencji