Spis treści

NOWE IDEE I POLEMIKI

„Krótkowzroczność ubezpieczeniowa" – Marcin Kawiński **5**

ROZPRAWY NAUKOWE

Problem ubezpieczeń grupowych w dziale I i II – Marcin Wojtkowiak **9**
Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu po naprawie – Eugeniusz Kowalewski **25**
Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządców nieruchomości, wspólnot i spółdzielni mieszkaniowych – wybrane problemy – Maciej Samson **39**
Projekt dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego – Artur Borkowski **55**
Zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym rolników – Piotr Majewski, Damian Walczak **69**
Ocena efektywności polityki inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych – Agnieszka Parlińska, Katarzyna Grzegorczyk **81**

DEBIUTY

Rynek gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce – Tomasz Nowak **97**

VARIA

Zaufanie społeczne do zakładów ubezpieczeń – Tadeusz Szumlicz **113**
Konferencja Katedr Finansów. Kudowa-Zdrój, 12–14 września 2011 r. – Anna Jędrzychowska, Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska **119**

Katedra Ubezpieczeń
Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu
oraz
Katedra Ubezpieczeń
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

zapraszają na

VI MIĘDZYNARODOWĄ KONFERENCJĘ NAUKOWĄ

UBEZPIECZENIA WOBEC WYZWAŃ XXI WIEKU

21–23 maja 2012 r.
Zamek w Rydzynie

Patronat honorowy konferencji
J.M. Rektor UE Poznań, prof. zw. dr hab. Marian Gorynia
J.M. Rektor UE Wrocław, prof. zw. dr hab. Bogusław Fiedor

Komitet naukowy konferencji
Prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec
Katedra Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Dr hab. Jerzy Handschke, prof. nadzw. UEP
Katedra Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
Dr hab. Jacek Lisowski, Katedra Ubezpieczeń
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Komitet organizacyjny
Przewodnicząca: dr Anna Kufel-Siemińska
Sekretarz: mgr Aleksandra Hęćka
Członkowie: dr Monika Kaczała, dr Krzysztof Łyskawa, dr Piotr Manikowski, dr Magdalena Osak, mgr Joanna Zawarska

Patronat medialny:
„WIADOMOŚCI UBEZPIECZENIOWE"

Cele konferencji
- Wymiana myśli i doświadczeń z prowadzonych badań nad rozwojem rynku i teorii ubezpieczeń w Polsce na tle tendencji światowych
- Prezentacja wyników badań z zakresu ubezpieczeń
- Konsolidacja środowiska naukowego i praktyków zajmujących się ubezpieczeniami

Zakres tematyczny konferencji
Problemy ekonomiczne i prawne funkcjonowania ubezpieczeń ze szczególnym uwzględnieniem następujących zagadnień:

- Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw
- Zarządzanie ryzykiem i finansami zakładów ubezpieczeń
- Strategie zarządzania zakładami ubezpieczeń
- Zastosowanie metod ilościowych w ubezpieczeniach
- Bancassurance
- Ubezpieczenia katastroficzne
- Ubezpieczenia komunikacyjne
- Ubezpieczenia zdrowotne
- Ubezpieczenia rolne

Zgłoszenia i formuła konferencji
Rejestracji prosimy dokonać do dnia **31.01.2012 r.,** wypełniając formularz online dostępny na stronie internetowej Katedry: **http://ku.ue.poznan.pl.** Ze zgłoszeniem prosimy przesłać propozycję tytułu referatu wraz ze streszczeniem zawierającym jasno sformułowany problem badawczy oraz wnioski.
Konferencja odbywać się będzie w formule: prezentacja wybranych referatów podsumowana wystąpieniami praktyków i dyskusją. Ponadto przewidziano sesje posterowe.

Warunki publikacji
Referaty nadesłane na konferencje zostaną opublikowane w zeszycie naukowym (9 pkt). Warunkiem publikacji jest przesłanie artykułu zgodnego z załączonymi wytycznymi redakcyjnymi w nieprzekraczalnym terminie do dnia 15.04.2012 r. oraz uzyskanie pozytywnych recenzji.

Koszt uczestnictwa
Opłata konferencyjna wynosi 1400 zł i obejmuje:

- udział w konferencji,
- materiały konferencyjne,
- publikację,
- zakwaterowanie i wyżywienie.

Opłatę konferencyjną należy wpłacać na konto Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu nr:
54 1090 1359 0000 0000 3501 8918.
Tytuł wpłaty: Rydzyna 2012, imię i nazwisko uczestnika

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc, uczestnictwo w konferencji uzależnione jest od terminu dokonania opłaty konferencyjnej.

Ważne terminy:
31.01.2012 r. – zgłoszenie udziału w konferencji wraz ze streszczeniem referatu
31.03.2012 r. – wniesienie opłaty konferencyjnej
15.04.2012 r. – przesłanie pełnych tekstów referatów

Kontakt:
Katedra Ubezpieczeń
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
Al. Niepodległości 10
61-875 Poznań
Tel. 061 8543143
Fax. 061 8543101
e-mail: Rydzyna2012@ue.poznan.pl

NOWE IDEE I POLEMIKI

MARCIN KAWIŃSKI

„Krótkowzroczność ubezpieczeniowa"

Coraz krótszy horyzont czasowy oceny produktów i przedsięwzięć biznesowych jest bardzo istotnym trendem rynków finansowych. Lata 80. i 90. przyzwyczaiły inwestorów do ponadprzeciętnie wysokich stóp zwrotu, a skrócony do zaledwie kilku miesięcy przeciętny okres utrzymywania akcji poszczególnych branż w portfelu dotyka również instytucje finansowe. Dla inwestorów liczy się przede wszystkim szybki i wysoki zysk, a zarząd (często się w praktyce zmieniający), jeżeli chce pozostać na stanowisku, musi te oczekiwania spełnić.

Zakłady ubezpieczeń, chcąc nie chcąc, stały się elementem tego trendu i oceniane są przez akcjonariuszy głównie na podstawie wartości wskaźnika stopy zwrotu z kapitału. Inwestorzy, nie wnikając zbytnio w specyfikę branży, oceniają jedynie wielkość zysku osiągniętego w krótkim czasie. Nie ma w tym nic złego, w końcu zysk jest najlepszym kryterium oceny przedsięwzięcia. Jednak operowanie jedynie krótkim horyzontem czasowym może prowadzić do zanikania długookresowych przedsięwzięć, które nie mają charakteru infrastrukturalnego, lub do zniekształcania charakteru dotychczasowych przedsięwzięć.

Oprócz nacisków akcjonariuszy, na uwagę zasługuje zmieniające się otoczenie prawne, które obecnie tworzone jest przede wszystkim na poziomie europejskim. Oryginalne polskie regulacje dotyczą głównie ubezpieczeń obowiązkowych lub ogólnie umowy ubezpieczenia. Najważniejszą europejską regulacją w tym zakresie będzie niewątpliwie dyrektywa Wypłacalność II. Założenia i mechanizmy przyjęte w tej dyrektywie wzmacniają trend skracania horyzontu czasowego przedsięwzięć biznesowych.

Dyrektywa Wypłacalność II wprowadza kompleksowe badanie ryzyka związanego z działalnością zakładu ubezpieczeń. Co ważniejsze, od poziomu ryzyka uzależnia wielkość kapitałów niezbędnych do utrzymania określonego poziomu bezpieczeństwa. Wpływ dyrektywy Wypłacalność II na ofertę produktową zakładów ubezpieczeń wynika głównie z przyjętego założenia rynkowej wyceny zobowiązań i aktywów zakładu ubezpieczeń. Im dłuższy horyzont czasowy, tym większe konsekwencje. Poziom ryzyka można zredukować przez odpowiednie działania zmniejszające ekspozycję na ryzyko, w tym unikanie najbardziej kapitałochłonnych ryzyk. Analiza taka będzie przeprowadzana dla poszczególnych linii biznesowych, a transfery między liniami biznesowymi i w ramach poszczególnych linii biznesowych będą malały.

Analiza prawodawstwa musi zostać uzupełniona o potencjalne zmiany w organizacji rynku ubezpieczeniowego. Wydaje się, że w ślad za rynkiem bankowym nastąpi przekształcanie ubezpieczycieli funkcjonujących w formie siedziby w oddziały. Dla dużych grup kapitałowych

rozwiązanie takie staje się szczególnie interesujące w obliczu wymogów dyrektywy Wypłacalność II i uprawnień nadzorów lokalnych. Wynika to głównie z procedury konstrukcji modelu wewnętrznego na potrzeby określenia wymogów kapitałowych i zapewnienia samych kapitałów. Jednak nawet pozostawienie ubezpieczycieli w formie siedzib nie powstrzyma ograniczania działalności kapitałochłonnej. Wśród produktów, dla których zmiany będą najistotniejsze można wymienić ubezpieczenia katastrof naturalnych, ubezpieczenia inwestycyjne z gwarancjami stopy zwrotu oraz annuitety.

Ubezpieczenia katastrof naturalnych, z uwagi na potencjalną wartość strat i ograniczoną przewidywalność, mogą stać się produktami szczególnie kapitałochłonnymi. Dlatego z pewnością jeszcze większa niż dotychczas uwaga poświęcona zostanie programom reasekuracyjnym, aczkolwiek wydaje się, że wielkość polskiego rynku pozwala rozważać stworzenie poolu ubezpieczeniowego. W zmniejszeniu ryzyka zakładu ubezpieczeń pomoże precyzyjna mapa hydrologiczna Polski. Lepsze dopasowanie składki do ryzyka oznaczać będzie również, że właściciele budynków powstałych na terenach zalewowych otrzymają ubezpieczenie z bardzo wysoką składką ubezpieczeniową lub wręcz spotkają się z odmową ubezpieczenia. Biorąc pod uwagę liczbę zezwoleń na budowy na terenach zalewowych lub w istotny sposób zagrożonych ryzykiem powodzi można być pewnym, że w przyszłości wyniknie z tego istotny problem społeczny.

Udział akcji w portfelach inwestycyjnych i funduszach zarządzanych przez zakłady ubezpieczeń zmaleje znacząco, z uwagi na obowiązek uwzględnienia zmian cen. Produkty oparte na inwestycjach w akcje z określoną gwarancją stopy zwrotu, chociażby zachowania wartości funduszu na poziomie nominalnej wartości składki, będą zmuszały zakłady ubezpieczeń do podwyższania kapitałów z uwagi na potencjalne wahania. W praktyce oznacza to, że szczególnie długoterminowe plany inwestycyjne i emerytalne, z gwarancją stopy zwrotu, przestaną być oferowane.

Annuitety, z uwagi na długi okres potencjalnych wypłat oraz wciąż trudne do dokładniejszego oszacowania ryzyko długowieczności, staną się z pewnością produktem kapitałochłonnym. Z punktu widzenia obecnego udziału tych produktów w polskim rynku, poniżej 1%, nie jest to zbyt istotne, ale w przyszłości, wraz ze zwiększaniem środków prywatnych w planach emerytalnych, kluczowy będzie sposób zapewnienia świadczeń dożywotnich. Państwo może wpłynąć na dostępność tych produktów w przyszłości, finansując badania nad umieralnością w kontekście dopuszczalnych cech różnicujących ryzyko oraz ich trendów. Aczkolwiek przesądzony w zasadzie brak możliwości różnicowania składek ubezpieczeniowych ze względu na płeć stawia przed zakładami ubezpieczeń duże wyzwanie, i to nie tylko w zakresie rent dożywotnich.

„Krótkowzroczność" w ubezpieczeniach może się więc przyczynić do znaczącego przebudowania rynku ubezpieczeniowego, będącego wynikiem utrzymywania atrakcyjnej stopy zwrotu z kapitału oraz zwiększenia wymogów kapitałowych. Z jednej strony spowoduje to ogólny wzrost cen ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej zaś doprowadzi do zawężania ochrony ubezpieczeniowej poprzez wyłączanie najbardziej kapitałochłonnych produktów.

Czy zatem istotne zwiększenie sprzedaży w przyszłości może nastąpić jedynie przez wprowadzenie ubezpieczeń obowiązkowych? Obecnie promocja dobrowolnych ubezpieczeń w większym stopniu związana jest ze sprzedażą konkretnych produktów. Wciąż mało jest kampanii nastawionych na ogólną przezorność, ale co najważniejsze, działania promo-

cyjne zakładów ubezpieczeń nie są wspierane przez istotny wzrost jakości procesu likwidacji szkód. Tutaj potrzebna jest większa przewidywalność efektów ochrony ubezpieczeniowej. Część problemów wynika co prawda ze zmian przepisów prawa lub zmian wykładni obowiązujących przepisów (np. odpowiedzialności cywilnej), ale zakłady ubezpieczeń mają w tym zakresie wciąż wiele do zrobienia.

Brakuje również długookresowej polityki promującej lojalnych klientów, np. krótszy okres likwidacji szkód, pomoc w zarządzaniu ryzykiem ubezpieczonego (zniżki to nie wszystko). Wydaje się, że oprócz poprawy skuteczności i efektywności zarządzania ryzykiem zakładu ubezpieczeń coraz częściej będzie istnieć potrzeba wsparcia gospodarstw domowych i małych firm w zakresie zarządzania ryzykami.

MARCIN KAWIŃSKI *– jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.*

MARCIN WOJTKOWIAK

Problem ubezpieczeń grupowych w dziale I i II

Grupowe ubezpieczenie na życie stanowi popularną i prostą formę obejmowania ochroną ubezpieczeniową pracowników i członków ich rodzin. Umowa taka pokrywa najczęściej wiele rodzajów wypadków ubezpieczeniowych. Z uwagi na klasyfikację ryzyk obejmowanych umową, ubezpieczenie to jest wyłącznie domeną ubezpieczycieli działu I. Podstawę produktu stanowi bowiem ubezpieczenie na wypadek śmierci. Zalety ubezpieczenia grupowego skłaniają ubezpieczycieli działu II do oferowania produktu, którego konstrukcja (zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela i mechanizm realizacji świadczeń) jest zbliżona do ubezpieczenia grupowego na życie. Ubezpieczenie powyższe opiera się na ubezpieczeniu zryczałtowanych kosztów pogrzebu (UZKP). Artykuł porusza problematykę prawną, związaną z kwalifikacją UZKP jako ubezpieczenia majątkowego, oraz wady i zalety grupowego ubezpieczenia quasi-życiowego w dziale II.

Wprowadzenie

Składka przypisana brutto z grupowych ubezpieczeń na życie stanowi istotny udział w składce przypisanej brutto ogółem ubezpieczycieli działu I[1]. Mimo rozwoju nowych produktów ochronnych i inwestycyjnych, umowy ubezpieczenia czysto (lub głównie) ochronne, zawierane w formie grupowej zwłaszcza przez pracodawców na rzecz pracowników, ciągle znajdują zainteresowanie z uwagi na szeroki zakres ochrony przy niskiej składce. Okoliczności te skłaniają ubezpieczycieli działu II[2] do tworzenia produktu zaspokajającego takie same (lub zbliżone) potrzeby jak grupowe ubezpieczenie na życie. Niniejszy artykuł prezentuje charakterystykę takiego produktu, ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu[3]. Autor przedstawia zwłaszcza wątpliwości dotyczące UZKP w kontekście klasyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego.

1. Dalej: ubezpieczyciele życiowi.
2. Dalej: ubezpieczyciele majątkowi.
3. Dalej: UZKP.

1. Grupowe ubezpieczenie życiowe na tle załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Prawo ubezpieczeniowe nie określa *explicite* pojęcia „ubezpieczenie grupowe"[4]. W niniejszej pracy przez umowę grupowego ubezpieczenia życiowego należy rozumieć umowę ubezpieczenia zawartą na rzecz grupy osób[5], obejmującą zakresem wyłącznie ryzyka osobowe[6], których realizacja rodzi po stronie ubezpieczyciela obowiązek spełnienia świadczenia w postaci zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia[7].

Przytoczona definicja bazuje na dwóch kategoriach ubezpieczeń osobowych, określonych w art. 829 §1 kodeksu cywilnego[8], mianowicie: ubezpieczeniu na życie oraz ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków. Powyższy podział w zakresie ubezpieczeń osobowych skutkuje w następujących kwestiach:

- ustalenie początku odpowiedzialności ubezpieczyciela – przy ubezpieczeniu na życie wymagana jest uprzednia zgoda ubezpieczonego (art. 829 §2 k.c.), w stosunku do ubezpieczeń NNW taki wymóg nie istnieje,
- zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej[9] ochrona ubezpieczeniowa w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków może być świadczona przez ubezpieczycieli działu II (w ramach grupy 1 działu II jako ubezpieczenia wypadku) lub jako uzupełnienie ubezpieczenia na życie przez ubezpieczycieli życiowych (grupa 5 działu I). Uprawnienia tego nie posiadają ubezpieczyciele majątkowi w odniesieniu do ubezpieczenia na życie (tzn. ubezpieczenie na życie jest wyłączną domeną ubezpieczycieli życiowych).

Grupowe ubezpieczenia życiowe oferowane w Polsce najczęściej obejmują swoim zakresem świadczenia należne z tytułu zajścia następujących zdarzeń:

- zgon ubezpieczonego (jako podstawowe ryzyko obejmowane ochroną) plus dodatkowe świadczenia na wypadek śmierci w nieszczęśliwym wypadku lub w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
- zgon członków rodziny ubezpieczonego: małżonka, dziecka, rodziców, teściów,
- urodzenie dziecka żywego lub martwego,
- osierocenie dziecka,
- trwały uszczerbek na zdrowiu,

---

4. O potrzebie uregulowania tej kwestii patrz: *Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych,* red. E. Kowalewski, Wydawnictwo „Dom Organizatora", Toruń 2010.
5. M. Olszewik, *Ubezpieczenia grupowe* w: *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1996, s. 94.
6. Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", 2007, nr 7/8, s. 3–4.
7. Art. 805 §2 pkt 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.; dalej: k.c.
8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.; dalej: k.c.
9. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.

- wystąpienie ciężkiej choroby,
- operacja chirurgiczna,
- pobyt w szpitalu na skutek choroby lub wypadku.

Oczywiście spotykane są również inne rodzaje świadczeń, szczególnie dotyczące zajścia określonych zdarzeń w życiu członków rodziny ubezpieczonego.

Funkcjonujące w Polsce grupowe ubezpieczenia życiowe stanowią zatem połączenie ubezpieczeń mieszczących się w grupie 1 (ubezpieczenia na życie) i grupie 5 działu I, zaś ochrona ubezpieczeniowa, zgodnie z zasadą rozdziału branż ubezpieczeniowych[10], jest realizowana przez ubezpieczycieli posiadających zezwolenie na prowadzenie działalności w dziale I.

Analiza wskazanego wyżej zakresu świadczeń w kontekście ustawowej systematyki ubezpieczeń pozwala stwierdzić, w jakim stopniu świadczenia powyższe mogą być realizowane w ramach działu II jako umowy odrębne od ubezpieczenia na życie[11]. Wniosek jest następujący: ochrona ubezpieczeniowa realizowana w obecnie funkcjonujących umowach grupowego ubezpieczenia życiowego może być udzielana także przez ubezpieczycieli majątkowych[12], z wyjątkiem ochrony obejmującej ryzyko:

- zgonu ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny),
- zgonu członków rodziny ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny),
- osierocenia dziecka oraz narodzin dziecka żywego lub martwego[13].

Wymienione świadczenia kwalifikują się wyłącznie do grupy 1 działu I.

Zatem, *prima facie* prawo ubezpieczeniowe uniemożliwia oferowanie ubezpieczeń grupowych w (pełnym) przedstawionym zakresie przez ubezpieczycieli majątkowych. Podstawowym ryzykiem obejmowanym przez grupowe ubezpieczenia życiowe jest bowiem śmierć bez względu na przyczynę, a zatem wypadek ubezpieczeniowy wykracza poza grupy 1 oraz 2 działu II.

Działania podejmowane przez ubezpieczycieli majątkowych w Polsce zdają się temu przeczyć, gdyż ubezpieczenia w swej konstrukcji odpowiadające grupowemu ubezpieczeniu życiowemu stają się elementem oferty w dziale II. Warunkiem powodzenia tych inicjatyw jest skonstruowanie produktu stanowiącego *de facto* powielenie ubezpieczenia działu I – tzn. spełniającego te same cele poprzez oferowanie zbieżnych świadczeń i podobnych mechanizmów ich realizacji. W dalszej części artykułu na oznaczenie takiego ubezpieczenia używam określenia: ubezpieczenie *quasi-życiowe*[14]. Jednocześnie należy podkreślić, iż ubezpieczenie powyższe może mieć także charakter indywidualny[15].

---

10. E. Kowalewski*, Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 1992, s. 93. Zasada ta wynika z art. 8 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
11. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe* w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz–Poznań 2002, s. 127–130.
12. Zasadniczo w ramach grup 1 i 2 działu II.
13. W praktyce świadczenia z tytułu zaistnienia wskazanych zdarzeń stanowią przedmiot oferty także ubezpieczycieli majątkowych. Praktyka ta budzi wątpliwości.
14. Przesłankami zastosowania takiej konstrukcji pojęciowej są: tożsamość celu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej do grupowego ubezpieczenia życiowego, istnienie różnic o charakterze organizacyjnym i klasyfikacyjnym pomiędzy omawianym ubezpieczeniem a grupowym ubezpieczeniem życiowym.
15. W większości takich przypadków ubezpieczony główny będzie podlegać indywidualnej ocenie ryzyka.

3. Ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu jako podstawa ubezpieczenia *quasi-życiowego*

Jako jeden z podstawowych celów ubezpieczenia grupowego na życie wskazuje się[16] zagwarantowanie środków finansowych na pokrycie kosztów związanych ze śmiercią osoby ubezpieczonej lub członka jej najbliższej rodziny, w szczególności kosztów pogrzebu. Tak rozumiany cel wynika z uwarunkowań historycznych. W latach 50. XX wieku w zakładach pracy prowadzone były tzw. kasy pogrzebowe, gwarantujące pokrycie kosztów pogrzebu członków rodziny ubezpieczonego. Z czasem rolę tych kas zaczął przejmować PZU, w formie grupowego ubezpieczenia na życie[17]. Zapewne w tych okolicznościach należy doszukiwać się genezy rozwoju ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu jako alternatywy realizowanego w dziale I ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego lub współubezpieczonego (członka rodziny ubezpieczonego)[18].

Prawidłowa konstrukcja UZKP mieści się w zakresie ryzyk obejmowanych ochroną w dziale II, ale wykracza poza ryzyka objęte grupami 1 i 2. Jednakże w obecnej praktyce rynkowej ubezpieczenie to obejmuje w istocie wypadek z zakresu ubezpieczenia na życie, gdyż świadczenie ubezpieczyciela polega *de facto* na wypłacie sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego lub współubezpieczonego[19], przy czym śmierć może nastąpić na skutek dowolnej przyczyny[20]. Suma ubezpieczenia przypada ubezpieczonemu (przy śmierci współubezpieczonego) lub wskazanemu imiennie innemu uprawnionemu[21], a w razie braku wyznaczenia osoby uprawnionej obowiązuje kolejność wskazana w OWU.

Tak wskazany zakres ubezpieczenia uniezależnia wypłatę świadczenia od faktycznego poniesienia kosztów pogrzebu[22]. Uprawnionym może być dowolna osoba, choćby w przyszłości nie sfinansowała pogrzebu ubezpieczonego (współubezpieczonego). Tymczasem konstrukcja UZKP wymaga odniesienia do odszkodowawczego charakteru świadczenia realizowanego w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

---

16. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, WSUiB, Warszawa 1996, s. 146.
17. M. Olszewik, *Ubezpieczenia…*, op.cit., s. 111.
18. W dalszej części uwagi dotyczące ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu odnoszą się zarówno do śmierci (pogrzebu) ubezpieczonego, jak i współubezpieczonych (małżonka, dziecka, rodziców, teściów).
19. Zob. np. OWU Program Ubezpieczeń Pracowniczych Benefit Complex znajdujący się w ofercie Inter-Risk TU S.A. VIG.
20. Z uwzględnieniem wyłączeń przewidzianych w OWU.
21. Wykorzystana zostaje konstrukcja umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej *sensu stricto*, określona w art. 831 k.c.
22. Świadczy o tym także wskazany w §14 ust. 4 OWU Benefit Complex wykaz dokumentów, które zgłaszający roszczenie jest zobowiązany przedłożyć ubezpieczycielowi:
    - w przypadku zgonu ubezpieczonego: zaświadczenie lekarskie – kartę zgonu oraz akt zgonu lub orzeczenie sądu uznające osobę za zmarłą,
    - w przypadku zgonu współubezpieczonego: dokumenty jak w przypadku zgonu ubezpieczonego oraz dokument potwierdzający istnienie więzi rodzinnych ze zmarłym.

    Jednocześnie brak jest wymogu okazania rachunku lub faktury potwierdzających poniesienie kosztów pogrzebu zmarłego.

W pozostałej części ubezpieczenie *quasi-życiowe* może być kształtowane w zakresie zbliżonym do grupowego ubezpieczenia na życie (świadczenia wypadkowe i chorobowe o różnym charakterze, mieszczące się w zakresie grup 1 i 2 działu II). Wątpliwości budzi obejmowanie tym ubezpieczeniem także zdarzeń polegających na osieroceniu lub urodzeniu dziecka, chyba że ochrona ubezpieczeniowa obejmować będzie interes majątkowy związany z zaistnieniem wskazanych zdarzeń.

4. Istnienie interesu majątkowego w ubezpieczeniu zryczałtowanych kosztów pogrzebu

W literaturze i orzecznictwie istnieją różne poglądy na temat charakteru prawnego świadczenia odszkodowawczego realizowanego z ubezpieczenia osobowego na gruncie k.c.[23] Głównym argumentem przemawiającym przeciwko uznawaniu tego świadczenia za należne z tytułu wykonywania ubezpieczenia osobowego[24] jest okoliczność, iż odszkodowawczy charakter świadczenia wiąże się nierozerwalnie z istnieniem interesu majątkowego, a ten może być przedmiotem ochrony jedynie w ubezpieczeniu majątkowym. Regułą w ubezpieczeniu osobowym jest zaś zapłata świadczenia bez względu na istnienie i wysokość szkody, a wszelkie odstępstwa od tej reguły skutkowałyby zatarciem ostrości podziału na ubezpieczenia osobowe i majątkowe. Ponadto, kumulacja świadczeń odszkodowawczych[25] prowadziłaby do nieuzasadnionego wzbogacenia ubezpieczonego. Argumenty te przemawiają za uznaniem UZKP jako ubezpieczenia majątkowego na gruncie k.c.

W tym miejscu niezbędne jest wyjaśnienie istoty interesu majątkowego (ubezpieczeniowego) – czyli przedmiotu ubezpieczenia majątkowego. Przedmiotem ubezpieczenia może być każdy interes majątkowy niesprzeczny z prawem i dający się ocenić w pieniądzu[26]. Jak

23. Za dopuszczalnością spełnienia świadczenia odszkodowawczego (np. zwrot kosztów leczenia) w ramach ubezpieczenia osobowego, ze wskazaniem art. 805 §2 („inne świadczenie") jako jurydycznej podstawy takiego świadczenia zob.: W. Warkałło, *Prawo ubezpieczeniowe*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1968, s. 105–107; A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2000, s. 131; M. Kaliński, *Zasada odszkodowania w ubezpieczeniach gospodarczych (cz.1)*, „Prawo Asekuracyjne", 2002, nr 1 (30), s. 48–53; M. Łohutko, *Charakter prawny świadczeń w ubezpieczeniach osobowych*, „Prawo Asekuracyjne", 2003, nr 1 (34), s. 27–29. Podobnie Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 29 grudnia 1994 r., sygn. III CZP 120/94, OSN 1995, Nr 4, poz. 55.

24. Pogląd ten wyrażają: A. Wąsiewicz, Z. Nowakowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, PWN, Warszawa–Poznań 1980, s. 36; A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 1995, s. 170; A. Koch, *Związek przyczynowy w ubezpieczeniach*, „Prawo Asekuracyjne", 1995, nr 3 (4), s. 8–9; M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 170–173; M. Śmigiel, *Zasada compensatio lucri cum damno a świadczenia z ubezpieczeń gospodarczych*, „PUG", 2001, nr 4, s. 20–22; M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 63–64. Por także: Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1965 r., sygn. III PO 3/65, OSNC 1965, Nr 12, poz. 198.

25. Niewykluczony jest przypadek zawarcia kilku umów przewidujących zwrot kosztów pogrzebu lub leczenia.

26. Art. 821 k.c. w treści obowiązującej od 10 sierpnia 2007 r.

wykazuje E. Kowalewski[27], powołując się na klasyków teorii interesu, interes ubezpieczeniowy można zdefiniować jako stosunek ubezpieczającego (ubezpieczonego) do całości jego majątku (sytuacji majątkowej). Interes ubezpieczeniowy (element pierwotny) stanowi konieczną przesłankę zaistnienia szkody (element wtórny) i jednocześnie leży u podstaw zasady odszkodowania. Rozmiar interesu musi podlegać ocenie za pomocą kryteriów obiektywnych, aczkolwiek w aspekcie identyfikacji jako przedmiot ubezpieczenia ma charakter subiektywny[28].

Ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona jedynie na rachunek podmiotu posiadającego interes ubezpieczeniowy[29]. Tym samym interes musi być zawsze relatywizowany do jego posiadacza[30] (ubezpieczającego lub ubezpieczonego), który jest co do zasady[31] beneficjentem pieniężnego świadczenia w ubezpieczeniu majątkowym.

UZKP w kształcie omówionym w rozdziale 3 nie może zatem zostać zaliczone do działu II, ponieważ:

- wypłata świadczenia jest niezależna od obciążenia kosztami pogrzebu (niezależność od istnienia interesu majątkowego) oraz
- została zastosowana konstrukcja umowy na rzecz osoby trzeciej *sensu stricto*, regulowana w art. 831 k.c.

Mając powyższe na uwadze, analiza funkcjonujących UZKP wskazuje na problem legalności tego typu konstrukcji prawnej. Wszak celem UZKP w omawianym kształcie nie jest pokrycie lub zwrot kosztów pogrzebu, a wypłata świadczenia o charakterze nieodszkodowawczym[32]. Budzi to wątpliwości w kontekście art. 58 §1 k.c., gdyż może podlegać ocenie jako czynność prawna sprzeczna z ustawą lub mająca w zamiarze obejście ustawy o działalności ubezpieczeniowej (a dokładnie zasady rozdzielności branż)[33]. Dalszą konsekwencję przyjęcia takiej tezy stanowi obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych (składka i ewentualnie wypłacone

27. E. Kowalewski, *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego* w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej 3*, red. A. Wąsiewicz, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1997, s. 74–79. Przy wyjaśnianiu teorii interesu ubezpieczeniowego autor przywołuje poglądy: V. Ehrenberga, H. Mollera, H. Hartunga, H. Eichlera, A. Bensona, H.A. Mullinsa, W. Kischa, B. Hełczyńskiego, J. Górskiego.
28. *Ibidem*, s. 83–84.
29. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 40–41.
30. M. Orlicki, *Umowa…,* op.cit., s. 21.
31. Beneficjentem może być także podmiot, na rzecz którego scedowane zostało prawo do podjęcia sumy pieniężnej należnej tytułem szkody wyrządzonej ubezpieczonemu. Przypadek ten nie jest istotny dla dalszych rozważań.
32. Zob.: uwagi w rozdziale 3.
33. Por. np.: Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2007, sygn. I UK 207/06, Legalis z tezą: „O czynności prawnej (także zawarciu umowy) mającej na celu obejście ustawy można mówić wówczas, gdy czynność taka pozwala na uniknięcie zakazów, nakazów lub obciążeń wynikających z przepisu ustawy i tylko z takim zamiarem została dokonana"; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. II CSK 658/08, Legalis z tezą: „Oceny sprzeczności z ustawą w rozumieniu art. 58 §1 KC należy dokonywać z uwzględnieniem ogólnych zasad systemu prawnego i istnienia norm prawnych, których istnienie można wywieść z ustawy"; w zakresie interpretacji pojęcia „cel czynności prawnej" zob.: Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 22 kwietnia 2010 r., sygn. V ACa 96/10, Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Katowicach rok 2010, Nr 3, poz. 3.

świadczenie) zgodnie z przepisami o bezpodstawnym wzbogaceniu, z uwagi na bezwzględną nieważność umowy[34].

5. Zryczałtowane koszty pogrzebu jako świadczenie należne ubezpieczonemu

Jak wskazałem, sam pogrzeb jako zdarzenie nie może stanowić interesu majątkowego. Przedmiot zainteresowania ubezpieczeń majątkowych może stanowić koszt organizacji pochówku, co stanowi o odszkodowawczym charakterze świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela. Ubezpieczonym musi być osoba formalnie obciążona tym kosztem.

Poniesienie kosztów pogrzebu jako uszczuplenie stanu majątkowego stanowi szkodę o niejednoznacznej kwalifikacji, gdyż:

- może być uznane jako szkoda na osobie, której jednym z elementów jest uszczerbek o majątkowym charakterze (strata), związany z naruszeniem dóbr osobistych[35]. Argumentem przeciwko takiemu przyporządkowaniu jest okoliczność, iż osoba, której dobro osobiste zostało naruszone (zmarły), nie ponosi jednocześnie szkody majątkowej (koszty pochówku),
- może być uznane jako czysta szkoda ekonomiczna (*pure economic loss*), rozumiana jako strata pieniężna niezwiązana bezpośrednio z uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego[36].

Dokonana w ramach UZKP wypłata z góry ustalonej sumy pieniężnej może nie mieć w całości charakteru odszkodowawczego, gdyż może przewyższać koszty pogrzebu. Jak jednak stanowi art. 8241 §1 k.c., ubezpieczyciel może wypłacić kwotę pieniężną wyższą od poniesionej szkody. Przepis ten ma bowiem charakter dyspozytywny. UZKP stanowi przykład ubezpieczenia w wartości otaksowanej (a zatem odstępstwa od zasady odszkodowania), gdyż suma ubezpieczenia (wartość przedmiotu ochrony, czyli interesu majątkowego) wymieniona w umowie jest miarodajna dla określenia odszkodowania, niezależnie od wysokości rzeczywiście poniesionej szkody[37].

6. Ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu a art. 446 §1 k.c.

UZKP w części odszkodowawczej koresponduje z obowiązkiem zwrotu kosztów pogrzebu wskazanym w art. 446 §1 k.c. Przewidziany w tym artykule obowiązek dotyczy sprawcy szkody i jest sankcją z zakresu odpowiedzialności cywilnej deliktowej, która jednocześnie może nakładać się na odpowiedzialność gwarancyjną ubezpieczyciela oferującego ochronę w ramach UZKP. Ubezpieczyciel ten ma prawo regresu do sprawcy szkody (lub ubezpieczyciela

34. Por. K. Ludwichowska, *Skutki naruszenia prawa zamówień publicznych w zakresie bytu prawnego grupowych ubezpieczeń na życie* w: *Ubezpieczenia grupowe*…, op.cit., s. 85–91.
35. Por. D. Fuchs, E. Kowalewski, W.W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 366–367.
36. Por. M. Mikołajewicz, *Problematyka pure economic loss ze szczególnym uwzględnieniem szkody wyrządzonej przez adwokata*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", 2010, nr 2, s. 88–89.
37. Por. M. Krajewski, *Umowa*…, op.cit., s. 218–220.

sprawcy szkody) w zakresie przewidzianym w art. 828 §1 k.c., ale jedynie do wysokości faktycznie poniesionych kosztów przez poszkodowanego[38].

Wątpliwości budzi relacja art. 446 §1 k.c. do art. 77 i n. ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych[39]. Wszelkie postulaty wyrażane w doktrynie i orzecznictwie na temat uwzględniania (bądź nie) wysokości zasiłku pogrzebowego przy ustalaniu zobowiązania w postaci zwrotu kosztów pogrzebu można przez analogię zastosować do obowiązku ubezpieczyciela wynikającego z realizacji UZKP.

Najogólniej problem sprowadza się do ustalenia, czy zasada *compensatio lucri cum damno* postulująca, iż rozpatrując skutki zdarzenia szkodzącego, należy uwzględnić także korzyści majątkowe, jakie w jego następstwie uzyskał poszkodowany[40], ma zastosowanie w przypadku zbiegu prawa do: świadczenia z tytułu zwrotu kosztów pogrzebu oraz zasiłku pogrzebowego. Dominuje pogląd wzmocniony uchwałą pełnego składu Sądu Najwyższego[41], iż zasiłek pogrzebowy ma charakter pomocy socjalnej, gdyż ma stanowić pomoc rodzinie w trudnym momencie po śmierci osoby bliskiej, zaś charakter odszkodowawczy zasiłku ma znaczenie drugorzędne. Taka wykładnia sprzyja tezie o braku podstaw do kompensacji ewentualnego świadczenia w ramach UZKP przez zasiłek pogrzebowy.

Z kolei przyjęcie tezy o kompensacyjnym charakterze zasiłku pogrzebowego rodzi pytanie o sens (skuteczność) ochrony w ramach UZKP. Zastosowanie w takim przypadku zasady *compensatio lucri cum damno* skutkować będzie wyłączeniem odszkodowawczego zobowiązania ubezpieczyciela[42]. Interes majątkowy ubezpieczonego (osoby ponoszącej koszty pogrzebu) ma wątpliwy charakter, ponieważ jego sytuacja majątkowa w bezpośrednim następstwie pogrzebu osoby bliskiej nie zmieni się. Pokrycie kosztów pogrzebu wiąże się bowiem automatycznie z powstaniem wierzytelności wobec ZUS powiększającej aktywa uprawnionego[43]. Jednocześnie powstaje wątpliwość co do możliwości wypłaty świadczenia przewyższającego poniesioną szkodę (art. 824^1 §1 k.c.), skoro brak jest uszczerbku choćby w minimalnej wysokości.

7. Klasyfikacja ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej

UZKP stanowi przykład wykorzystania możliwości teorii interesu majątkowego, obowiązującej w polskim prawie ubezpieczeniowym. W doktrynie zwraca się jednak uwagę, iż problem

38. W tej sytuacji poszkodowanym jest osoba formalnie obciążona kosztami pogrzebu.

39. Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.

40. A. Olejniczak, Z. Radwański, *Zobowiązania – część ogólna*, C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 87.
Por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1972 r., sygn. II CR 592/72, Legalis.

41. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2009 r., sygn. III CZP 140/08, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna rok 2009, Nr 10, poz. 132, s. 1.

42. Nie dotyczy to sytuacji, gdy zasiłek pogrzebowy nie pokrył całkowitego kosztu pogrzebu. Po nowelizacji ustawy o emeryturach i rentach z FUS taki stan może stać się powszechny, gdyż od 1 marca 2011 r. zasiłek wynosi 4 tys. zł, zamiast uprzednio obowiązującego wskaźnika 200% przeciętnego wynagrodzenia.

43. Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.12.1972 r. Aczkolwiek na mocy art. 81 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS prawo do zasiłku pogrzebowego wygasa po 12 miesiącach od śmierci.

możliwości ubezpieczenia przez ubezpieczyciela działu II ryzyka majątkowego związanego ze śmiercią wynika ze swobody określania wypadku ubezpieczeniowego, przy czym aktualny pozostaje problem, do jakiego stopnia taka praktyka nie stanowi obejścia prawa lub naruszenia zasady rozdzielności branż[44].

Zakładając, iż UZKP może stanowić ofertę ubezpieczycieli majątkowych, dopuszczalność oferowania takiego produktu wymaga posiadania zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w dziale II we właściwej grupie obejmującej tego rodzaju interes majątkowy.

Śmierć jako bezpośrednia przyczyna poniesienia kosztu pogrzebu może być spowodowana wypadkiem, chorobą lub involucją starczą (w wyniku procesu starzenia się). Podział taki funkcjonuje w medycynie, natomiast w ubezpieczeniach na życie – przy konstrukcji produktów – najczęściej stosuje się podział na:

- śmierć bez względu na przyczynę, tzn. wypadkiem ubezpieczeniowym jest zarówno śmierć naturalna, jak i nienaturalna (gwałtowna)[45],
- śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenia zależne od okoliczności wypadku lub miejsca jego zaistnienia),
- śmierć wskutek zawału serca lub udaru mózgu.

Ubezpieczenia przewidujące płatność świadczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku lub choroby klasyfikowane są odpowiednio w grupie 1 lub 2 działu II. Powstaje wątpliwość, czy do powyższych grup można przypisać ubezpieczenia wypadku i choroby o charakterze odszkodowawczym (np. koszty pogrzebu lub leczenia) jako pośrednie skutki wypadku lub choroby. E. Stroiński klasyfikuje powyższe odszkodowania do grupy 1 lub 2[46], podobnie B. Więckowska w odniesieniu do ubezpieczeń choroby[47].

Argumentem przeciwko kwalifikacji UZKP do grupy 1 lub 2 działu II jest fakt, iż przedmiotem ochrony jest uszczerbek majątkowy po stronie podmiotu ponoszącego finansowy ciężar pochówku (a zatem w następstwie śmierci to nie majątek zmarłego ulega uszczerbkowi wskutek poniesienia kosztu pogrzebu). Ponadto nie budzi wątpliwości, iż UZKP nie spełnia przesłanek zaliczenia do grupy 1 lub 2 w części dotyczącej następstwa śmierci naturalnej. UZKP w swojej całościowej (jednolitej) konstrukcji wydaje się spełniać warunki kwalifikacji do grupy 16[48] (jako ochrona na wypadek realizacji ryzyka finansowego odczuwalnego w stanie majątkowym osoby finansującej pogrzeb).

Grupa 16, a w szczególności kategoria: ubezpieczenie innych strat finansowych, jest na tyle pojemna pod względem zakresu pokrywanego ryzyka[49], iż możliwe jest zaliczenie do niej

44. B. Mrozowska, W. Łuczka, *Klasyfikacja ryzyk ubezpieczeniowych – aspekty prawne*, „Prawo Asekuracyjne", 2011, nr 2 (67), s. 24–29.
45. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia*…, op.cit., s. 246.
46. E. Stroiński, *Charakterystyka ubezpieczeń osobowych* w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2001, s. 181–183; 210–215.
47. B. Więckowska, *Ubezpieczenia pracownicze* w: *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, s. 430–431.
48. *Per analogiam* do klasyfikacji klasycznego (tzn. obejmującego zakresem śmierć bez względu na przyczynę) ubezpieczenia na życie do grupy 1 działu I, zaś ubezpieczeń dodatkowych (tzn. obejmujących wyłącznie zgon wypadkowy lub chorobowy) do grupy 5 działu I.
49. Por. D. Poniewierka w: J. Kukiełka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2003, s. 21–23.

strat finansowych powstałych wskutek organizacji pogrzebu – analogicznie do wymienionej *expressis verbis* kategorii nieprzewidzianych wydatków handlowych.

Konstatacja powyższa prowadzi do wniosku, iż ubezpieczyciel, zawierając umowę ubezpieczenia *quasi-życiowego* (obejmującą zarówno UZKP, jak i ryzyka dodatkowe), jest zobowiązany do posiadania zezwolenia na prowadzenie działalności w grupach[50] 1, 2[51] oraz 16, a umowa taka ma charakter ubezpieczenia hybrydowego[52]. Nie ogranicza to jednak w znaczący sposób możliwości oferowania ubezpieczenia *quasi-życiowego* przez ubezpieczycieli działu II[53].

8. Podstawowe zalety ubezpieczenia *quasi-życiowego*

Udzielanie ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczycieli majątkowych w zakresie zbliżonym do grupowego ubezpieczenia na życie skutkuje znaczącym wzbogaceniem oferty, co umożliwia wdrożenie sprzedaży łączonej ubezpieczeń kierowanych dla pracodawcy („klasyczne" ubezpieczenia majątkowe) i pracowników (ubezpieczenie *quasi-życiowe*).

Dla sytuacji finansowej ubezpieczycieli istotny jest fakt, iż nowy produkt stanowić może istotne źródło wzrostu przypisu składki z jednoczesną stabilizacją wyniku technicznego, gdyż grupowe ubezpieczenia życiowe (a analogicznie, z uwagi na konstrukcję produktu, także ubezpieczenia *quasi-życiowe*) charakteryzują się stabilnym przebiegiem szkodowym. Jest to szczególnie istotne przy znacząco zmiennej rentowności ubezpieczeń majątkowych[54].

Ubezpieczyciele majątkowi uzyskują możliwość konkurowania z ubezpieczycielami działu I w zakresie ubezpieczeń grupowych. Rywalizacja ta wzmagana jest przez włączenie do procesu akwizycji agentów ubezpieczeniowych działu II. O potencjale tego kanału sprzedaży świadczy fakt, iż agentów wykonujących pośrednictwo wyłącznie w dziale II jest ok. 40% więcej niż agentów działu I[55].

Ubezpieczenie *quasi-życiowe* powinno zostać dostrzeżone przez podmioty poszukujące ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie (pracodawcy, stowarzyszenia, zrzeszenia). Poszerzenie oferty ubezpieczeniowej zaspokajającej te same (lub zbliżone) potrzeby jak grupowe ubezpieczenia życiowe powinno skutkować poprawą warunków zawieranych umów (polepszenie zakresu ubezpieczenia, obniżenie składki).

---

50. Art. 94 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
51. Pozostałe ryzyka obejmowane przez ubezpieczenie *quasi-życiowe* dają się bez większej wątpliwości zakwalifikować do grup: 1 i 2 działu II.
52. M. Orlicki, *O łączeniu w jednej umowie różnych rodzajów ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne", 2010, nr 2 (63), s. 26.
53. Na dzień 31.12.2010 r., z 26. ubezpieczycieli posiadających zezwolenie w grupach 1 i 2 działu II, tylko dwóch ubezpieczycieli nie posiadało jednocześnie zezwolenia w grupie 16 (zob.: KNF, *Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2010*).
54. Zagregowany wynik techniczny ubezpieczycieli działu II w roku 2010 był gorszy od wyniku roku 2009 o ponad 1 mld zł (za: KNF, *Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2010*).
55. Obliczenia własne według stanu na dzień 31.12.2009 r. na podstawie: KNF, *Biuletyn Roczny. Rynek ubezpieczeń 2009* oraz KNF, *Dane dotyczące agentów ubezpieczeniowych*, http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_nt_posrednictwa/agenci.html odsłona z dnia 24.07.2011.

9. Podstawowe wady ubezpieczenia *quasi-życiowego*

Rozpatrując z pozycji pracodawcy, ubezpieczenie *quasi-życiowe* ma poważną wadę w stosunku do ubezpieczenia na życie. Kodeks pracy[56] przewiduje obowiązek wypłaty odprawy pośmiertnej członkom rodziny zmarłego pracownika, chyba że pracodawca ubezpieczył pracownika na życie. Literalna interpretacja tego przepisu, z uwzględnieniem przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej prowadzi do wniosku, iż świadczenie ubezpieczeniowe zrealizowane w ramach UZKP nie zwalnia pracodawcy z obowiązku wypłaty odprawy pośmiertnej, nawet jeśli ubezpieczającym był pracodawca. Zwraca uwagę niekonsekwencja regulacji kodeksu pracy, gdyż zdaniem ustawodawcy z tytułu ubezpieczenia na życie rodzinie pracownika przysługuje odszkodowanie[57].

Składki płatne z tytułu umów ubezpieczenia zawartych na rzecz pracowników, a dotyczących ryzyka objętego grupami 3-18 działu II, nie stanowią kosztu uzyskania przychodów[58]. Ten fakt pogarsza atrakcyjność ubezpieczenia *quasi-życiowego* dla podatników zamierzających finansować składkę[59]. Jednocześnie, podobnie jak w przypadku ubezpieczeń na życie, opłacone za pracownika składki stanowią jego przychód[60] i w związku z tym podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym oraz podwyższają podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia: emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe[61].

Należy zwrócić także uwagę, że interpretacja zakresu UZKP może być kłopotliwa w przypadku katastrof naturalnych lub zdarzeń w komunikacji morskiej lub lotniczej, gdy odnalezienie ciała osoby zmarłej w danych okolicznościach jest niemożliwe. W takim przypadku pochówek może mieć charakter jedynie symboliczny, co rodzi pytanie o interpretację takiego stanu faktycznego przez ubezpieczyciela. Przy braku definicji pojęcia „pogrzeb" w OWU, właściwa jest szeroka interpretacja przyjęta niedawno w orzecznictwie[62], włączająca w pojęcie pogrzebu także pochówek symboliczny.

Pojawienie się ubezpieczeń *quasi-życiowych* stanowi wyzwanie dla podmiotów sektora finansów publicznych, pod kątem przestrzegania zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców[63]. Należy rozważyć możliwość dopuszczenia ubezpieczycieli działu II

56. Art. 93 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 z późn. zm.
57. Art. 93 §7 zdanie pierwsze.
58. Art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 51, poz. 307 z późn. zm.) oraz art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r., Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
59. Problem ten istnieje przy założeniu, że UZKP zostanie zakwalifikowane do grupy 16.
60. Art. 12 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
61. Art. 18 ust. 1 i art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.
62. Uchwałą z dnia 2 lutego 2011 r. (sygn. I UZP 5/10, http://www.sn.pl/orzecznictwo/uzasadnienia/ipusisp/I-UZP-0005_10.pdf, odsłona z dnia 24.07.2011) Sąd Najwyższy uznał, iż koszty symbolicznego upamiętnienia osoby zmarłej stanowią koszty pogrzebu i uzasadniają roszczenie o zasiłek pogrzebowy.
63. Zob. T. Kwieciński w: *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, red. T. Czajkowski, Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2007, s. 76–87.

w organizowanych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe. W tym celu niezbędne jest odpowiednie ukształtowanie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia[64].

10. Rozwiązanie stosunku prawnego ubezpieczenia życiowego oraz *quasi-życiowego*

Przepisy k.c. regulujące możliwość wypowiedzenia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia *quasi-życiowego*[65] są generalnie mniej korzystne dla ubezpieczającego (ubezpieczonego), niż przy umowie życiowej. Prawo do wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela w ubezpieczeniu życiowym jest istotnie ograniczone przez art. 830 §3 k.c., gdyż może to nastąpić wyłącznie „w wypadkach wskazanych w ustawie". W przypadku terminowego ubezpieczenia *quasi-życiowego*[66] ubezpieczycielowi dodatkowo będzie przysługiwać możliwość wypowiedzenia umowy z „ważnych powodów określonych w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia"[67].

Przy wypowiedzeniu umowy przez ubezpieczającego pojawiają się niejasności. Chociaż art. 830 w §1–2 k.c. reguluje możliwość przedwczesnego rozwiązania stosunku ubezpieczenia we wszystkich rodzajach ubezpieczeń osobowych[68] (a zatem podobnie w ubezpieczeniach życiowych, wypadkowych i chorobowych), jednak nie dotyczy to ochrony udzielanej w ramach UZKP. Zatem skuteczne wypowiedzenie umowy ubezpieczenia *quasi-życiowego* wymaga ustalenia, czy umowa ta:

- w całości podlega reżimowi art. 830 §1–2 k.c.,
- w części (w zakresie klauzuli) dotyczącej UZKP podlega reżimowi przepisów ogólnych o umowie ubezpieczenia, które bezpośrednio nie przydzielają ubezpieczającemu prawa do wypowiedzenia umowy.

Przyjęcie drugiej interpretacji jako wiążącej oznacza, iż warunkiem skutecznego wypowiedzenia całej umowy ubezpieczenia *quasi-życiowego* jest przewidzenie takiego prawa w zawartej umowie[69], gdyż tylko w części „osobowej" umowa będzie mogła zostać rozwiązana na podstawie art. 830 §1–2 k.c. Ponadto budzi wątpliwości, czy na podstawie powyższych przepisów umowa ubezpieczenia *quasi-życiowego* może zostać wypowiedziana wyłącznie w części „osobowej".

---

64. Jako przykład można wskazać postępowanie o udzielenie zamówienia na ubezpieczenie życiowe pracowników Przedsiębiorstwa Uzdrowiskowego Ustroń S.A. w Ustroniu (ogłoszenie dostępne pod adresem: http://bzp0.portal.uzp.gov.pl/index.php? ogloszenie=show&pozycja=202863&rok=2010-07-29, odsłona z dnia 07.02.2011), w którym na pytanie wykonawcy (ubezpieczyciela) dopuszczono możliwość złożenia oferty przez ubezpieczyciela majątkowego ze świadczeniem: „zryczałtowane koszty pogrzebu" w miejsce ryzyka: „zgon ubezpieczonego".
65. Chodzi tu o regulacje dotyczące ubezpieczeń majątkowych i pozostałych ubezpieczeń osobowych.
66. Umowa ubezpieczenia grupowego na rzecz pracowników ma najczęściej charakter terminowy – zawierana jest na okres jednego roku z klauzulą automatycznego przedłużenia.
67. Art. 812 §5 k.c.
68. M. Orlicki w: M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa…*, op.cit., s. 132.
69. Dzięki wykorzystaniu zasady swobody kształtowania treści stosunku prawnego – art. 3531 k.c.

11. Zawarcie umowy ubezpieczenia życiowego oraz *quasi-życiowego*

Na skutek nowelizacji k.c. w 2007 r. ubezpieczenia na życie spotkał „niebyt w majestacie prawa"[70], z uwagi na przewidziany w art. 829 §2 wymóg uzyskania uprzedniej zgody ubezpieczonego na zawarcie na jego rzecz umowy ubezpieczenia na życie. Chociaż w doktrynie[71] wskazano, iż powyższy przepis nie uniemożliwiał zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego bez zgody ubezpieczonego, a jedynie uzależniał moment rozpoczęcia materialnego okresu ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego od złożenia przez niego właściwego oświadczenia, potrzebna była zmiana legislacyjna. Nowelizacja art. 829 §2 w 2009 r. literalnie „zalegalizowała" grupowe ubezpieczenia na życie, potwierdzając jednocześnie wymóg uprzedniej zgody ubezpieczonego na świadczenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

Wymóg uprzedniej zgody ubezpieczonego dotyczy jedynie ubezpieczeń na życie. Tym samym do skuteczności wszelkich pozostałych umów grupowego ubezpieczenia osobowego oraz majątkowego wymagane jest jedynie zgodne oświadczenie woli ubezpieczającego i ubezpieczyciela. W sytuacji gdy istnieje potrzeba niezwłocznego objęcia ochroną ubezpieczeniową znacznej liczby ubezpieczonych, ubezpieczenie *quasi-życiowe* stanowi korzystną alternatywę ubezpieczenia na życie.

Podsumowanie

Koncepcję ubezpieczenia *quasi-życiowego* można uznać za przejaw wykorzystania teorii interesu ubezpieczeniowego w realizacji przede wszystkim funkcji społecznej ochrony ubezpieczeniowej[72]. Wzbogacanie oferty ubezpieczycieli majątkowych o produkty o proweniencji „życiowej" wzmaga konkurencję na rynku dotychczas obsługiwanym wyłącznie przez ubezpieczycieli na życie, tworząc wartość dodaną dla ubezpieczonych (albo lepsze zaspokojenie potrzeb ubezpieczeniowych za tę samą składkę, albo zbliżony zakres ubezpieczenia za niższą składkę). Wyzwaniem pozostaje właściwe ukształtowanie stosunku ubezpieczenia *quasi-życiowego* w kontekście regulacji kodeksowej o umowie ubezpieczenia oraz przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Wykaz źródeł:

Fuchs D., Kowalewski E., Mogilski W.W, Serwach M., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006.

Handschke J., *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych,* w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2001.

70. K. Malinowska, *Ubezpieczenia na życie – niebyt w majestacie prawa?,* „Prawo Asekuracyjne", 2008, nr 2 (55), s. 35–48.
71. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka…*, op.cit., s. 3–14.
72. Por. J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych* w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, op.cit., s. 62–63.

Handschke J., Kęszycka B., Kowalewski E., *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", 2007, nr 7/8.
Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek ubezpieczeń 2009.*
Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2010.*
Komisja Nadzoru Finansowego, *Dane dotyczące agentów ubezpieczeniowych,* http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_nt_posrednictwa/agenci.htmlodsłona z dnia 24.07.2011.
Kowalewski E.*, Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 1992.
Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego* w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej 3*, red. A. Wąsiewicz, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1997.
Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004.
Kukiełka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia finansowe*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2003.
Kwieciński T., w: *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, red. T. Czajkowski, Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2007.
Ludwichowska K., *Skutki naruszenia prawa zamówień publicznych w zakresie bytu prawnego grupowych ubezpieczeń na życie,* w: *Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych*, red. E. Kowalewski, Wydawnictwo „Dom Organizatora", Toruń 2010.
Mikołajewicz M., *Problematyka pure economic loss ze szczególnym uwzględnieniem szkody wyrządzonej przez adwokata*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", 2010, nr 2.
Mrozowska B., Łuczka W., *Klasyfikacja ryzyk ubezpieczeniowych – aspekty prawne*, „Prawo Asekuracyjne", 2011, nr 2 (67).
Olejniczak A., Radwański Z., *Zobowiązania – część ogólna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2005.
Olszewik M., *Ubezpieczenia grupowe,* w: *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1996.
Orlicki M., *O łączeniu w jednej umowie różnych rodzajów ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne", 2010, nr 2 (63).
Orlicki M., Pokrzywniak J., *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2002.
OWU Program Ubezpieczeń Pracowniczych Benefit Complex zatwierdzone uchwałą Nr 55/2008 Zarządu InterRisk TU S.A. VIG z dnia 25.11.2008 r. oraz uchwałą Nr 9/2009 z dnia 10.02.2009 r. i uchwałą Nr 34/2009 z dnia 30.06.2009 r.
Stroiński E., *Charakterystyka ubezpieczeń osobowych,* w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2001.
Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie*, WSUiB, Warszawa 1996.
Stroiński E., *Ubezpieczenia osobowe,* w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz-Poznań 2002.
Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2009 r., sygn. III CZP 140/08, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna rok 2009, Nr 10, poz. 132, s. 1.
Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2011 r., sygn. I UZP 5/10, http://www.sn.pl/orzecznictwo/uzasadnienia/ipusisp/I-UZP-0005_10.pdf, odsłona z dnia 24.07.2011.

Ustawa z dnia 24 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.
Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 z późn. zm.
Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz. U. z 2010 r., Nr 51, poz. 307 z późn. zm.
Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, Dz. U. z 2000 r., Nr 54, poz. 654 z późn. zm.
Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.
Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.
Więckowska B., *Ubezpieczenia pracownicze,* w: *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010.
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 22 kwietnia 2010 r., sygn. V ACa 96/10, Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Katowicach rok 2010, Nr 3, poz. 3.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1972 r., sygn. II CR 592/72, Legalis.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 styczna 2007, sygn. I UK 207/06, Legalis.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. II CSK 658/08, Legalis.

The problem of group insurance in life and non-life insurance – summary

Group life insurance is a very popular and simple form of coverage for employees and their families. Such contract mostly covers many kinds of insurance accidents. Because of classification of risk covered with the above-mentioned contract, this insurance can be offered by life insurance companies only. This is due to the fact that death insurance is the basis of this product. Non-life insurance companies lean towards creating insurance product with a structure (especially liability of the insurance company and completion of the contract) similar to group life insurance. Such insurance is based on flat-rate funeral expenses insurance. The article deals with legal issues of flat-rate funeral expenses insurance in the context of non-life insurance. Advantages and disadvantages of group quasi-life insurance in non-life insurance are described as well.

MARCIN WOJTKOWIAK *jest doktorantem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu oraz brokerem ubezpieczeniowym.*

EUGENIUSZ KOWALEWSKI

Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu po naprawie

Pojazdy mechaniczne uszkodzone w wypadkach drogowych są z reguły poddawane naprawie, której celem jest przywrócenie ich do stanu, w jakim znajdowały się przed wypadkiem. Niestety, nie zawsze – i to pomimo zastosowania przez zakłady naprawcze ścisłego reżimu technologicznego i zachowania należytej staranności przy dokonywaniu naprawy – udaje się przywrócić w pełni wartość pojazdu w stosunku do tej, jaką przedstawiał przed wypadkiem. Jeśli właściciel sprzedaje następnie taki pojazd, obniżona wartość „sprzedażna" jest z jego punktu widzenia szkodą w rozumieniu art. 361 §2 k.c.

Czy tego rodzaju ubytek wartości jest zawsze objęty zakresem odpowiedzialności odpowiedzialnego cywilnie sprawcy (a tym samym także jego ubezpieczyciela), czy też uszczerbek ten nie powinien podlegać kompensacji? Artykuł analizuje ten problem w różnych kontekstach: w świetle linii orzecznictwa sądowego, standardów odszkodowawczych ukształtowanych w praktyce ubezpieczeniowej (polskiej i zagranicznej) oraz w ujęciach doktrynalnych.

W konkluzji podkreśla się, że nie można ustalić obowiązywania w tej mierze jednolitego standardu. Innymi słowy, ubytek wartości handlowej pojazdu powypadkowego poddanego naprawie jest kompensowany w niektórych tylko sytuacjach i dodatkowo uzależnione jest to od specyficznych okoliczności i czynników danego konkretnego stanu faktycznego. Na ogół standard taki odnosi się do samochodów nowych (lub względnie nowych), które straciły na swej wartości w stopniu znacznym; z reguły jednak o takim zwrocie ubytku wartości handlowej decyduje sąd rozpatrujący roszczenie poszkodowanego, które musi być gruntownie udokumentowane (np. przez rzeczoznawcę lub biegłego).

Wprowadzenie

Każdy skłonny jest przyznać, że naprawa powypadkowa pojazdu (zwłaszcza samochodu osobowego) może mieć wpływ na jego wartość, zwłaszcza tzw. handlową[1]. Uwidocznia się

1. Wartość handlowa pojazdu utożsamiana jest w doktrynie i orzecznictwie z jego wartością „sprzedażną" – tak słusznie uważa G. Bieniek, *Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe,* Warszawa 2006, s. 154 i nast.

to wtedy, gdy właściciel dokonuje jego sprzedaży lub zamierza tego dokonać. Dla każdego nabywcy samochód „powypadkowy" ma mniejszą wartość. Choćby naprawa w pełni przywróciła jego sprawność techniczną, wartość eksploatacyjną (a nawet użytkową czy estetyczną), to, że kupowany samochód był naprawiany, może mieć istotne znaczenie w kontekście ceny, którą skłonny jest za taki samochód zapłacić. Już sama świadomość, że kupowane auto jest „powypadkowe" powoduje mniej lub bardziej subiektywne przeświadczenie, że przedstawia on mniejszą wartość niż porównywalny pojazd „bezwypadkowy".

Powstaje zatem problem, czy podmiot odpowiedzialny za szkodę (sprawca oraz jego ubezpieczyciel OC) powinni w ramach należnego poszkodowanemu odszkodowania pokryć także, oprócz kosztów naprawy, właśnie ów ubytek wartości handlowej?

Zgodnie z ogólnymi regułami odpowiedzialności za szkodę (w szczególności z zasadą pełnego odszkodowania)[2] odpowiedź wydaje się przesądzona. Rozpatrując jednak rozliczne sytuacje faktyczne, z jakimi w praktyce mamy do czynienia na tle napraw powypadkowych pojazdów[3], odpowiedź na postawione pytanie nie jest już taka jednoznaczna ani oczywista. Wątpliwości te potęguje dodatkowo algorytm zobowiązania (roszczenia) przemiennego zawarty w dyspozycji art. 363 §1 k.c., odnoszący się do sytuacji, w której poszkodowany dokonuje wyboru sposobu naprawienia szkody w „powypadkowym" pojeździe[4].

1. Znaczenie problemu – kontekst indywidualny i makroekonomiczny

To, czy należne poszkodowanemu odszkodowanie za uszkodzony pojazd obejmie – oprócz kosztów naprawy – także ubytek jego wartości handlowej, ma oczywiście istotne znaczenie z punktu widzenia poszkodowanego. Jeśli bowiem okaże się, że sprzedając naprawiony samochód, uzyska za niego niższą cenę od tej, którą uzyskałby, gdyby sprzedawany samochód nie był „powypadkowy", jego uszczerbek majątkowy z tego tytułu byłby oczywisty. Z tego więc punktu widzenia, biorąc pod uwagę zasadę pełnego odszkodowania, uszczerbek ten powinien podlegać kompensacji. Pozostawiamy na razie na uboczu trudne i czasem sporne kwestie dowodowe co do tego, kto i przy pomocy jakich środków ma wykazać, że po naprawie pojazd rzeczywiście ma mniejszą wartość handlową i jaki jest „rozmiar" tego ubytku wartości.

Standardowe kompensowanie ubytku wartości handlowej pojazdów poddawanych naprawie ma oczywiście także swój wymiar makroekonomiczny. Uwidoczni się on w ekonomicznych parametrach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów; nie ulega wątpliwości, że spowoduje to zmniejszenie wyniku technicznego ubezpieczenia (wzrost wypłacanych odszkodowań), co nie może pozostawać bez wpływu na stosowne kwantyfika-

2. Zob. art. 361 §1–2 k.c. Szerzej B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość),* [w:] Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, Kraków 2005, s. 1069–1083.
3. Np. samochód o dłuższym okresie eksploatacji, naprawiony przy użyciu nowych części bądź podzespołów, z reguły zyskuje na wartości handlowej.
4. Szerzej – E. Kowalewski, M. Nesterowicz, *Krytyczna glosa do uchwały SN* z 12.10.2001 r., III CZP 51/01, „Prawo Asekuracyjne" nr 3 z 2003 r., s. 69–74.

cje taryfowe. Biorąc pod uwagę skalę problemu i jego masowość (ponad 20 mln pojazdów zarejestrowanych i kilkaset tysięcy wypadków komunikacyjnych w skali roku)[5], należy oczekiwać, że roczny wzrost odszkodowań z ubezpieczeń komunikacyjnych OC może osiągnąć rząd setek milionów złotych. To z kolei musi doprowadzić do nieuchronnego wzrostu stawek ubezpieczeniowych i z pewnością nie będzie to wzrost symboliczny[6].

2. Standard odszkodowawczy czy odszkodowanie *ad casum*

Jeśli problem kompensacji ubytku wartości handlowej pojazdu „powypadkowego" ujmować w kategorii tzw. standardu odszkodowawczego, to należałoby sprecyzować właściwe pole rozważań. Po pierwsze, jeśli rozpatrujemy kontekst obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, możemy poszukiwać tzw. standardu „ubezpieczeniowego", czyli szukamy odpowiedzi na pytanie, czy zakłady ubezpieczeń standardowo – w ramach przyznawanych odszkodowań z tytułu OC sprawcy wypadku komunikacyjnego – mają obowiązek kompensowania, oprócz poniesionych kosztów naprawy, także ubytku wartości pojazdu „ponaprawczego". Jeśli taka reguła nie występuje w praktyce ubezpieczeniowej albo ubytek wartości handlowej naprawionego pojazdu kompensowany jest tylko wyjątkowo (w szczególnych sytuacjach faktycznych), to o powyższym standardzie w praktyce ubezpieczeniowej trudno byłoby mówić. Odwrotnie, w takim układzie można byłoby kwestionować istnienie takiego „standardu". Po drugie, skoro ów standard ubezpieczeniowy jest determinowany (co wynika z tzw. zasady akcesoryjności ubezpieczenia OC[7]) standardem „orzeczniczym" na tle odszkodowań z tytułu wypadków komunikacyjnych, powinniśmy także dodatkowo uwzględnić orzecznictwo sądów w zakresie stosowania prawa w omawianej dziedzinie.

Mówiąc zatem o standardach odszkodowawczych, obowiązujących w poszczególnych systemach prawnych w kwestii odszkodowania za ubytek wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie, powinniśmy brać pod uwagę zarówno orzecznictwo sądowe, jak i praktykę ubezpieczeniową ukształtowaną na tle ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, które w zdecydowanej większości systemów prawnych ma charakter obowiązkowy[8]. Standardy w obu tych obszarach kompensacji szkód komunikacyjnych są oczywiście zbieżne, choć nie zawsze tożsame. Dla przykładu, w niektórych krajach uprawnienie poszkodowanego

5. Por. na ten temat – P. Majewski, *Wypadki i kolizje drogowe jako czynnik generujący popyt na usługi wynajmu pojazdu zastępczego,* [w:] *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, praca zbior. pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 204 i nast.
6. Należy oczekiwać, że może on osiągnąć poziom około 10%.
7. Zob. A. Szpunar, *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,* [w:] *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL,* red. A. Wąsiewicz, Poznań 1979, s. 104, G. Bieniek, op.cit., s. 60 oraz 143, a także E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych,* Toruń 2003, s. 269.
8. Szerzej – E. Kowalewski, *Zmierzch odpowiedzialności cywilnej za wypadki samochodowe – iluzja czy rzeczywistość,* [w:] *Kompensacja szkód komunikacyjnych. Nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe,* red. K. Ludwichowska, Warszawa 2011, s. 23–24.

do kompensacji ubytku wartości handlowej pojazdu (po jego naprawie) w pozasądowym postępowaniu ubezpieczeniowym może być kwestionowane, gdy tymczasem w procesach sądowych odszkodowanie takie jest możliwe do uzyskania. Warto więc byłoby zilustrować, jak omawiana kwestia przedstawia się w innych krajach europejskich, mając przede wszystkim na uwadze praktykę stosowania prawa (*law in action*).

3. Uwagi prawnoporównawcze

Kwestia odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu po jego naprawie nie przedstawia się jednolicie w praktyce odszkodowawczej innych krajów europejskich. W niektórych systemach (a tych jest większość) ubytek wartości handlowej pojazdu albo w ogóle nie jest kompensowany, albo może być przedmiotem odszkodowania na zasadzie wyjątku, z licznymi ograniczeniami i uwarunkowaniami (np. dotyczyć może tylko samochodów nowych bądź względnie nowych, nie może przekraczać pewnych limitów kwotowych czy procentowych lub odnosi się tylko do tzw. szkód poważnych itp.).

Dla ilustracji owych standardów odszkodowawczych ograniczymy się w tym miejscu do wybranych krajów, które – z uwagi na potencjał rynkowy i poziom rozwoju motoryzacji – są najbardziej reprezentatywne i zarazem adekwatne do warunków istniejących w naszym kraju.

Do pierwszej grupy państw należy zaliczyć te, w których generalnie nie uznaje się zasadności roszczenia poszkodowanego z tytułu ubytku wartości pojazdu „ponaprawczego". Orzecznictwo sądowe ukształtowane w tych systemach przyznaje tego rodzaju odszkodowania sporadycznie i tylko w wyjątkowych sytuacjach (Włochy, Wielka Brytania, Norwegia, Finlandia, Hiszpania, Belgia, Grecja)[9]. Gdy idzie np. o włoską doktrynę prawa deliktowego, panuje pogląd, że „…prawny system zabezpiecza naprawę tak, aby samochód został przywrócony do stanu poprzedniego"[10]. Podobnie kształtuje się w omawianej kwestii orzecznictwo w Wielkiej Brytanii, gdzie sędzia – co do zasady – zawsze oddali powództwo o refundację ubytku wartości handlowej samochodu, jeśli był on naprawiany w autoryzowanej stacji obsługi[11]. Także w Belgii tego rodzaju roszczenie nie jest generalnie uwzględniane w odniesieniu do aut o przebiegu ponad 15 000 km i może – w wyjątkowych przypadkach – obejmować maksymalnie do 10% wartości nowego samochodu[12].

Do drugiej grupy zaliczyć możemy systemy prawne (z uwzględnieniem ukształtowanego tam orzecznictwa sądów), które dopuszczają roszczenie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu po jego naprawie, choć nie uznają tego za powszechnie obowiązującą regułę. Wymienić tu możemy kraje takie jak: Niemcy, Francja, Holandia, Dania, Irlandia oraz Luksemburg[13]. Jednakże w żadnym z wymienionych systemów ubytek wartości handlowej nie jest

9. Na podstawie opracowania: H. Neidhart, *Unfall im Ausland. Band 2: West-Europa*, Neuried–München 2007, s. 64, 102, 161 i 200.
10. Zob. F.W. Busnelli i G. Comandé, *Damage Sunder Italian Law,* [w:] *Unification of Tort Law. Damages (red. U. Magnus),* Haga–London–Boston 2001, s. 140.
11. Zd. W.H. Horton Rogers, *Damages under English Law,* [w:] *Unification…,* op.cit., s. 75.
12. Zob. H. Neidhart, op.cit., s. 38.
13. Zob. H. Neidhart, op.cit., s. 38 i nast.

refundowany zawsze i w odniesieniu do wszystkich uszkodzonych aut; stosowane są różne ograniczenia (np. tylko samochody nowe lub maksimum kilkuletnie, tylko w przypadku tzw. szkód poważnych).

Na uwagę zasługuje tu praktyka odszkodowawcza ukształtowana w omawianej kwestii w orzecznictwie niemieckim. Generalnie nie przyznaje ono refundacji utraty wartości handlowej pojazdu w przypadku szkód mniejszych rozmiarów (*Bagatellschäden*) ani w sytuacjach, gdy uszkodzona została tylko karoseria. W pozostałych przypadkach odszkodowanie takie może zostać przyznane, lecz najwyżej do wysokości 30% ogólnych kosztów naprawy[14].

Podsumowując krótkie z konieczności uwagi prawnoporównawcze należy z naciskiem podkreślić, że w żadnym z badanych systemów odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie dotyczy wszystkich przypadków i samochodów; zatem mówienie o istnieniu jakiegoś utrwalonego standardu w zagranicznych systemach prawnych w omawianym zakresie byłoby daleko idącym nadużyciem.

4. Kontekst związku przyczynowego (art. 361 §1 k.c.)

Gdyby zasada pełnego odszkodowania miała – dla każdorazowej oceny zakresu szkody podlegającej naprawieniu – charakter kategoryczny (bezwzględny), problem kompensacji utraty wartości handlowej samochodu „ponaprawczego" nie nastręczałby większych trudności, przynajmniej w tych stanach faktycznych, w których ubytek taki rzeczywiście nastąpił. Pomijamy w tym miejscu problematykę ciężaru dowodu, który to dowód – co oczywiste – musiałby zostać efektywnie przeprowadzony przez poszkodowanego (art. 6 k.c.).

Tymczasem, jak wiadomo[15], zasada pełnego odszkodowania w polskim prawie cywilnym doznaje licznych ograniczeń[16], co skłania niektórych do uznania jej jedynie za zasadę „postulatywną" albo za swoisty „mit" prawa odszkodowawczego.

Najistotniejszym ograniczeniem jest przyjęta w art. 361 §1 k.c. koncepcja adekwatnego związku przyczynowego. W znaczeniu negatywnym oznacza ona, że wszelkie następstwa „zdarzenia" wyrządzającego szkodę, które nie są następstwami zwyczajnymi (adekwatnymi) nie są objęte obowiązkiem odszkodowawczym, innymi słowy za te następstwa (szkody) sprawca nie powinien odpowiadać.

Wracając do właściwego pola rozważań, rozpatrzymy typowy stan faktyczny, w którym właściciel uszkodzonego w wypadku pojazdu wybiera (art. 363 k.c.) roszczenie o zwrot udokumentowanych kosztów naprawy, ustalony na podstawie metody „fakturowej".

Wydaje się, że ani odpowiedzialny sprawca szkody, ani poszkodowany nie mają powodu zakładać, że naprawa nie przywróci w pełni walorów i parametrów samochodu poddanego naprawie. We współczesnych stosunkach, cechujących technicznie i technologicznie rozwinięte społeczeństwo, nie sposób zakładać, że każda naprawa będzie ułomna, nieefektywna

14. Szerzej – K. Ludwichowska, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczeniowa za wypadki samochodowe,* Toruń 2008, s. 35–36. Por. też cytowaną tam literaturę źródłową.
15. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, op.cit., s. 1069 i nast.
16. W. Warkałło, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice,* Warszawa 1972, s. 121 i nast.

czy wadliwa. W szczególności nie sposób założyć, że naprawiane samochody muszą nieuchronnie tracić na swej wartości handlowej.

Odwrotnie, stosowanie współczesnych technologii naprawczych gwarantuje pełne przywrócenie naprawionego samochodu do jego poprzedniego stanu, a często nawet (np. w przypadku naprawy pojazdu o dłuższym okresie eksploatacji) powodować może nawet zwiększenie tej wartości.

Wracając na płaszczyznę związku przyczynowego można stwierdzić, że typowym (normalnym) skutkiem zdarzenia, w wyniku którego uszkodzony został samochód, jest różnica jego wartości przed i po wypadku. Jeśli w tych granicach poszkodowany otrzymał refundację pełnych kosztów naprawy – o ile wybrał takie roszczenie – to wyczerpuje to jego roszczenia odszkodowawcze w omawianej sytuacji. Jeśli jednak wyjątkowo okaże się, że mimo pełnej naprawy z zachowaniem reżimów technologicznych, wartość handlowa pojazdu powypadkowego ulegnie zmniejszeniu, to tego rodzaju uszczerbek ma raczej charakter nietypowy, nadzwyczajny. Co więcej, tak pojęty składnik szkody mógłby być uznany za skutek (konsekwencję) wadliwej naprawy pojazdu, a nie za adekwatne następstwo działania sprawcy wypadku[17].

Zatem szkoda w postaci ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie powinna być zaliczana – w kontekście art. 361 §1 k.c. – do typowych (adekwatnych) następstw zdarzenia powodującego szkodę. Jeśli tak, to za taki rodzaj szkody (o charakterze pośrednim[18]) sprawca wypadku nie powinien być obciążony obowiązkiem odszkodowawczym.

---

17. A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne,* Bydgoszcz–Poznań 2001, s. 83–84; tak też A. Rembieliński, [w:] *Kodeks cywilny z komentarzem,* tom I, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1989, s. 311. W tym przedmiocie A. Wąsiewicz wypowiedział się w sposób następujący : „…rozważenia wymaga (…) tzw. obniżenie wartości sprzedażnej naprawionego samochodu. Dość często zdarza się, że poszkodowany w wypadku samochodowym, którego pojazd został uszkodzony, a następnie naprawiony, domaga się jeszcze odszkodowania za to, że wartość jego samochodu wskutek doznanych szkód jest niższa niż przed wypadkiem. Otóż roszczenie takie, jeżeli poszkodowany uznaje, iż w wyniku naprawy nastąpiło przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego, uważać należy za nieuzasadnione (…). Technologia naprawy jest dziś tak rozwinięta, że naprawa pojazdu może być dokonana w taki sposób, aby wartość pojazdu nie została obniżona. Większość części (elementów) pojazdu nadaje się do łatwej i szybkiej wymiany, istnieją aparaty diagnostyczne pozwalające wykrywać trudno dostrzegalne wady pojazdu itd. Wszystko to pozwala doprowadzić pojazd do stanu sprzed wypadku, a niekiedy może nawet lepszego. Jeżeli zatem pojazd nie ma po naprawie swej poprzedniej wartości, to należałoby przede wszystkim zbadać, czy naprawa ta była prawidłowa i pełna oraz czy nie zachodzą (zawinione lub wynikające z niedbalstwa) usterki w naprawie" (A. Wąsiewicz, op.cit., s. 83–84).

18. W kwestii znaczenia terminu „szkoda pośrednia" występują nieporozumienia, a kodeks cywilny nie operuje takimi pojęciami. Zob. J. Łopuski, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z użyciem sił przyrody (art. 152 k.c.); jej znaczenie i ewolucja w perspektywie minionego 70-lecia,* Kwartalnik Prawa Prywatnego, z. 3 z 2004 r., s. 688 i nast.
Odmiennie jednak T. Dybowski, który jako szkodę pośrednią określa utracone korzyści. Skoro ubytek wartości handlowej pojazdu po jego naprawie mieści się w kategorii „utraconych korzyści", to w tym sensie można byłoby ten rodzaj uszczerbku zaliczyć do szkody pośredniej – T. Dybowski, [w:] *System prawa cywilnego,* t. III, cz. I, Ossolineum 1981, s. 262.

Pogląd przeciwny, zakładający, że „ponaprawczy" ubytek wartości handlowej pojazdu to typowy i normalny skutek działania sprawcy, byłby równoznaczny z przyjęciem fatalistycznej koncepcji niemożności pełnej naprawy pojazdów w warunkach społeczeństwa technicznie i technologicznie rozwiniętego.

Taki pogląd nawiązujący do swoistego „defetyzmu technologicznego" jest nie do przyjęcia w dobie postępu technicznego i technologicznego, który współcześnie nie zna ograniczeń.

5. Wątpliwości dogmatyczne na tle art. 363 k.c.

Teza, że właścicielowi uszkodzonego pojazdu, który wybiera – jako sposób naprawienia szkody – zwrot udokumentowanych kosztów jego naprawy, przysługuje *ex post* dodatkowe roszczenie pieniężne z tytułu ubytku wartości naprawionego pojazdu, nie wydaje się być zgodna z dyspozycją art. 363 k.c. Jak wiadomo, przepis ten nawiązuje do konstrukcji zobowiązania przemiennego (alternatywnego) połączonego z prawem wyboru rodzaju roszczenia przez wierzyciela (poszkodowanego). Pozostawmy na uboczu wyjątkową raczej sytuację określoną w cytowanym przepisie, gdy „roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu", ponieważ nie dotyczy ona sytuacji, w której poszkodowany wybiera – jako sposób naprawienia szkody w samochodzie – jego naprawę, czyli przywrócenie do stanu poprzedniego (restytucja).

Mamy tu do czynienia z niemal klasycznym zobowiązaniem przemiennym, albowiem w omawianej sytuacji odszkodowawczej prawo wyboru świadczenia należy do poszkodowanego (zob. art. 363 §1 zd. 1), a nie do dłużnika (reguła przewidziana w art. 365 §1 i 3 k.c.).

W naszej doktrynie prezentowany jest pogląd, iż w przypadku zobowiązania przemiennego (także analizowanego na kanwie art. 363 §1 k.c.) wierzycielowi przysługuje tylko j e d n a wierzytelność, która „może być spełniona przez jedno z kilku wskazanych świadczeń, z których każde zwalnia dłużnika w z u p e ł n o ś c i"[19].

Tak więc poszkodowany, choć przysługuje mu jedna wierzytelność, musi dokonać wyboru pomiędzy d w o m a możliwymi roszczeniami (albo restytucja naturalna, albo zapłata odszkodowania pieniężnego). Ustawodawca nie pozostawił w treści art. 363 §1 zd. 1 k.c. cienia wątpliwości co do tego, że chodzi o alternatywność świadczeń (roszczeń) o charakterze r o z ł ą c z n y m (użycie spójnika „bądź").

Przy wykonaniu tak skonstruowanego zobowiązania musi nastąpić jego k o n c e n t r a c j a , czyli „przekształcenie się zobowiązania przemiennego w zobowiązanie o jednym, określonym świadczeniu". Sprecyzowanie tego świadczenia następuje w drodze decyzji osoby uprawnionej (wyboru)[20].

Wybór następuje – w razie wątpliwości – „między całymi świadczeniami", a więc nie może dotyczyć „…części jednego i części innego świadczenia"[21]. Zasadę tę – w przypadku zbiegu

19. Zob. W. Czachórski, *Zobowiązania – Zarys wykładu,* oprac. A. Brzozowski, M. Safjan i E. Skowrońska-Bocian, Warszawa 2002, s. 111.
20. Zob. W. Czachórski, op.cit., s.111.
21. W. Czachórski, ibidem.

roszczeń – jeszcze dobitniej wyraził A. Szpunar, pisząc, że uprawniony może dokonać wyboru tylko jednego z roszczeń, a „zaspokojenie jednego roszczenia oznacza wygaśnięcie drugiego"[22].

Jeśli zatem uprawniony do dokonania takiego wyboru (czyli poszkodowany – zob. art. 363) wybrał naprawę uszkodzonego pojazdu, to tym samym pozbawił się możliwości skorzystania z drugiego roszczenia alternatywnego, czyli odszkodowawczego roszczenia w formie pieniężnej. A ponieważ – jak twierdzą cytowani W. Czachórski i A. Szpunar – wybrać można tylko jedno świadczenie (roszczenie), wykluczona jest tutaj możliwość częściowego wyboru jednego (np. częściowo naprawa pojazdu) i częściowo drugiego (z pozostałej części odszkodowanie pieniężne).

Odszkodowanie za tzw. ubytek wartości handlowej pojazdu jest integralnym składnikiem pieniężnego świadczenia odszkodowawczego, przeto uznać można, że jeżeli poszkodowany wybrał naprawę pojazdu (restytucję), to tym samym pozbawił się jednocześnie możliwości dochodzenia odszkodowania pieniężnego, nawet gdyby to dotyczyć miało tylko jednego składnika odszkodowania w formie pieniężnej, a mianowicie ekwiwalentu z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu[23]. Przedstawiona zasada wymaga jednak, aby uprawniony (tu – poszkodowany) dokonał – po nastąpieniu szkody – wyboru jednego z roszczeń alternatywnych. Gdyby uprawniony takiego wyboru nie dokonał, wyborem rządzić będzie reguła wyrażona w art. 363 §3 k.c.

W praktyce stosunków odszkodowawczych, gdy roszczenia z tytułu tzw. szkód samochodowych dochodzone są bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń (jako materialnie legitymowanego dłużnika z tytułu obowiązkowego ubezpieczenie OC posiadacza)[24], poszkodowany z reguły dokonuje wyboru naprawienia szkody samochodowej; uzgadnia z ubezpieczycielem, czy wybiera naprawę (ściślej – zwrot kosztów naprawy według przedłożonych faktur), czy odszkodowanie pieniężne, czyli tzw. odszkodowanie „kosztorysowe". Żądając naprawy pojazdu, wybiera tylko jedno z roszczeń alternatywnych, pozbawiając się możliwości skorzystania z drugiego. I to jest ważki powód, dla którego nie można bezkrytycznie zaakceptować tezy, że po dokonanej naprawie uszkodzonego pojazdu każdemu poszkodowanemu przysługuje dodatkowe roszczenie pieniężne o kompensację ubytku wartości handlowej naprawionego pojazdu[25].

6. Stanowisko Sądu Najwyższego

Gdy chodzi o zagadnienie ubytku wartości handlowej pojazdu po jego naprawie jako składnika odszkodowania, to długoletnią praktykę odszkodowawczą (zwłaszcza na tle ubezpieczeń

22. A. Szpunar, *Zbieg roszczeń odszkodowawczych,* RPEiS 1, 1974, s. 44–45; zob. też A. Ohanowicz, J. Górski, *Zarys prawa zobowiązań,* Warszawa 1970, s. 162.
23. Inaczej G. Bieniek, op.cit., s. 154 i nast.
24. Por. art. 34–36 ustawy z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1252 ze zm.
25. Zob. E. Kowalewski, M. Nesterowicz, Krytyczna glosa do uchwały SN z dn. 12.10.2001 r., cytowana w przypisie 4.

komunikacyjnych OC) ukształtował wyrok SN z 3.02.1971 r. (III CRN 450/70)[26]. Stwierdzono w nim, że nie można przyjąć – jako miernika odszkodowania – wysokości ceny samochodu, którą można byłoby uzyskać w drodze sprzedaży, gdyby nie doszło do jego uszkodzenia. Na podobnym – choć już nie tak kategorycznym – gruncie stanęła uchwała SN z 19.03.1998 r. (III CZP 72/97)[27], która jednak dotyczyła nieco innego stanu faktycznego (odszkodowania za całkowite zniszczenie samochodu, mogące w y j ą t k o w o obejmować jego handlową wartość „sprzedażną" za granicą, jednak pod dodatkowym warunkiem, iż taki samochód w chwili wyrządzenia szkody stanowił „przedmiot przeznaczony do zbycia"). Ważne jednak jest to, iż uchwała ta – choć na zasadzie wyjątku – w swej istocie p e t r y f i k o w a ł a dawną linię orzecznictwa SN w omawianej kwestii. Uznała mianowicie, iż – co do zasady – odszkodowanie za uszkodzony samochód nie obejmuje ekwiwalentu za ubytek jego wartości handlowej. Znaczenie tej uchwały jest o tyle duże, że dotyczy ona – inaczej niż wcześniej wymieniony wyrok z 1971 r. – kwestii tzw. odszkodowań samochodowych w obecnych warunkach, charakteryzujących się pełną „rynkowością", czego nie można było powiedzieć o krajowym obrocie samochodami bez mała pół wieku temu.

Na szczególną uwagę zasługuje uchwała SN z 12.10.2001 (III CZP 57/01)[28], w której stwierdzono, że „odszkodowanie za uszkodzenie samochodu może obejmować oprócz kosztów jego naprawy także zapłatę sumy pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie"[29].

Zastrzeżenie budzić może formalno-językowa konstrukcja tezy uchwały, która może się stać powodem (a praktyka ubezpieczeniowa wskazuje, że tak się stało) nieporozumień. Przede wszystkim nie wiadomo, czy teza ma postać wypowiedzi kategorycznej, czy też raczej warun-

---

26. OSN CP 1971, Nr 11, poz. 205.
27. OSN CP 1988, Nr 9, poz. 133.
28. Uchwała wraz z uzasadnieniem została opublikowana w OSN IC 2002, Nr 5, poz. 57. Zob. też krytyczną glosę: E. Kowalewski, M. Nesterowicz, „Prawo Asekuracyjne" nr 3 z 2003 r., s. 69–74. Uchwałę komentuje również G. Bieniek, op.cit., s. 154 i nast. oraz A. Szpunar, *Glosa do uchwały SN* z 12.10.2001 r. (III CZP 57/01), OSP, Nr 5, poz. 61.
29. Powyższa uchwała zapadła w odpowiedzi na przedstawione przez Sąd Okręgowy w Katowicach zagadnienie prawne na kanwie dość szczególnego – co należy podkreślić – stanu faktycznego. Chodziło bowiem o luksusową markę samochodu o niewielkim okresie użytkowania (17 miesięcy). Pomimo naprawy „powypadkowej" dokonanej w autoryzowanym warsztacie zgodnie z technologią producenta i przy użyciu oryginalnych części zamiennych, samochód ten nie odzyskał pełnej wartości handlowej (sprzedażnej), to jest takiej, którą przedstawiałby, gdyby wypadkowi nie uległ. Poszkodowany otrzymał zwrot kosztów naprawy, a po naprawie samochód odzyskał pełną wartość techniczną i przywrócone zostały jego „dawne walory użytkowe". Skoro tak, to zdaniem tegoż sądu, poszkodowanemu nie należy się już dodatkowe odszkodowanie z tytułu utraty wartości handlowej samochodu – czego domagał się poszkodowany – i że wartość handlowa (a właściwie jej obniżenie) nie jest objęta obowiązkiem odszkodowawczym pozwanego. Pozwanym był wprawdzie nie sam sprawca szkody, lecz zakład ubezpieczeń, ale to nie ma znaczenia w niniejszej sprawie, albowiem zakład ten odpowiada w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu, czyli ubezpieczonego sprawcy szkody (zasada akcesoryjności).
    Od powyższego wyroku poszkodowany wniósł apelację do Sądu Okręgowego w Katowicach, który – w związku z powziętymi w tej kwestii wątpliwościami – przedstawił Sądowi Najwyższemu zagadnienie prawne, rozstrzygnięte w sposób przytoczony powyżej, czyli wyraźnie na korzyść powoda (poszkodowanego).

kowej (hipotetycznej). Chodzi zwłaszcza o użyty przez SN zwrot „może obejmować". Wypowiedź tę można rozumieć bowiem na dwa następujące sposoby:

a/ jako dyrektywę stanowiącą, iż we wszystkich sytuacjach, w których po naprawie powypadkowego samochodu nastąpił ubytek jego wartości handlowej, należy się poszkodowanemu odpowiednie pieniężne odszkodowanie pokrywające ten ubytek (a zatem, że jeśli taki ubytek nastąpił, to odszkodowanie musi obligatoryjnie go uwzględnić) albo też

b/ że odszkodowanie może ewentualnie obejmować taki dodatkowy pieniężny ekwiwalent wyrównawczy, lecz pod warunkiem że nie tylko nastąpił po naprawie samochodu ubytek jego wartości handlowej, ale nadto przyznanie takiego ekwiwalentu uzasadnione jest bardzo specyficznymi elementami i okolicznościami konkretnego stanu faktycznego.

Należy zwrócić uwagę, że omawiana uchwała stanowiła rozstrzygnięcie udzielone w wyniku zapytania sądu okręgowego, który pytanie umieścił w konkretnym i raczej nietypowym stanie faktycznym (stosunkowo luksusowy samochód, o krótkim okresie eksploatacji, który pomimo naprawy przez autoryzowaną przez producenta stację obsługi i pomimo użycia do tej naprawy wyłącznie części oryginalnych jednak stracił na wartości handlowej).

Należałoby – jak się wydaje – opowiedzieć się raczej za drugim sposobem interpretacji „ducha" omawianej uchwały, czyli za warunkowym charakterem wypowiedzianej przez SN tezy (z akcentem na słowa „może obejmować, jeżeli…"). Tak rozumiana teza respektowałaby (przynajmniej w ogólnym zarysie) linię cytowanej uchwały SN z 19.03.1998 r. Tymczasem obecnie można zaobserwować, że pełnomocnicy poszkodowanych – po ukazaniu się uchwały – przyjęli ów pierwszy sposób jej „rozumienia", to znaczy taki, iż we wszystkich przypadkach, w których naprawa pojazdu nie przywróciła jego pełnej wartości handlowej, odszkodowanie musi (!) dodatkowo objąć ekwiwalent pieniężny z tego tytułu. Co gorsza, mnożą się procesy przeciwko ubezpieczycielom, w których niemal każdy poszkodowany (mimo otrzymania zwrotu kosztów naprawy samochodu) żąda dodatkowego odszkodowania z tytułu ubytku wartości handlowej naprawionego samochodu. Sądy niższych instancji chętnie takie odszkodowania zasądzają, czując się niejako „rozgrzeszone" omawianą uchwałą SN!

Tymczasem wiadomo, że stosunki między klientami a zakładami ubezpieczeń (w szczególności stosunki odszkodowawcze) są na naszym rynku – mówiąc eufemistycznie – wręcz naszpikowane działaniami fraudulentnymi. Powracając do tego bardziej kategorycznego rozumienia omawianej uchwały SN, nasuwa się smutna refleksja, iż dla poszkodowanego (który otrzymał zwrot kosztów naprawy samochodu) nie będzie przedstawiało – w naszych, polskich warunkach – specjalnych trudności uzyskanie zaświadczenia od jakiegoś rzeczoznawcy czy eksperta stwierdzającego, że właśnie jego samochód, pomimo naprawy, stracił na swej wartości handlowej. Ponieważ nie ma nic za darmo, to za realizację takich roszczeń zapłacą wszyscy posiadacze samochodów w ramach swojej odpowiednio wyższej składki ubezpieczeniowej.

7. Stanowisko doktryny

W polskiej doktrynie problem ubytku wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie nie jest ujmowany jednolicie, a nawet – jak trafnie zauważa K. Ludwichowska[30] – jest przed-

30. K. Ludwichowska, op.cit., s. 179 i nast. oraz podana tam literatura.

miotem kontrowersji. Co więcej, wydaje się że mają one znaczenie dość istotne, by nie rzec fundamentalne[31].

Z jednej strony prezentowany jest pogląd, że – wychodząc z art. 361 §2 k.c. – jeżeli wartość samochodu (tożsama z jego wartością rynkową) zmalała w stosunku do tej, jaką „pojazd ten miałby na rynku, gdyby nie został uszkodzony, to kompensacja powinna obejmować nie tylko koszty naprawy, ale także tę różnicę wartości"[32].

Za uwzględnianiem spadku wartości handlowej „ponaprawczego" pojazdu w należnej poszkodowanemu kompensacji wypowiada się także – choć już nie tak kategorycznie – również A. Szpunar[33], który odnosi taką kumulację składników odszkodowania – jak się wydaje – do sytuacji wyjątkowych[34].

Z drugiej strony, w stanowiskach wyrażanych przez autorów zajmujących się problematyką odszkodowawczą na tle wypadków komunikacyjnych odnajdujemy wypowiedzi negujące dopuszczalność roszczenia pieniężnego poszkodowanego – który wybrał kompensację szkody samochodowej w formie refundacji kosztów naprawy – z tytułu utraty czy obniżenia jego wartości handlowej po dokonanej naprawie. Najbardziej reprezentatywny, a zarazem przekonywający, wydaje się pogląd A. Wąsiewicza, uznanego autorytetu w dziedzinie cywilnoprawnej problematyki wiążącej się z wypadkami komunikacyjnymi i ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów.

Pogląd ten zakłada, że współczesne techniki naprawy oraz obowiązujące w tym zakresie reżimy technologii, wykorzystujące stosowanie nowych i oryginalnych części oraz podzespołów (często w całości wymienionych w remontowanym pojeździe) w pełni gwarantują przywrócenie wartości samochodu do tej, jaką przedstawiał przed wypadkiem[35].

Co więcej, należycie (starannie) przeprowadzony remont uszkodzonego auta skutkuje często zwiększeniem jego wartości po naprawie, zwłaszcza gdy naprawa dotyczyła auta o dłuższym okresie eksploatacyjnym. Dla przykładu, jeżeli w pojeździe 10-letnim wymieniona została cała karoseria albo istotne jej fragmenty, nikt nie zaprzeczy, że pojazd po renowacji zyska na wartości, także – a może przede wszystkim – handlowej (sprzedażnej). Prezentowanie poglądu kwestionującego ten oczywisty fakt byłoby „defetystyczną demagogią", której nie można traktować poważnie, w szczególności na płaszczyźnie dyskursu naukowego.

Wreszcie należy odnotować stanowisko, które można byłoby określić jako pośrednie; reprezentują je ci autorzy, którzy skłonni są dopuszczać dodatkowe (oprócz kosztów naprawy) roszczenie z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu tylko w szczególnych sytuacjach, a więc na zasadzie wyjątku. Wyjątek ten dotyczy samochodów nowych bądź względnie nowych, w odniesieniu do których spadek wartości rzeczywiście (i to w stopniu istotnym) nie został wyeliminowany przez ich naprawę. Pogląd taki znaleźć można w pracach A. Rembielińskiego[36]

31. E. Kowalewski, M. Nesterowicz, op.cit., s. 69–74.
32. G. Bieniek, op.cit., s. 154–155.
33. A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie,* Bydgoszcz 1988, s. 61 oraz tenże, *Glosa do uchwały SN* z 12.10.2001 r., cytowana w przypisie 28.
34. Np. takich, które były kanwą cytowanej (glosowanej) uchwały SN z 12.10.2001 r.
35. Tak A. Wąsiewicz, op.cit., s. 83–84. Tak samo F.W. Busnelli i G. Comandé, *Damage…,* op.cit., s. 140.
36. A. Rembieliński, [w:] *Kodeks cywilny z Komentarzem,* tom I, Warszawa 1989, s. 311.

oraz T. Wiśniewskiego[37]. Za stanowiskiem takim opowiada się także – jak się wydaje – K. Ludwichowska, która omawia „aprobująco" stanowisko autorów krytycznej glosy do cytowanej już uchwały SN z 12.10.2001 r.[38]

Reasumując uwagi na temat stanowiska doktryny w kwestii utraty wartości handlowej „ponaprawczego" pojazdu, należy stwierdzić, że przeważa stanowisko opowiadające się za koincydencją roszczeń (tj. odnośnie refundacji kosztów naprawy „plus" roszczenia z tytułu ubytku wartości handlowej) na zasadzie odstępstwa od reguły. Niektórzy możliwość taką skłonni są dopuszczać w absolutnie wyjątkowych sytuacjach i okolicznościach[39] konkretnego stanu faktycznego.

8. Konkluzje

1. Poszkodowanemu w wypadku komunikacyjnym, który doznał – w jego następstwie – szkody w postaci uszkodzenia pojazdu, przysługuje wybór sposobu naprawienia szkody (art. 363 k.c.) i może on żądać odszkodowania pieniężnego w wysokości przewidywanych kosztów naprawy albo też – wybierając przywrócenie stanu uszkodzonego pojazdu – domagać się zwrotu udokumentowanych odpowiednimi dowodami (fakturami) kosztów przywrócenia pojazdu do stanu poprzedniego; układ roszczeń przypomina algorytm zobowiązania przemiennego.

Wybierając drugą metodę, czyli przywrócenie uszkodzonego pojazdu do stanu poprzedniego (analogia do tzw. restytucji *in natura*) nie może – co do zasady – mieć *ex post* dodatkowych roszczeń pieniężnych, w szczególności z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, którego naprawa została przeprowadzona na koszt odpowiedzialnego cywilnie sprawcy lub jego ubezpieczyciela OC.

2. Jeżeli dokonana naprawa nie przywróci w pełni wartości handlowej, jaką przedstawiał jego pojazd przed wypadkiem, uwzględnienie dodatkowego roszczenia pieniężnego, kompensującego ów uszczerbek, powinno następować tylko w sytuacjach absolutnie wyjątkowych i uzasadnionych szczególnymi okolicznościami stanu faktycznego.

3. Rozpatrywanie uprawnienia poszkodowanego do rekompensaty utraty wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie, jako obowiązującego standardu odszkodowawczego, kłóci się z konstrukcją dogmatyczną zobowiązania przemiennego ujętą w dyspozycji art. 363 k.c. (wybór jednego roszczenia, a nie dwóch).

4. Dodatkowe uprawnienie do refundacji ubytku wartości handlowej pojazdu po całkowitej refundacji poniesionych kosztów jego naprawy powinno przysługiwać poszkodowanemu jedynie w sytuacjach wyjątkowych, gdy – pomimo pełnej naprawy – względnie nowy pojazd przedstawia rzeczywiście mniejszą wartość handlową; ubytek taki musi być istotny i rzetelnie

37. T. Wiśniewski, [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania,* tom I, Warszawa 1999, s. 73.

38. K. Ludwichowska, op.cit., s. 179–182. Autorka pisze m.in. „przyznanie takiego odszkodowania nie będzie uzasadnione w przypadku, gdy utrata wartości handlowej jest niewielka. Posiadaczowi pojazdu nie będzie się zatem należało odszkodowanie za utratę wartości *sprzedażnej* pojazdu w przypadku zwykłej stłuczki" (s. 182).

39. E. Kowalewski, M. Nesterowicz, op.cit., s. 69–74.

udokumentowany wiarygodnymi dowodami (opiniami czy ekspertyzami). Decydować o tym powinien *ad casum* sąd.

5. Poszukiwanie swoistego i obowiązującego standardu w zakresie uprawnień poszkodowanego do kompensacji ubytku wartości handlowej naprawionego pojazdu w innych systemach prawnych (europejskich) nie może być rozstrzygające, bowiem w systemach tych standardu takiego nie ma; ubytek wartości handlowej „ponaprawczego" pojazdu (przy zachowaniu reżimu technologicznego) albo w ogóle nie podlega kompensacji, albo kompensacja taka ma miejsce na zasadzie wyjątku i z reguły z licznymi ograniczeniami. Najczęściej dotyczą one samochodów nowych (lub względnie nowych), których naprawa przyniosła znaczny ubytek ich wartości.

Źródła:

G. Bieniek, *Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe*, Warszawa 2006;

F.W. Busnelli i G. Comandé, *Damage Sunder Italian Law,* [w:] *Unification of Tort Law. Damages* (red. U. Magnus), Haga–London–Boston 2001;

W. Czachórski, *Zobowiązania – Zarys wykładu*, oprac. A. Brzozowski, M. Safjan i E. Skowrońska-Bocian, Warszawa 2002;

T. Dybowski, [w:] *System prawa cywilnego*, t. III, cz. I, Ossolineum 1981;

W.H. Horton Rogers, *Damages under English Law*, [w:] *Unification of Tort Law. Damages* (red. U. Magnus), Haga–London–Boston 2001;

E. Kowalewski, *Zmierzch odpowiedzialności cywilnej za wypadki samochodowe – iluzja czy rzeczywistość*, [w:] *Kompensacja szkód komunikacyjnych. Nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe*, red. K. Ludwichowska, Warszawa 2011;

E. Kowalewski, M. Nesterowicz, Krytyczna glosa do uchwały SN z 12.10.2001 r., III CZP 51/01, „Prawo Asekuracyjne" nr 3 z 2003 r.;

B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Zasada pełnego odszkodowania (mity i rzeczywistość),* Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, Kraków 2005;

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

J. Łopuski, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z użyciem sił przyrody (art. 152 k.c.); jej znaczenie i ewolucja w perspektywie minionego 70-lecia*, Kwartalnik Prawa Prywatnego, z. 3 z 2004;

P. Majewski, *Wypadki i kolizje drogowe jako czynnik generujący popyt na usługi wynajmu pojazdu zastępczego*, [w:] *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, praca zbior. pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011;

H. Neidhart, *Unfall im Ausland. Band 2: West-Europa*, Neuried–München, 2007;

A. Ohanowicz, J. Górski, *Zarys prawa zobowiązań*, Warszawa 1970;

A. Rembieliński, *Kodeks cywilny z Komentarzem*, tom I, Warszawa 1989;

A. Szpunar, *Ustalenie odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, red. A. Wąsiewicz, Poznań 1979;

A. Szpunar, *Zbieg roszczeń odszkodowawczych*, RPEiS 1, 1974;

A. Szpunar, Glosa do uchwały SN z 12.10.2001 r. (III CZP 57/01), OSP, Nr 5, poz. 61;

A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1988;
W. Warkałło, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972;
A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz–Poznań 2001;
T. Wiśniewski, [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, tom I, Warszawa 1999.

Compensation for a decline in commercial value of a vehicle after repair – summary

Engine vehicles damaged in traffic accidents are usually repaired in order to be restored to the condition in which they were before the accident. Unfortunately, it is not always possible – despite the fact that service stations use the strict repair regime and exercise due care when repairing the car – to fully restore the car's value to the value it had before the accident. If the owner subsequently sells such a car, the lowered sales value is from his point of view a loss within the meaning of Article 361 §2 of the Civil Code.

Is this type of a decline in vale always covered by the scope of liability of the person who caused the accident and is liable for it under provisions of the Civil Code (and, consequently, by the scope of his insurer's liability) or maybe it should be not subject to compensation. The article analyses this problem in various contexts: in view of judicial practice, compensation standards shaped in insurance (Polish and foreign) practice and from a doctrinal point of view.

In the conclusions it is emphasised that determining a uniform standard which could apply in this respect is impossible. In other words, a decline in the commercial value of a vehicle which was damaged in an accident and repaired is compensated only in certain situations, and, in addition, the compensation depends on specific circumstances and factors of a given case. Usually, such a standard applies to new cars (or relatively new ones) whose decline in value was significant; as a rule, however, it is the court looking into the injured party's claim, which needs to be well-documented (e.g. by an adjuster or expert), that decides about such reimbursement of a decline in the commercial value.

PROF. ZW. DR HAB. EUGENIUSZ KOWALEWSKI *– jest kierownikiem Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego oraz kierownikiem Zakładu Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu.*

MACIEJ SAMSON

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządców nieruchomości, wspólnot i spółdzielni mieszkaniowych – wybrane problemy

Niniejszy artykuł jest próbą zwrócenia uwagi na problem identyfikacji sprawcy i dochodzenia roszczeń z ubezpieczeń OC zarządców nieruchomości lub wspólnot mieszkaniowych przez osoby poszkodowane w związku z eksploatacją budynków wielorodzinnych. Przedstawia on uregulowania prawa własności do wyodrębnionego lokalu oraz odpowiedzialności cywilnej podmiotów występujących w procesie gospodarowania nieruchomościami. W dalszej części artykułu autor przedstawia podstawowe problemy poszkodowanych, związane z właściwym wskazaniem podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody, a więc stosowaniem prawa przez ubezpieczycieli. W końcowej części artykułu zwrócona zostaje uwaga na odpowiedzialność alternatywną występującą w amerykańskim systemie common law*, która właściwie implementowana może przyczynić się do wzmocnienia ochrony konsumenckiej właścicieli lokali mieszkalnych.*

Wprowadzenie

Jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka jest zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych. Znaczna część zasobów mieszkaniowych to budownictwo wielorodzinne. Specyfiką tego rodzaju budynków jest występowanie szkód związanych z posiadaniem i użytkowaniem wyodrębnionych lokali lub części wspólnych budynku. Niewłaściwe zarządzanie nieruchomością, jak i długotrwała eksploatacja budynku zwiększa ryzyko wystąpienia szkód majątkowych, których kompensacja jest procesem trudnym i często niezrozumiałym dla poszkodowanych. Stan prawny dotyczący wypełniania obowiązków i odpowiedzialności wspólnot oraz zarządców nieruchomości za szkody wyrządzone osobom trzecim był poruszany już w literaturze prawniczej i ubezpieczeniowej niejednokrotnie.[1] Pomimo jasnej konstrukcji prawnej, problemem staje się jednak stosowanie tego prawa przez poszczególne towarzystwa ubezpieczeniowe.

1. Zob. M. Serwach*, Podmiotowy zakres obowiązku ubezpieczenia OC osób prowadzących działalność zawodową w dziedzinie gospodarowanie nieruchomościami*, „Prawo Asekuracyjne" 1/2007;

Dochodzenie roszczeń od podmiotu odpowiedzialnego za powstałą szkodę, pomimo iż opiera się na tych samych zasadach prawnych, często różni się w zależności od tego, przeciwko jakiemu podmiotowi skierowane jest roszczenie poszkodowanego lub w jakim towarzystwie ubezpieczeniowym przychodzi nam dochodzić roszczenia.

Zaobserwować można zróżnicowane zasady występujące w postępowaniu likwidacyjnym poszczególnych ubezpieczycieli, które wprowadzają w swego rodzaju dezorientację nie tylko samych poszkodowanych, ale także ich pełnomocników. Wzajemne relacje pomiędzy członkami wspólnot mieszkaniowych a zarządcą nieruchomości oraz innymi osobami trzecimi, które doznały szkody związanej z eksploatacją budynku, rodzą komplikacje w precyzyjnym wskazaniu odpowiedzialnego za powstałą szkodę. Właściwe wskazanie sprawcy szkody to jeden z największych problemów w uzyskaniu odszkodowania należnego poszkodowanemu z ubezpieczenia OC wspólnoty mieszkaniowej lub zarządcy jej nieruchomości, który dotąd pozostawał poza zainteresowaniem doktryny.

1. Regulacja własności w budynkach wielorodzinnych

Rozważań kwestii odpowiedzialności cywilnej podmiotów za szkody majątkowe i osobowe wyrządzone osobom trzecim w związku z posiadaniem, korzystaniem lub zarządzaniem nieruchomością nie sposób rozpocząć inaczej, niż przybliżając podstawowe informacje dotyczące prawa własności i współwłasności. Zazwyczaj lokal stanowi jedynie część składową nieruchomości gruntowej, jednak w szczególnym wypadku stanowić będzie on odrębną nieruchomość – tzw. nieruchomość lokalową (w dalszej części artykułu dla uproszczenia tym pojęciem nazywać będziemy wyodrębnioną z całości budynku nieruchomość, na którą składa się lokal).

Własność lokalu w budynku wielomieszkaniowym łączy się ściśle z zagadnieniem współwłasności, uregulowanej w art. 195 kodeksu cywilnego, polegającej na niepodzielnym prawie kilku osób do tej samej rzeczy. Prawo własności przysługuje do wydzielonej części budynku – lokalu. Lokal to wydzielona trwałymi ścianami w obrębie budynku izba lub zespół izb przeznaczonych na stały pobyt ludzi, które wraz z pomieszczeniami pomocniczymi służą zaspokajaniu ich potrzeb mieszkaniowych.[2] Części, które nie pozwalają na przyporządkowanie danego elementu budynku do danego lokalu i służące do użytku przez współwłaścicieli, szczególnie części konstrukcyjne, instalacje i ciągi komunikacyjne, stanowią część wspólną budynku opartą o współwłasność ułamkową. Współwłasność ta jest niezależna od woli właścicieli wyodrębnionych lokali.

Na podstawie art. 200 kodeksu cywilnego każdy ze współwłaścicieli jest zobowiązany do współdziałania w zarządzie rzeczą wspólną. Wyróżnia się zarząd umowny, sądowy i ustawowy.[3] Ogół właścicieli lokali wchodzących w skład określonej nieruchomości tworzy wspól-

T. Sangowski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zarządców nieruchomości*, „Prawo Asekuracyjne" 4/1999; K. Lewandowski, *Odpowiedzialność kontraktowa zarządcy nieruchomościami*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" z 23 maja 2006 r.; czy wreszcie artykuły Dariusza Fuchsa w Zeszycie 7 i 8 „Rozpraw Ubezpieczeniowych".

2. Art. 2, ust. 2 ustawy o własności lokali (Dz. U. 1994, Nr 85, poz. 388, z późn. zm.).

3. Zob. rozdział II i V w: T. Filipiak, J. Mojak, M. Nazar, E. Niezbecka, *Zarys prawa cywilnego*, Verba, Lublin 2005.

notę mieszkaniową z mocy samego prawa. Pomimo że nie posiada ona osobowości prawnej, przyznaje się jej uprawnienie do nabywania praw i zaciągania zobowiązań, a więc stanowi tzw. ułomną osobę prawną. Zgodnie z art. 17 ustawy o własności lokali, za zobowiązania dotyczące nieruchomości wspólnej wspólnota odpowiada bez ograniczeń, a każdy właściciel lokalu w części odpowiadającej jego udziałowi w tej nieruchomości.

W zależności od liczby poszczególnych lokali w nieruchomości, przepisy o własnościach lokali ustawy odrębnie wskazują na sposób zarządu nieruchomością wspólną. W przypadku wspólnot mieszkaniowych do siedmiu lokali mają zastosowanie przepisy o współwłasności. Jeżeli w nieruchomości ilość lokali przekracza tę liczbę, ustawa przewiduje konieczność wyboru zarządu jako organu wykonawczego. Organem takim najczęściej jest profesjonalista trudniący się taką działalnością zawodowo, choć zdarzają się przypadki, gdzie zarząd pełni pojedynczy członek lub zarząd wybrany z członków wspólnoty mieszkaniowej. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o własności lokali, właściciele lokali mogą w umowie o ustanowieniu odrębnej własności lokali albo w umowie zawartej później w formie aktu notarialnego określić sposób zarządu nieruchomością wspólną, a w szczególności mogą powierzyć zarząd osobie fizycznej albo prawnej, którą ustawodawca w innym miejscu nazywa zarządcą. W powyższym przepisie jest mowa o zarządzie w znaczeniu funkcjonalnym, bowiem chodzi w nim o zarządzanie nieruchomością wspólną, czyli podejmowanie czynności faktycznych i prawnych koniecznych dla utrzymania tej nieruchomości. Zarządca jest przy tym osobą trzecią, podmiotem odrębnym od samej wspólnoty.[4] Odrębne regulacje dotyczą spółdzielni mieszkaniowych. Zaznaczyć należy, iż wyłącznie w przypadku, gdy żaden z właścicieli poszczególnych lokali nie będzie członkiem spółdzielni mieszkaniowej, przestają obowiązywać regulacje ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych, a zaczynają ustawy o własności lokali, a więc *de facto* powstaje wspólnota mieszkaniowa.

Mając na uwadze powyższe, należy dostrzec jeszcze jedną kwestię. Prawo własności jest najszerszym z praw rzeczowych określonym w art. 140 k.c., które podlega szczególnej ochronie. Każdemu z właścicieli przysługuje prawo do korzystania i rozporządzania rzeczą, ograniczone w zasadzie do społeczno-gospodarczego przeznaczenia tego prawa i obowiązujących norm prawnych. Co jednak w przypadku, gdy mienie prywatne zostanie uszkodzone lub osoba dozna obrażeń z winy osób trzecich? Najczęstszą, wręcz pospolitą sytuacją faktyczną jest uszkodzenie naszego lokalu poprzez zalanie, za które odpowiedzialność ponosi osoba trzecia. Powyższy przykład stanowić będzie sytuację faktyczną, na podstawie której omówione zostaną różnice przy dochodzeniu roszczeń u różnych ubezpieczycieli. Dążenie do usunięcia przyczyny powstania szkody i jej naprawienia nie jest drogą łatwą i często nie prowadzi do kompensacji z polisy ubezpieczenia wskazywanego sprawcy. Z uwagi na niską świadomość prawną i ubezpieczeniową, roszczenia często nie są kierowane właściwie i są odrzucane przez towarzystwa ubezpieczeniowe.

4. Zgodnie z uzasadnieniem wyr. Sądu Apelacyjnego w Lublinie o sygn. akt I ACa 162/11 (por. wyrok SN o sygn. I CK 108/03).

2. Podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody związane z gospodarowaniem nieruchomościami

2.1. Reżim odpowiedzialności dla szkód związanych z gospodarką nieruchomościami

W polskim systemie prawnym wyróżniamy kilka reżimów odpowiedzialności sprawcy szkody obligujących do jej naprawienia. Odpowiedzialność cywilna związana z gospodarowaniem, posiadaniem lub użytkowaniem nieruchomości oparta jest zazwyczaj na zasadzie winy określonej w art. 415 k.c., choć w zależności od zdarzenia, jej podstawą może być również reżim odpowiedzialności na zasadzie ryzyka lub odpowiedzialność kontraktowa z tytułu nienależytego wykonania zobowiązania umownego. Zaostrzony reżim odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, a więc odpowiedzialność za skutek dotyczy wyłącznie przypadków wyrzucenia, wylania lub wypadnięcia przedmiotu z pomieszczenia oraz zawalenia się całej lub oderwania części budowli. Analizując wskazany przykład zalania mieszkania z wyższych kondygnacji lub poprzez pokrycie dachowe, należy zwrócić uwagę na art. 433 k.c., który mimo że utracił dziś już swoje znaczenie, często wprowadza w błąd osoby dochodzące roszczeń o naprawienie szkody po zalaniu lokalu. Historycznie kwestia wyrzucenia lub wylania z pomieszczenia uregulowana była już w okresie rzymskim, gdzie w ramach odpowiedzialności za czyny cudze przechodniowi na drodze publicznej przysługiwało za powyższe sytuacje *actio de effusis vel deiectis*. Podstawą odpowiedzialności był wyłącznie fakt wyrzucenia lub wylania czegoś na regularnie używaną drogę publiczną lub prywatną, kiedy można było spodziewać się, że droga ta była używana. Kwestią obciążającą zajmującego mieszkanie było więc niedbalstwo.[5]

Obecnie często poszkodowani bez wykształcenia prawniczego, przy tzw. zalaniach sąsiedzkich lub z części wspólnych, powołują się na reżim odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, wynikający z art. 433 kodeksu cywilnego, który jednak nie dotyczy sytuacji przelania się wody przez ściany i elementy konstrukcyjne budynku. Pomimo sporu w doktrynie, powyższe ustalenie potwierdzone zostało wyrokiem Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 11 października 1980 r.[6] Mając na uwadze powyższe, w każdej innej sytuacji, niż określone w art. 433 k.c., gdy do szkody doszło w relacjach pozaumownych, reżim odpowiedzialności oparty jest na zasadzie winy.

Również w omawianym przykładzie zalania nie jest wystarczające do uzyskania kompensacji wyłącznie wystąpienie faktu zalania mieszkania. Ciężar dowodu, zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa na podmiocie wywodzącym z danego faktu skutki prawne. Dla uzyskania odszkodowania za szkodę, której doznał poszkodowany, konieczne jest wykazanie przez poszkodowanego trzech podstawowych elementów: powstania szkody, winy wskazywanego sprawcy oraz związku przyczynowego między działaniem tegoż sprawcy a doznaną przez poszkodowanego szkodą. Ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na przybliżenie poszczególnych elementów odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody. Jednak dla naszych rozważań istotne jest zwrócenie uwagi na kilka podstawowych aspektów odpowiedzialności cywilnej, w interesującym nas kontekście szkód, w związku z gospodarowaniem nieruchomościami.

5. Z. Nowakowski, *Odpowiedzialność za cudze czyny wg kodeksu zobowiązań*, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań 1948, s. 4.

6. I CR 295/80 (OSNC z 1981, Nr 8, poz. 151).

Podstawą roszczeń osób poszkodowanych jest poniesiona przez nich szkoda. Szkoda w polskim prawie cywilnym nie posiada swojej definicji, pomimo tego winna być rozpatrywana jako pojęcie normatywne. Obowiązkowi naprawienia szkód podlega jedynie strata rzeczywista (*damnum emergens*) oraz utracone korzyści (*lucrum cassans*). Kompensacji nie podlegają szkody ewentualne (*damnum eventualis*). Bez naruszenia normy prawnej jednak nie można mówić o szkodzie majątkowej. Tylko naruszenie prawnie chronionych dóbr i interesów stanowi szkodę. I tylko taka szkoda podlega obowiązkowi jej naprawienia.[7] Aby przesłanka winy została spełniona, wystarczy najlżejsza postać winy nieumyślnej, tj. *culpa levissima*.[8] Doznana szkoda i wina wskazywanego przez poszkodowanego sprawcy nie wystarczą do zaistnienia odpowiedzialności odszkodowawczej. Między powyższymi elementami musi zajść normalny związek przyczynowy. Dla wykazania konsekwencji działania sprawcy w postaci szkody należy udowodnić normalność następstw w każdym kolejnym układzie: przyczyna – skutek, aż do następstwa szkody. To badanie związku pomiędzy wszystkimi prawami łańcucha zdarzeń i odpowiedzi na pytanie, czy w zwyczajnym biegu rzeczy, bez szczególnych innych okoliczności, skutek jest normalnym następstwem, do którego należy przyczyna.[9]

Inaczej sprawa wygląda w zobowiązaniach umownych, gdzie najczęściej istnieje zbieg odpowiedzialności deliktowej z kontraktową, ale faktycznie dla kontraktu wystarczy wykazanie niewykonania lub nienależytego zobowiązania przez dłużnika. W przypadku zbiegu reżimów, poszkodowany, poza kodeksowymi przypadkami ma prawo wyboru podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej. Różnice pomiędzy nimi dotyczą podstawy materialnej zobowiązania, terminu przedawnienia roszczeń i ciężaru dowodu. W reżimie kontraktowym to dłużnik musi wykazać spełnienie zobowiązania. W interesujących nas przypadkach gospodarowania nieruchomościami, inaczej niż to ma miejsce w reżimie odpowiedzialności deliktowej, to zarząd wspólnoty lub zarządca nieruchomości musi wykazać spełnienie świadczenia i należyte wypełnienie obowiązków, których niedopełnienie jest wskazywane jako przyczyna powstania szkody u członka wspólnoty mieszkaniowej. Umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie jest objęte mienie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, lecz całokształt ich sytuacji majątkowej, która mogłaby doznać uszczerbku ze względu na powstanie obowiązku zapłaty odszkodowania. Obowiązek ten aktualizuje się z chwilą powstania owego stanu, bez względu na to, czy ubezpieczający (ubezpieczyciel) naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, a nawet czy w ogóle zamierza to uczynić.[10]

2.2. Podstawowe obowiązki właściciela lub zarządcy nieruchomości

Wyrządzenie szkody członkom wspólnot mieszkaniowych, jak również osobom trzecim wiąże się, szczególnie w odpowiedzialności deliktowej, z naruszeniem obowiązków nałożonych przez poszczególne normy prawne. Wśród licznych obowiązków należy zwrócić uwagę

7. A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową*, Branta, Bydgoszcz 2005, s. 23.
8. B. Lackoroński, *Odpowiedzialność za tzw. szkody pośrednie w polskim prawie cywilnym*, w: red. J. Jastrzębski, *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 147.
9. Ibidem, s. 155.
10. Por. wyroki SN z dnia 27 czerwca 1988 r., I CR 151/88, V CK 187/03 oraz uzasadnienie uchwały SN z dnia 13 czerwca 2003 r., III CZP 32/03, OSNC 2004, Nr 4, poz. 51.

szczególnie na te, które związane są z zapewnieniem bezpieczeństwa oraz właściwym użytkowaniem nieruchomością, a których złamanie prowadzi najczęściej do powstania szkód, zarówno majątkowych, jak i osobowych.

Podstawowym celem funkcjonowania wspólnoty mieszkaniowej jest wspólne utrzymanie nieruchomości w stanie co najmniej niepogorszonym oraz sprawne zarządzanie nieruchomością wspólną należącą do większej liczby właścicieli. Zarząd nieruchomością można powierzyć zarządcy zawodowemu. Pojęcie zarządcy nieruchomości zdefiniowane jest w ustawie o gospodarce nieruchomościami z dnia 21.08.1997r.[11] Jest to osoba fizyczna posiadająca licencję zawodową lub osoba prawna, jeżeli czynności z tego zakresu prowadzą licencjonowani zarządcy. Zarządzanie nieruchomością, z interesującego nas szczególnie punktu widzenia, obejmuje zgodnie z ustawą zapewnienie bezpieczeństwa użytkowania i właściwą eksploatację nieruchomości, bieżące administrowanie nieruchomością i uzasadnione inwestowanie w nieruchomość. W przypadku zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzi, bezpieczeństwa mienia bądź środowiska, o których mowa w przepisach prawa budowlanego, zarządca nieruchomości podejmuje decyzje i dokonuje czynności wykraczające poza zakres swoich powinności, mając na celu zapobieżenie szkodzie. Każda umowa na zarządzanie nieruchomością wymaga formy pisemnej, w której wymienia się dane zarządcy, numer jego licencji i, co równie istotne, oświadczenie o posiadanym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

Do szczegółowych obowiązków zarządcy nieruchomości lub właściciela należy utrzymanie obiektu zgodnie z zasadami użytkowania, jak również zapewnienie, przy dochowaniu należytej staranności, bezpiecznego użytkowania obiektu w razie wystąpienia czynników zewnętrznych oddziaływujących na obiekt, związanych z działaniem człowieka lub sił natury, w wyniku których następuje uszkodzenie obiektu budowlanego lub bezpośrednie zagrożenie takim uszkodzeniem, mogące spowodować zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, bezpieczeństwa mienia lub środowiska.[12] W tym celu, w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie warunków technicznych użytkowania budynków mieszkalnych[13] nałożono na właścicieli obowiązek corocznego badania stanu technicznego elementów budynku i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu, a także instalacji gazowych i przewodów kominowych. Raz na pięć lat dokonuje się kontroli stanu technicznego i wartości użytkowej całego obiektu, w tym instalacji elektrycznej. W rozporządzeniu w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów nałożono na zarządców i właścicieli obowiązek okresowego czyszczenia przewodów kominowych.[14] Ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w gminach[15] nałożyła na właścicieli lub zarządców nieruchomości szereg powinności dotyczących zabezpieczenia wokół budynku, w szczególności gospodarkę odpadami komunalnymi oraz uprzątnięcie błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń z chodników położonych wzdłuż nieruchomości. Ponadto zaznaczyć należy obowiązek utrzymania bezpieczeństwa związanego ze stanem drzew znajdujących

11. Dz. U. 2004, Nr 261, poz. 2603 z późn. zm.
12. Art. 61 Prawa budowlanego (Dz. U. 1994, Nr 89, poz. 414).
13. Dz. U. 1999, Nr 74, poz. 836 z późn. zm.
14. Dz. U. 2010, Nr 109, poz. 719.
15. Dz. U. 2005, Nr 236, poz. 2008 z późn. zm.

się na posesji, które mogą zagrażać ludziom lub mieniu, zgodnie z ustawą o ochronie przyrody.[16] Powyższe obowiązki mają szczególne znaczenie w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od podmiotów związanych z gospodarowaniem nieruchomościami. Naruszenie wymienionych w nich obowiązków stanowić będzie jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, gdyż mogą bezpośrednio doprowadzić do zagrożeń i powstania szkody. Szczegółowo obowiązki prewencyjno-ratownicze wspólnoty mieszkaniowej, już po wystąpieniu szkody, opisał D. Fuchs w zeszycie 8. Rozpraw Ubezpieczeniowych (1/2010).

3. Przygotowanie i dochodzenie roszczeń z tytułu szkód związanych z gospodarowaniem nieruchomościami

3.1. Ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody

Znaczną trudność dla poszkodowanych w dochodzeniu roszczeń z ubezpieczenia OC związanego z gospodarowaniem nieruchomością stanowi właściwe wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody, jak również wykazanie przesłanek uzasadniających odpowiedzialność odszkodowawczą ubezpieczyciela danego podmiotu. Największym problemem w procesie likwidacji z ww. ubezpieczeń jest zróżnicowane podejście ubezpieczycieli do kwestii przypisania winy ubezpieczonego podmiotu i ustaleń dotyczących powiązania przyczyny powstania szkody z zaniedbaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego podmiotu. Mimo że podstawa prawna i zasady odpowiedzialności cywilnej zostały jasno określone w kodeksie cywilnym, zakłady ubezpieczeń w prowadzonych przez siebie postępowaniach likwidacyjnych różnicują wymagany poziom udokumentowania winy ubezpieczanych przez nich podmiotów.

Niektóre z towarzystw ubezpieczeniowych, próbujące zbudować większy portfel ubezpieczonych wspólnot mieszkaniowych i zarządców nieruchomości, wprowadzają wewnętrzne regulacje ograniczające wymóg potwierdzenia winy ubezpieczonych do oświadczenia o przyczynie powstania szkody na wskazanym druku wewnętrznym. Druga grupa zakładów ubezpieczeń wnika dużo bardziej w stan faktyczny, wymagając udokumentowania faktycznego zaniedbania lub zaniechania ubezpieczonego podmiotu (winy), które doprowadziły do powstania szkody, poprzez przedstawienie dodatkowej dokumentacji określonej w prawie budowlanym lub innych aktach prawnych.

Wracając do omawianego przykładu najbardziej typowej szkody mieszkaniowej – zalania poprzez brak ciągłości pokrycia dachowego budynku we wspólnocie mieszkaniowej – oraz przyjmując spełnienie innych warunków odpowiedzialności gwarancyjnej, należy stwierdzić, że w przypadku wspólnot mieszkaniowych posiadających zarządcę umownego, po zgłoszeniu roszczeń do ubezpieczyciela wspólnoty i potwierdzeniu winy przez zarządcę budynku, spotkać się można z dwojakim podejściem zakładów ubezpieczeń. Zgodnie z pierwszym z opisanych przypadków, przedstawienie potwierdzenia zarządcy o zalaniu poprzez części wspólne budynku skutkować będzie przyjęciem odpowiedzialności gwarancyjnej z OC Wspólnoty Mieszkaniowej, zgodnie z zawartą umową dobrowolnego ubezpieczenia OC. Jednak w drugiej grupie towarzystw ubezpieczeniowych ubezpieczyciel poprosi zarządcę o przedłożenie protokołu okresowego przeglądu stanu technicznego budynku lub innego

16. Dz. U. 2009, Nr 151, poz. 1220.

dokumentu, z którego wynikać będzie musiał zły stan techniczny części wspólnej budynku, obciążającego odpowiedni podmiot (konieczne będzie wykazanie zaniedbania lub zaniechania ubezpieczonego podmiotu). W przypadku, gdy element budynku wykazuje niewielki stopień zużycia technicznego, a w protokole odnotowano jedynie konieczność bieżącego remontu i usunięcia nieszczelności, ubezpieczyciel prawdopodobnie oddali roszczenie, wykazując winę zarządcy budynku, z uwagi na brak należytego obowiązku zabezpieczenia jego stanu przed warunkami atmosferycznymi w ramach czynności nieprzekraczających zwykłego zarządu. Dopiero w przypadku, gdy stan techniczny pokrycia dachu wykaże konieczność jego remontu generalnego, przekraczającego czynności zwykłego zarządu lub brak bieżącego remontu wynika z braku środków w funduszu remontowym obiektu, ubezpieczyciel przyjmie odpowiedzialność gwarancyjną, przyjmując winę ubezpieczonej wspólnoty mieszkaniowej, o ile nie dopatrzy się rażącego niedbalstwa w działaniach ubezpieczonego.

W omawianym przykładzie należy wspomnieć jeszcze o sytuacji, w której z protokołu przeglądu stanu technicznego budynku wynika, że pokrycie dachowe jest utrzymane w należytym stanie technicznym i nie wykazuje uszkodzeń. W tym przypadku roszczenie poszkodowanego zostanie oddalone z uwagi na brak winy (zaniechania lub zaniedbania) ubezpieczonego podmiotu – tj. spełnieniu przez niego ustawowych obowiązków wymienionych w podrozdziale 2.2 niniejszej pracy.

Znacznym problemem poszkodowanych jest fakt, że najczęściej przeglądy okresowe wykonywane są pobieżnie bez dopatrywania się nieszczelności lub innych zaniedbań, a wskazany przez ustawodawcę termin jednorocznego przeglądu nie jest wystarczający. Różnie może też wyglądać ocena odpowiedzialności gwarancyjnej towarzystw ubezpieczeniowych w przypadku, kiedy wada wykonawcza części wspólnej budynku obciąża dewelopera czy wykonawcę tego elementu budynku. Członek wspólnoty mieszkaniowej jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. w sytuacji, gdy za poniesioną przez niego szkodę odpowiada wspólnota z tytułu nienależytego wykonania zarządu nad nieruchomością wspólną[17]. W postępowaniu likwidacyjnym pozostaje jednak jeszcze kwestia odpowiedzialności samej wspólnoty, zarządcy, wykonawcy budynku lub remontu itd.

Reasumując powyższy przykład, należy zauważyć możliwość występowania różnic w procesie likwidacji szkód majątkowych poszczególnych towarzystw ubezpieczeniowych, skutkujących odmiennym rozpatrzeniem identycznych co do zasady roszczeń, opartych na zasadzie winy. Identyczne sytuacje faktyczne w różnych towarzystwach ubezpieczeniowych mogą, po przeprowadzonych postępowaniach likwidacyjnych, skutkować wskazaniem innych podmiotów odpowiedzialnych za zaistniałe zdarzenie, w tym w omawianym przykładzie powszechnych zalań. Powyższe stanowi swoistego rodzaju problem związany ze stosowaniem prawa, na który należy zwrócić uwagę doktryny, gdyż naruszać on może pewność ochrony ubezpieczeniowej, ochronę osób poszkodowanych, jak również niebezpieczeństwo indywidualnej oceny tożsamych roszczeń przez towarzystwa ubezpieczeniowe.

Właściwe wskazanie odpowiedzialnego za powstanie szkody lub w przypadku odpowiedzialności na zasadzie ryzyka posiadacza budynku jest podstawą w dochodzeniu roszczenia, gdyż zasadniczo przyspiesza kompensację szkody, tak istotnej dla poszkodowanych kwestii. W przypadku zaostrzonej zasady odpowiedzialności na zasadzie ryzyka dotyczącej najczęś-

17. Uchwała SN z 28.02.2006 r., III CZP 5/06.

ciej oderwania się fragmentu części budynku, prowadzącej w konsekwencji do wyrządzenia szkody, różnice w postępowaniach nie występują, a rozpatrywanie roszczeń odbywa się analogicznie w każdym z zakładów ubezpieczeń. Okolicznościami egzoneracyjnymi w powyższym przypadku jest wyłącznie siła wyższa, wyłączna wina poszkodowanego oraz wyłączna odpowiedzialność osoby trzeciej, za które posiadacz budynku odpowiedzialności nie ponosi. Dodatkową trudność można zaobserwować w sytuacji, kiedy osobą poszkodowaną jest najemca lokali zasobu komunalnego, w przypadku kiedy następuje podział funkcji właścicielskiej z zarządzaniem daną nieruchomością. Gdy jednostka samorządu terytorialnego powierza funkcję właścicielską podległemu podmiotowi, a ten z kolei zawiera umowę o zarządzanie nieruchomością, zdarzają się sytuacje, w których na każdym z ww. podmiotów ciążyć będzie obowiązek naprawienia szkody.

Za przykład ponownie posłuży zalanie poprzez niewłaściwie zabezpieczone prace remontowe połaci dachowej podczas drobnego jego remontu. Zbieg okoliczności deliktowej z odpowiedzialnością kontraktową spowoduje, że istnieje możliwość dochodzenia roszczenia z tytułu umowy najmu z podmiotem samorządu terytorialnego w ramach odpowiedzialności kontraktowej, z tytułu zaniedbania wykonawcy remontu w ramach jego odpowiedzialności deliktowej, jak również w przypadku, gdy ten nie był profesjonalistą, bezpośrednio od zarządcy budynku w ramach winy w wyborze. Przyjmując zasadę zbiegu roszczeń, należałoby przyjąć w omawianym przypadku prawo wyboru podstawy przysługujących poszkodowanemu roszczeń odszkodowawczych, a przed postępowaniem sądowym tę podstawę, która dla poszkodowanego jest najkorzystniejsza.[18]

3.2. Udokumentowanie zasadności roszczenia

Po ustaleniu właściwego podmiotu, do którego kierowane jest roszczenie, i zgłoszeniu szkody ubezpieczycielowi lub sprawcy danej szkody, poszkodowany winien przystąpić do udokumentowania roszczenia poprzez zabezpieczenie stanu faktycznego, w celu udowodnienia przyczyny oraz odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego podmiotu, jak również wysokości poniesionej straty, pomimo iż obowiązek przeprowadzenia wyjaśniającego spoczywa na zakładzie ubezpieczeń, do którego zgłosiliśmy roszczenie. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z art. 16, ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej[19], w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

W miarę możliwości poszkodowany powinien pozostawić niezmieniony stan faktyczny do czasu przybycia przedstawiciela towarzystwa ubezpieczeniowego. W przypadku kiedy skutek-szkoda się powiększa lub zagraża bezpieczeństwu mienia, zdrowia lub życia, poszkodowany

18. M. Balwicka-Szczyrba, *Przedawnienie roszczeń z tytułu odpowiedzialności deliktowej za szkody przyszłe na osobie,* Ars boni et aequi, Poznań 2008, s. 48.

19. Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 z późn. zm., tekst jednolity Dz. U. z 2011 r., Nr 10, poz. 66.

powinien zabezpieczyć miejsce zdarzenia lub zapobieżyć powiększaniu się szkody. Pamiętać należy jednak, że to do strony wywodzącej skutki prawne z danego faktu należy obowiązek udowodnienia tego faktu, zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego. W przypadku gdy do zabezpieczenia przyczyny powstania szkody usuniemy pozostałości obciążające ubezpieczonego sprawcę, ubezpieczyciel może oddalić nasze roszczenie z uwagi na brak możliwości zweryfikowania roszczenia. W każdym przypadku winno się zostawić pozostałości lub stan przed naprawą obciążające sprawcę, np. w postaci skorodowanego odcinka instalacji wodnej, odspojonego fragmentu elewacji już po upadku itp. Na spełnienie świadczenia, zgodnie z art. 817 k.c., ubezpieczyciel ma 30 dni, licząc od dnia zawiadomienia o wypadku, gdy dysponuje kompletem wymaganych informacji i dokumentacji, a ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej jest możliwe. Dlatego udokumentowanie roszczenia we własnym zakresie poszkodowanego winno wpłynąć na skrócenie czasu kompensacji szkody i wypłaty odszkodowania, jak również zabezpiecza roszczenie w przypadku sporu z towarzystwem ubezpieczeniowym na drodze prawnej.

Zdarzają się jednak sytuacje, w których, pomimo ewidentnej szkody, nie zdołamy wykazać winy ubezpieczonego podmiotu. Najczęstszą przyczyną szkód zalaniowych jest awaria instalacji wodnych w budynku. Jeżeli instalacja, która uległa uszkodzeniu, była dozorowana i utrzymywana w należytym stanie technicznym, a zalanie nie nastąpiło poprzez zaniedbanie wykonawcy lub wadę materiałową (nie wykażemy winy wspólnoty mieszkaniowej albo zarządcy), pomimo ewidentnej szkody nasze roszczenia nie będą podlegać kompensacji z art. 415 k.c. Trudne do przewidzenia, samoistne awarie mogą bowiem wystąpić pomimo wypełnienia wszystkich ustawowych i umownych obowiązków wskazywanego sprawcy. Dochodzenie roszczeń w ramach wady produktu, np. przewodu elastycznego lub odcinka rury, jest skomplikowane i wymaga zaawansowanych badań technicznych.

W przypadku roszczeń dotyczących uszkodzenia mienia w wyniku oderwania się fragmentu budynku, najczęściej pojazdu poszkodowanego, istotna w postępowaniu może okazać się notatka policji lub straży miejskiej z dnia i miejsca zdarzenia, która znacznie wzmacnia dowodowo prowadzone przez ubezpieczyciela postępowanie likwidacyjne. W przypadku szkód o dużej wartości lub w których są ofiary, organ prowadzący postępowanie powołuje własnych, niezależnych biegłych, których opinia obejmuje przyczynę powstania zdarzenia.

Dochodzenie roszczeń z ubezpieczenia OC podmiotu zajmującego się gospodarowaniem nieruchomością lub będącego jej właścicielem jest żmudne, wymaga podstawowej wiedzy fachowej oraz właściwego wskazania podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody. Wystąpienie o odszkodowanie z własnej polisy mienia powoduje natomiast, że poszkodowany otrzymuje pomoc merytoryczną na każdym etapie prowadzonego postępowania. Kompensacja szkody z polisy mienia członka wspólnoty mieszkaniowej wiąże się z obciążeniem polisy szkodowością i podniesieniem wysokości wniesionej składki do momentu wpływu refundacji po postępowaniu regresowym skierowanym do ubezpieczyciela sprawcy, o której mowa w art. 828 k.c. Dochodzenia roszczeń regresowych, z uwagi na uwarunkowania z innymi przepisami, zwłaszcza określającymi czynniki egzoneracyjne, są skomplikowane.[20]

20. D. Fuchs, *Uwagi dotyczące roszczeń regresowych ubezpieczyciela wobec odpowiedzialnego za szkodę na przykładzie roszczeń wobec zarządcy nieruchomości wspólnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" nr 7 (2/2009).

Zapewnienie ubezpieczycielowi podstawy materialnoprawnej odbywa się poprzez zgłoszenie do administratora budynku szkody zalaniowej lub innej wynikającej z winy osoby trzeciej.

Zgłoszenie szkody administratorowi oraz przedłożenie druku wypełnionego przez zarządcę w zasadzie kończy obowiązki ubezpieczonego właściciela lokalu i problem z dalszym dochodzeniem roszczenia od bezpośredniego sprawcy. Dalsze czynności prowadzą wyspecjalizowane komórki regresowe towarzystw ubezpieczeniowych, do których należy ocena stanu faktycznego. Pomimo iż systemy *bonus-malus* są mniej rozwinięte w ubezpieczeniach mieszkaniowych, niż ma to miejsce w ubezpieczeniach komunikacyjnych, w przypadku występowania różnic w postępowaniach regresowych, zdarzyć się może sytuacja, w której poprzez różny poziom ustalenia winy, a tym samym podmiotu odpowiedzialnego, podobne sytuacje faktyczne skutkować będą w różnych towarzystwach zapłatą bądź oddaleniem regresu, a tym samym wpływać odmiennie na wysokość składki i szkodowości w dobrowolnych ubezpieczeniach mieszkaniowych. Znacznym ułatwieniem dla poszkodowanych jest tzw. porozumienie regresowe w ubezpieczeniach majątkowych, zawarte przez czołowych polskich ubezpieczycieli, które znacznie ułatwi i ujednolici dochodzenie regresów pomiędzy towarzystwami, a jednocześnie wpłynie pozytywnie na proces rozpatrywania roszczeń z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej OC zarządców i wspólnot mieszkaniowych.

4. Szczególne warunki zawierane w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej oraz proponowana odpowiedzialność alternatywna

4.1. Klauzule i uzgodnienia włączające do ochrony ubezpieczeniowej wyodrębnione własności lokalowe

Podmioty związane z gospodarowaniem nieruchomością możemy podzielić na te, co do których istnieje przymus zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, tj. licencjonowanych zarządców nieruchomości, jak i pozostałe podmioty, które pomimo braku takiego przymusu zawierają dobrowolne umowy ubezpieczenia OC wraz z rosnącą świadomością ubezpieczeniową społeczeństwa. Ubezpieczający starają się zwrócić baczną uwagę na zapisy zawieranej umowy pod kątem odpowiedzialności za szkody wyrządzone w mieniu członków spółdzielni lub wspólnot mieszkaniowych, również w tych przypadkach, kiedy szkoda powstała nie z winy ubezpieczającego, ale miała charakter losowy.

Obowiązkowe ubezpieczenie OC zarządców nieruchomości oparte jest na rozporządzeniu Ministra Finansów z 12 października 2010 r.[21] W rozporządzeniu wskazano minimalną sumę ubezpieczenia określoną na równowartość 50 000 euro w złotych polskich i obejmującą szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w związku z wykonywaniem czynności, o których mowa w art. 185, ust. 1 i 1a ustawy o gospodarce nieruchomościami. Wszelkie inne ubezpieczenia mają charakter dobrowolny i oparte są na przygotowanych przez ubezpieczycieli gotowych produktach lub umowach indywidualnie ustalanych z klientem poprzez brokerów ubezpieczeniowych. Jednym z najczęściej poszukiwanych rozwiązań w ubezpieczeniu wspólnot mieszkaniowych jest objęcie ochroną szkód w mieniu członków ww. podmiotów stanowiących

21. Dz. U. 2010, Nr 205, poz. 1359.

odrębną własność nieruchomości lub objęciu jedną polisą zarówno OC wpólnoty, jak i zarządcy danej nieruchomości.

Jednym z najbardziej trafnych rozwiązań jest rozszerzenie kręgu podmiotów ubezpieczonych o członków wspólnoty w umowie ubezpieczenia mienia, nierzadko zawieranej wraz z ubezpieczeniem OC wspólnot, jako umowa kompleksowa. Objęcie umową członków wspólnot pozwoli na uzyskanie odszkodowania za uszkodzony majątek bez żmudnego dochodzenia roszczenia z ubezpieczenia OC wskazywanego sprawcy. Idealnym rozwiązaniem może stać się doubezpieczenie mienia członków wspólnot w systemie na pierwsze ryzyko o niewielkiej sumie ubezpieczenia. Najwięcej szkód w wyodrębnionych lokalach dotyczy niewielkich zalań niszczących malatury lokalu. Nawet niewielka suma ubezpieczenia pokryje roszczenia członków, od których zależy satysfakcja z zarządcy i ubezpieczyciela. Często spotykanym błędnym rozwiązaniem stosowanym przez brokerów jest wymienianie w umowach ubezpieczenia OC odpowiedzialności m.in. za szkody zalaniowe powstałe przez łącza zewnętrzne budynków. Powyższym zapisem nie zmienia się jednak bezwzględnie obowiązującego w kodeksie cywilnym reżimu odpowiedzialności. Pomimo intencji stron umowy podstawą odpowiedzialności cywilnej jest nadal zasada winy wynikająca z art. 415 k.c. Dołączenie w umowach wykazu szkód, które strony chcą zawrzeć, nie może wpłynąć na zmianę reżimu na zasadę ryzyka. Wykaz typowych szkód może mieć charakter orientacyjny, niezmieniający zasady winy.

W przypadku zasobu komunalnego, problem wyodrębnionych lokali stanowiących odrębną własność nie występuje, jednak kłopotliwe może być uznanie szkód w nakładach inwestycyjnych lub pracach modernizacyjnych, które poniósł na własny koszt najemca lokalu. W przypadku dobrowolnych umów ubezpieczenia, gdzie w umowie najmu problem nakładów i bieżących remontów nie jest określony, należałoby to mienie wyszczególnić, by zostało przyjęte do ubezpieczenia, gdyż najczęściej umowy ograniczają ochronę do mienia należącego do ubezpieczającego lub stanowiącego jego nakład.

4.2. Propozycja wprowadzenia odpowiedzialności alternatywnej

Należałoby się zastanowić nad poprawą regulacji zmierzających do uściślenia i ujednolicenia dochodzenia roszczeń z umów ubezpieczenia OC podmiotów związanych z gospodarką nieruchomościami. Jak zauważyła M. Serwach, problem ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotów związanych z gospodarką nieruchomościami prowadzić może do osłabienia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, gdy brak jest po stronie ustawodawcy jasnego, precyzyjnego wskazania zakresu tej ochrony.[22] Dotyczy to nie tylko sfery podmiotowej, ale również przedmiotowej. Najprostszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie domniemania winy po stronie podmiotów gospodarujących nieruchomością lub wprowadzenie szerszej zasady odpowiedzialności dla szkód powstałych w wyniku zaniedbań ww. podmiotów. Nie jest to jedyna propozycja kierunku zmian. Trafnym rozwiązaniem mogłoby być wprowadzenie odpowiedzialności alternatywnej (*alternative liability*), zaczerpniętej z systemów *common law*, która jest stosowana w przypadkach, kiedy wszyscy pozwani działali w sposób niedozwolony, niezależnie od siebie, lecz tylko jeden z nich wyrządził szkodę. Jeden z pozwanych,

22. M. Serwach, *Podmiotowy zakres obowiązku ubezpieczenia OC osób prowadzących działalność zawodową w dziedzinie gospodarowania nieruchomościami*, „Prawo Asekuracyjne" 1/2007.

wykazując, że to nie on wyrządził szkodę, może się ekskulpować, inaczej odpowiada solidarnie z innymi pozwanymi.[23]

Odnosząc to do omawianego przypadku gospodarowania nieruchomościami, zarządca, wspólnota, jak i wykonawca odpowiadaliby solidarnie za szkody wynikające z wad budowlanych lub uszkodzeń elementów i instalacji budynku, do momentu, gdy wskazaliby właściwy podmiot odpowiedzialny za powstanie szkody. Takie ułatwienie prowadzące do przeniesienia ciężaru dowodu na profesjonalne podmioty, przede wszystkim będzie znacznym ułatwieniem dla nieprofesjonalnych właścicieli poszczególnych lokali i nie musi ingerować w kwestię winy wynikającą z art. 415 k.c., w przypadku gdyby każdy z podmiotów wykazał, że nie ponosi winy za daną szkodę.

W mojej ocenie konieczne staje się przeniesienie ciężaru dowodu na profesjonalistów, zapewniające ochronę konsumencką najemcom, gdyż udział w postępowaniu towarzystwa ubezpieczeniowego przy udziale administratora nieruchomości jest znaczną trudnością dla osób poszkodowanych bez wymaganej wiedzy z zakresu budownictwa, prawa, gospodarki nieruchomościami i ubezpieczeń.

Innym rozwiązaniem może pozostać przyjęcie odpowiedzialności zarządcy za naruszenie obowiązku (*breach of duty*) – obowiązku bezpieczeństwa, również stosowanego w systemie prawa cywilnego USA, charakterystycznego dla zgody na wspólne działanie[24]. Przyjęcie w polskim systemie prawnym obowiązku zarządców lub spółdzielni mieszkaniowych zapewnienia bezpieczeństwa dla mienia, zdrowia i życia członków wspólnot i spółdzielni, a tym samym przypisanie odpowiedzialności za szkody, w których nie można wykazać wyraźnej winy ubezpieczonego podmiotu, znacznie poprawi funkcjonowanie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej ww. podmiotów. Protokoły okresowych przeglądów budynków wykonywane raz na rok lub pięć lat (całościowe), często bez należytej uwagi, nie mogą stanowić przesłanki uwalniającej odpowiedzialnego za powstanie szkody, w sytuacji gdy faktycznie szkodzie można było zapobiec.

Powyższe propozycje, zaczerpnięte z *common law,* wzmocniłyby znacznie pozycję poszkodowanych lokatorów, członków wspólnot mieszkaniowych oraz osób trzecich, dla których dochodzenie roszczeń z ubezpieczeń OC zarządców i wspólnot mieszkaniowych to znaczny wysiłek, jaki z uwagi na ograniczenia reżimu odpowiedzialności na zasadzie winy często nie prowadzi do kompensacji poniesionych szkód.

W Polsce znaczna część mieszkań nadal nie jest ubezpieczona, a kompensacja z polis OC ww. podmiotów to jedyna możliwość przywrócenia majątku sprzed szkody. Powyższe rozwiązania stanowią alternatywę dla ułatwień stosowanych w przypadku szkód komunikacyjnych (zasady ryzyka) i komponują się w ochronę konsumencką poszkodowanych członków wspólnot. Należy zauważyć, iż szkody mieszkaniowe są równie powszechne jak komunikacyjne i mogą stanowić jeszcze większe obciążenie dla poszkodowanych, dlatego ustawodawca powinien wprowadzić ułatwienia w dochodzeniu odszkodowań w tej nierównej dla poszkodowanych walce z profesjonalistami związanymi z rynkiem gospodarowania nieruchomościami oraz ubezpieczeń. Wskazane rozwiązania mogą być alternatywnym sposobem postępowania w dziedzinie ochrony konsumenckiej w całości zawodowych ubezpieczeń OC, gdzie zasada winy nie spełnia pokładanych oczekiwań.

23. M. Nestorowicz, *Prawo cywilne USA*, Dom Organizatora, Toruń 1999, s. 48.
24. Op.cit., s. 47.

Podsumowanie

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów zajmujących się zarządzaniem nieruchomościami lub będących właścicielami nieruchomości przybiera na znaczeniu w obliczu rosnącej świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa i dalszego rozwoju budownictwa mieszkalnego. Rozwiązania prawne regulujące reżim i podstawy tej odpowiedzialności zostały wyczerpująco określone, jednak z uwagi na fakt, iż część szkód majątkowych nie mieści się w zakresie odpowiedzialności cywilnej opisanej w art. 415 k.c., najczęściej z uwagi na brak winy podmiotu ubezpieczonego, ubezpieczający starają się zawrzeć indywidualne uzgodnienia w umowach rozszerzające zakres ubezpieczeń OC. Byt podmiotów gospodarujących nieruchomościami zależy bowiem od członków samych wspólnot mieszkaniowych, których satysfakcja z danej umowy ubezpieczenia wynika przede wszystkim z kompensacji poniesionych strat bez względu na to, czy faktycznie warunki odpowiedzialności odszkodowawczej są spełnione. W prowadzonych przez towarzystwa ubezpieczeniowe postępowaniach likwidacyjnych występują różnice polegające na odmiennych zasadach ustalania winy (zaniechania lub zaniedbania) ubezpieczonych podmiotów, a dokładniej w ustaleniu momentu, w jakim przyjmowana jest wina i odpowiedzialność gwarancyjna z polis OC. Różnice te, pomimo iż nie wynikają z przepisów prawa, a jedynie z jego stosowania, mają wpływ na pewność ochrony ubezpieczeniowej, tej fundamentalnej dla ubezpieczeń zasady, która winna być zawsze zapewniona. Dlatego tak ważny jest dalszy rozwój porozumienia o wzajemnym uznawaniu roszczeń regresowych w szkodach majątkowych zawartego już pomiędzy towarzystwami ubezpieczeniowymi. Jedynym problemem do pokonania dla zawartego porozumienia jest, jak się wydaje, kwestia ustalenia identycznego sposobu określania odpowiedzialności.

Ponadto należy zastanowić się nad wprowadzeniem do obowiązków zarządców, wspólnot i spółdzielni mieszkaniowych konieczności zapewnienia bezpieczeństwa użytkowania budynku, nie tylko poprzez okresowe przeglądy jego stanu technicznego, ale również bieżącego monitorowania i kontroli występujących zagrożeń. Ubezpieczenia OC podmiotów odpowiedzialnych za gospodarkę nieruchomościami są bardzo ważnym produktem z punktu widzenia życia społecznego i dla ich dalszego rozwoju należy zwrócić na nie szczególną uwagę ustawodawcy, jak również doktryny prawniczej i ubezpieczeniowej. Dochodzenie roszczeń z ubezpieczeń OC wspólnot i zarządców nieruchomości stanowi istotny problem życia codziennego.

Wykaz źródeł

Balwicka-Szczyrba M., *Przedawnienie roszczeń z tytułu odpowiedzialności deliktowej za szkody przyszłe na osobie*, Ars boni et aequi, Poznań 2008.

Filipiak T., Mojak J., Nazar M., Niezbecka E., *Zarys prawa cywilnego*, Verba, Lublin 2005.

Fuchs D., *Obowiązki prewencyjno-ratownicze wspólnoty mieszkaniowej jako specyficznego podmiotu stosunku ubezpieczenia w ubezpieczeniach majątkowych – uwagi na tle art. 826 k.c.*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" nr 8 (1/2010).

Fuchs D., *Uwagi dotyczące roszczeń regresowych ubezpieczyciela wobec odpowiedzialnego za szkodę na przykładzie roszczeń wobec zarządcy nieruchomości wspólnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" nr 7 (2/2009).

Jastrzębski J. (red.), *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, C.H. Beck, Warszawa 2007.
Nestorowicz M., *Prawo cywilne USA*, Dom Organizatora, Toruń 1999.
Nowakowski Z., *Odpowiedzialność za cudze czyny wg kodeksu zobowiązań*, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań 1948.
Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. 1994, Nr 89, poz. 414 z późn. zm.).
Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. 2010, Nr 109, poz. 719).
Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 11 stycznia 2008 r. w sprawie postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej rzeczoznawców majątkowych, pośredników w obrocie nieruchomościami oraz zarządców nieruchomości (Dz. U. 2008, Nr 11, poz. 66).
Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 sierpnia 1999 r. w sprawie warunków technicznych użytkowania budynków mieszkalnych (Dz. U. 1999, Nr 74, poz. 836).
Serwach M., *Podmiotowy zakres obowiązku ubezpieczenia OC osób prowadzących działalność zawodową w dziedzinie gospodarowania nieruchomościami*, „Prawo Asekuracyjne" 1/2007.
Szpunar A., *Odszkodowanie za szkodę majątkową*, Branta, Bydgoszcz 2005.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151); tekst jednolity Dz. U. z 2011 r., Nr 10, poz. 66.
Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U. 1997, Nr 115, poz. 741).
Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (Dz. U. 2004, Nr 92, poz. 880).
Ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych (Dz. U. 2001, Nr 4, poz. 27, z późn. zm.).
Ustawa z dnia 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (Dz. U. 1994, Nr 85, poz. 388, z późn. zm.).
Ustawa z dnia 23 czerwca 2006 r. o zmianie ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz. U. 2006, Nr 144, poz. 1042).

Third party liability of real property managers, housing communities and cooperatives – selected problems – summary

This article attempts to draw attention to the problem of identification of the perpetrator and pursuing claims under TPL of managers of real properties or housing communities by injured parties in connection with the use of multi-family buildings. It shows regulations governing the ownership title to the premises which have been separated out and third party liability of entities which take part in the process of managing real properties. Further in the article, the author presents basic problems of injured parties connected with proper indication of the party responsible for loss occurrence, i.e. using the law by insurers. In the final part of the article, the author draws readers' attention to alternative liability present in the American common law system, which, when implemented properly, may contribute to strengthening of the consumer protection of owners of residential premises.

MACIEJ SAMSON *jest studentem studiów doktoranckich w Katedrze Ubezpieczeń na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.*

ARTUR BORKOWSKI

Projekt dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego

Artykuł zajmuje się projektem dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego. Punktem wyjścia jest przedstawienie historii regulacji prawnych, zarówno unijnych, jak i polskich. Następnie artykuł omawia wybrane zmiany zaprezentowane w projekcie nowej dyrektywy oraz ich możliwy wpływ na polskie prawo oraz na nasz rynek ubezpieczeniowy. Uchwalenie dyrektywy spowoduje konieczność gruntownej nowelizacji polskich przepisów. Zmiany będą dotyczyć wielu dziedzin związanych z pośrednictwem ubezpieczeniowym.

Publikacja poświęcona jest m.in. definicjom zawartym w projekcie dyrektywy (w tym definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego), działalności transgranicznej pośrednictwa ubezpieczeniowego, dystrybucji PRIPs, outsourcingowi, wymogom zawodowym). Szczególnie duży nacisk położony jest na zmiany w zakresie dyrektywy (objęcie zakresem dyrektywy kanału bezpośredniego, zmiany w dystrybucji ubezpieczeń turystycznych) oraz obowiązki informacyjne (wprowadzenie obowiązku informowania o wynagrodzeniu pośredników ubezpieczeniowych oraz o kosztach działalności ubezpieczycieli). Publikacja opiera się na dokumentach autorstwa Komisji Europejskiej, EIOPA, BIPAR oraz CEA.

Wstęp

Zmiany w regulacjach unijnych dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz dystrybucji ubezpieczeń wpłyną na cały rynek ubezpieczeniowy, ponieważ pośrednictwo ubezpieczeniowe jest jego istotną częścią. Pośrednicy ubezpieczeniowi odgrywają olbrzymią rolę w dystrybucji oraz upowszechnianiu ubezpieczeń poprzez uświadamianie zagrożeń i rozpowszechnianie informacji o ubezpieczeniach. Pełnią też istotną rolę w procesie likwidacji szkód.

Celem poniższego artykułu jest omówienie regulacji, które mogą być wprowadzone w nowej dyrektywie w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego, oraz określenie, jakie zmiany będą musiały być wprowadzone do polskiego prawa. Artykuł prezentuje także możliwe skutki wdrożenia nowych regulacji. Publikacja opiera się na dokumentach stworzonych przez Komisję Europejską oraz opiniach najważniejszych europejskich organizacji zajmujących się rynkiem

ubezpieczeniowym. Ze względu na niezakończone opracowywanie tekstu proponowanej dyrektywy nie powołuję się na konkretne proponowane przepisy.

Dotychczasowy stan prawny

Pierwszym wspólnotowym aktem prawnym regulującym kwestie pośrednictwa ubezpieczeniowego była dyrektywa Rady 77/92/EWG z dnia 13 grudnia 1976 r. w sprawie środków mających ułatwić skuteczne osiągnięcie swobody przedsiębiorczości oraz swobody świadczenia usług w odniesieniu do działalności agentów i brokerów ubezpieczeniowych (ex ISIC grupa 630) i, w szczególności, środków przejściowych dotyczących tych działalności[1].

Ze względu na znaczne różnice w funkcjonowaniu rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego między poszczególnymi państwami członkowskimi twórcy dyrektywy nie zdecydowali się na wprowadzenie jednolitych wymagań dla pośredników ubezpieczeniowych. Dyrektywa zawierała wiele zapisów semiimperatywnych, nieścisłych. Pozostawiała sporą swobodę dla państw członkowskich w wyborze możliwych regulacji. Główny nacisk kładła na wzajemne uznawanie uprawnień do wykonywania pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Dalej idące ujednolicenie przepisów przewidywało zalecenie Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 18 grudnia 1991 r. w sprawie pośredników ubezpieczeniowych[2]. Zalecenie powstało, ponieważ Komisja uznała, że pośrednictwo ubezpieczeniowe jest bardzo istotne w procesie dystrybucji ubezpieczeń. Wraz z rozwojem wspólnego rynku ubezpieczeniowego coraz istotniejsze stawało się ujednolicenie wymagań dla podmiotów chcących wykonywać działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego.

W roku 2002 Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej uchwaliły nowy akt prawa. Była to dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z 9 grudnia 2002 r.[3], która obowiązuje do dnia dzisiejszego. Dyrektywa obejmuje różne aspekty związane z podejmowaniem i prowadzeniem działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Zawiera podobne rozwiązania jak opisane wyżej zalecenie w sprawie pośredników ubezpieczeniowych. Jest jednak bardziej rozbudowana i bardziej szczegółowa.

W celu dostosowania polskiego prawa do wymogów dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego uchwalono ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym[4]. Wcześniejsze regulacje[5] zostały uznane przez doktrynę za fragmentaryczne i niezgodne ze standardami unijnymi. Samo umiejscowienie zapisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej spotkało się z krytyką[6]. Z tych powodów rozpo-

1. Dz. Urz. Nr l 26 z dn. 31 stycznia 1977 r.
2. Dz. Urz. Nr L 19 z dn. 28 stycznia 1992 r.
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz. Urz. Nr L 9 z dn. 15.01.2003 r.).
4. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 1990, Nr 59, poz. 344 z późn. zm.).
6. E. Wieczorek, *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym – komentarz*, [w:] Z. Brodecki, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Kraków, Zakamycze 2005, s. 1069; E. Kowalewski, T. Sangowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 395.

częto prace nad stworzeniem nowych regulacji[7]. W ich wyniku 22 maja 2003 r. uchwalono ustawę o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Ustawa w znacznym stopniu wpłynęła na rynek pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz proces dystrybucji ubezpieczeń w Polsce[8]. Nie ulega wątpliwości, że jest najważniejszym aktem prawnym regulującym działalność pośredników ubezpieczeniowych. Powyższy akt prawny, wraz z wydanymi na jego podstawie rozporządzeniami, reguluje większość kwestii związanych z pośrednictwem ubezpieczeniowym. Ustawa m.in. wprowadza definicję pośrednictwa ubezpieczeniowego, określa zasady, na jakich pośrednicy ubezpieczeniowi powinni podejmować i prowadzić działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego. Wynika też z niej podział na dystrybucję pośrednią i bezpośrednią.

Projekt nowej dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego

Obecnie Komisja Europejska pracuje nad zmianą dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego[9]. Wkrótce prawdopodobnie dojdzie do uchwalenia nowych przepisów. Zgodnie z przedstawionym przez Komisję Europejską projektem, w niektórych kwestiach (dystrybucja bezpośrednia ubezpieczeń, obowiązki informacyjne dystrybutorów ubezpieczeń) zmiany zajdą daleko.

Jak wynika z pisma Komisji Europejskiej[10], na temat opracowywanych przepisów wypowiedziało się 125 podmiotów z 18 państw. Wśród respondentów były m.in. banki, ubezpieczyciele, podmioty administracji publicznej, grupy konsumenckie, związki zawodowe, stowarzyszenia pośredników ubezpieczeniowych. Swoje stanowiska w sprawie zmian w dyrektywie przedstawiły m.in. EIOPA[11], BIPAR[12] oraz CEA[13]. Ze względu na znaczenie tych organizacji ich opinie będą przywoływane podczas omawiania projektu.

W dniu 11 kwietnia 2011 r. Komisja Europejska w ramach Europejskiego Komitetu ds. Ubezpieczeń i Emerytur przedstawiła prace Grupy Eksperckiej ds. pośrednictwa ubezpieczeniowego w postaci projektu nowej wersji dyrektywy 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady

7. Por. E. Wieczorek, *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym – komentarz,* [w:] Z. Brodecki, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Kraków, Zakamycze 2005, s. 1070.
8. Pośrednictwo ubezpieczeniowe nie ogranicza się jedynie do dystrybucji ubezpieczeń. Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym swym zakresem obejmuje również wykonywanie umów ubezpieczenia.
9. Informacje o projekcie dostępne na stronie www pod adresem: http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2010/insurance-mediation_en.htm (dostęp do strony na dzień 25.09.2011).
10. Summary of responses to the consultation on the revision of the insurance mediation directive, pismo Komisji Europejskiej z dnia 4 kwietnia 2010 r. Dokument dostępny na stronie internetowej http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2010/insurance-mediation_en.htm.
11. European Insurance and Occupational Pensions Authority (wcześniej Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors). Dokument dostępny na stronie internetowej https://eiopa.europa.eu/consultations/consultation-papers/november-2010/consultation-paper-no-83/index.html.
12. The European Federation of Insurance Intermediaries. Stanowisko dostępne na stronie internetowej http://www.bipar.eu/en/key-issues-positions/the-imd/from-imd-i-to-imd-ii.
13. Dokument dostępny na stronie internetowej http://www.cea.eu/index.php/key-issues/packaged-retail-investment-products.

z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego i reasekuracji oraz dystrybucji bezpośredniej działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zmiany zostały naniesione na dotychczasowy tekst dyrektywy.

Za zachowaniem formy dyrektywy, która wprowadza jedynie minimalne wymogi oraz określa ogólne ramy dla pośrednictwa ubezpieczeniowego, opowiedziało się wielu respondentów. BIPAR podkreślił, że dyrektywa w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego obowiązuje stosunkowo niedługo, a wprowadzone do niej zmiany powinny uwzględniać specyfikę lokalnych rynków ubezpieczeń. CEA argumentowała, że modele pośrednictwa ubezpieczeniowego w poszczególnych krajach zbytnio różnią się między sobą, różne też są potrzeby konsumentów. Przepisy nowej dyrektywy powinny być elastyczne, aby móc w odpowiedni sposób oddziaływać na prawodawstwo krajowe, wpływać na ich innowacyjność oraz wspierać rozwiązania prokonsumenckie (CEA).

Uchwalenie nowej dyrektywy spowoduje konieczność wprowadzenia wielu zmian w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz innych aktach prawnych (szczególnie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej[14]). Poniżej zostaną omówione wybrane zmiany w dyrektywie oraz ich wpływ na polskie prawo.

Zakres projektu dyrektywy

Zgodnie z projektem zaproponowanym przez Komisję Europejską zakresem dyrektywy miałyby zostać objęte bezpośrednie kanały dystrybucji ubezpieczeń. Według projektu dystrybucja bezpośrednia jest to działalność ubezpieczyciela lub jego pracownika, za którą (w zakresie dystrybucji ubezpieczeń) ponosi odpowiedzialność pracodawca.

Objęcie bezpośredniej dystrybucji ubezpieczeń wymogami dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego będzie wymagało wielu zmian w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym, prawdopodobnie również w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Być może także w innych aktach prawnych. Jednak nie należy przez to spodziewać się znaczących zmian w funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciele na ogół starannie dobierają pracowników, dbają o ich wysokie kwalifikacje, inwestują w rozwój.

Wprowadzenie regulacji dotyczących dystrybucji bezpośredniej nie jest jedyną zmianą w zakresie obowiązywania dyrektywy. W projekcie znajduje się również propozycja wykreślenia zapisu, że ubezpieczenia związane z podróżą mogłyby być zawierane na zasadach innych niż określone w dyrektywie. Chodzi o ubezpieczenia obejmujące uszkodzenie lub utratę bagażu i pozostałe ryzyka związane z podróżą, oferowane przez dostawcę usług turystycznych, nawet jeżeli ubezpieczenie obejmuje ubezpieczenie na życie lub od odpowiedzialności cywilnej, pod warunkiem że ubezpieczenie ma charakter uzupełniający w stosunku do produktu dostarczanego przez przedsiębiorcę[15]. W tym samym artykule proponuje się wprowadzenie zasady, aby kwota 500 euro była indeksowana o inflację.

14. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010, Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).
15. K. Przewalska, M. Orlicki tak uzasadniają potrzebę istnienia „specjalnych" zasad dla pewnych agentów ubezpieczeniowych: Przepisy ustawy, jak dotychczas, przewidują pewne wyjątki od wymogu wykonywania czynności agencyjnych przez osoby, które muszą posiadać pełną wiedzę i szczególne kwalifikacje. Mowa tutaj o tzw. „ubocznej" działalności agencyjnej, kiedy przedsiębiorca dodatkowo

We wcześniejszych materiałach powyższa zmiana nie była proponowana. Postulowano wyłączenie spod zakresu dyrektywy zawieranie ubezpieczeń komunikacyjnych przez podmioty zajmujące się wynajmem samochodów. Wprowadzenie dodatkowych zwolnień zostało negatywnie zaopiniowane. W opinii BIPAR ewentualne wyłączenia powinny mieć charakter przedmiotowy. Zakresem dyrektywy winna zostać objęta dystrybucja ubezpieczeń przez Internet. Organizacja opowiedziała się za włączeniem biur podróży w zakres definicji. Za pozostawieniem dotychczasowych zwolnień opowiedziało się CEA, ponieważ proste produkty ubezpieczeniowe mogą być dystrybuowane bez spełniania wszystkich wymogów przewidzianych przez dyrektywę.

Wprowadzenie zasady indeksacji należy ocenić pozytywnie, ale ograniczenie rodzajów umów ubezpieczeń, jakie mogą być dystrybuowane na zasadach innych niż określone w dyrektywie, wydaje się nadmiernym zawężeniem wyłączeń przedmiotowych. Jeżeli powyższa propozycja wejdzie w życie, będzie trzeba wprowadzić zmiany do art. 3 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Może to ograniczyć dostępność ubezpieczeń turystycznych.

Podczas ewentualnych prac nad nowelizacją ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym należy uregulować kwestie związane z likwidacją szkód. W punkcie 12 preambuły dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego znajduje się m.in. wyłączenie zawodowego zarządzania roszczeniami wobec ubezpieczycieli. Brak takiego zastrzeżenia w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym w istotny sposób rozszerza jej zakres.

Definicja pośrednictwa ubezpieczeniowego

Zmiany mają też nastąpić w definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego zawartej w art. 2 ust. 3 dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego. Zgodnie z aktualnie obowiązującą wykładnią, pośrednictwo ubezpieczeniowe oznacza działalność polegającą na wprowadzaniu, proponowaniu lub przeprowadzaniu innych prac przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia lub zawieraniu takich umów lub udzielaniu pomocy w administrowaniu i wykonywaniu takich umów, w szczególności w przypadku roszczenia. Działalność taka nie jest uważana za pośrednictwo ubezpieczeniowe, jeżeli jest podejmowana przez ubezpieczyciela lub jego pracownika, za którego pełną odpowiedzialność ponosi pracodawca.

Definicja pośrednictwa ubezpieczeniowego w dyrektywie ma zostać rozszerzona i miałaby obejmować również doradztwo ubezpieczeniowe[16]. Doprecyzowano również, co nie jest

pośredniczy w zawieraniu umów ubezpieczenia. Sytuacje takie występują w pewnych obszarach działalności i są ściśle związane z jej wykonywaniem. Jako przykład można wskazać organizatorów turystyki czy też dealerów samochodowych. Wykonywanie usług pośrednictwa ubezpieczeniowego w takich przypadkach jest uzupełnieniem prowadzonej działalności. Pośredniczenie w zawieraniu umów ubezpieczenia w takich sytuacjach nie wymaga również tak głębokiej wiedzy jak w przypadku wykonywania tej działalności jako działalności podstawowej. Z tego względu ustawodawca przewidział wprowadzenie przepisu umożliwiającego wykonywanie działalności agencyjnej bez obowiązku wykonywania czynności agencyjnych przez osoby fizyczne spełniające wymóg określony w art. 9 ust. 1 pkt 5 (odbycie szkolenia zakończonego zdanym egzaminem). Patrz: K. Przewalska, M. Orlicki, *Nowe prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz, Warszawa, Poznań 2004, s. 371.

16. Więcej na temat doradztwa ubezpieczeniowego w A. Chróścicki, *Pośrednictwo a doradztwo ubezpieczeniowe część 1*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 20.05.2008 oraz A. Chróścicki, *Pośrednictwo a doradztwo ubezpieczeniowe część 2*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 03.06.2008.

pośrednictwem ubezpieczeniowym. Za pośrednictwo ubezpieczeniowe nie byłoby uważane ogólne doradztwo w zakresie produktów ubezpieczeniowych, przekazywanie informacji o poszukujących ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczycielom lub pośrednikom ubezpieczeniowym. Podkreślono, że strony internetowe przedstawiające jedynie informacje o produktach i usługach ubezpieczeniowych lub dane teleadresowe pośredników ubezpieczeniowych i ubezpieczycieli nie podlegają reżimowi dyrektywy. Za pośrednictwo ubezpieczeniowe nie powinno być uważane okazjonalne dostarczanie informacji, pod warunkiem że celem tej czynności nie jest udzielanie pomocy w zawieraniu lub wykonywaniu ubezpieczeń, zarządzaniu roszczeniami lub likwidacja szkód. Za pośrednictwo ubezpieczeniowe uznano natomiast opracowywanie i przetwarzanie danych biometrycznych w programach emerytalnych. Wprowadzono wymóg, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia wszyscy dystrybutorzy są zobowiązani do zapewnienia poszukującym ochrony ubezpieczeniowej odpowiednich i jasnych informacji, które wystarczą do podjęcia świadomych decyzji. Muszą również poinformować o charakterze świadczonych przez siebie usług.

Ze względu na podobieństwa pomiędzy unijną i polską definicją pośrednictwa ubezpieczeniowego, podobne zmiany jak w dyrektywie będzie trzeba wprowadzić do polskiego prawa. W pierwszej kolejności do ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Doprecyzowanie definicji pośrednictwa ubezpieczeniowego i zakresu stosowania dyrektywy pozwoli uniknąć wielu problemów interpretacyjnych. Stworzy jasne i czytelne ramy dla publikowania informacji o ubezpieczeniach oraz ich dystrybutorach w Internecie.

Rejestr pośredników ubezpieczeniowych

W projekcie nowej dyrektywy niezmieniona została zasada obowiązkowego rejestrowania pośredników ubezpieczeniowych[17]. Dobrze, że postuluje się obowiązkowe udostępnianie informacji zawartych w rejestrze online. W Polsce, mimo że rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej, a od 2010 r. wnioski do niego składane są online, informacje z rejestru udzielane są w anachroniczny sposób – głównie przez telefon i listownie. A przecież niezwykle ważne dla konsumentów jest, aby weryfikacja uprawnień pośrednika ubezpieczeniowego mogła być możliwa nie tylko w godzinach pracy urzędu.

Ze względu na objęcie zakresem dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego bezpośredniego kanału dystrybucji, możliwe jest wprowadzenie obowiązku rejestrowania pracowników. Wielu respondentów wyraziło poparcie dla włączenia w zakres dyrektywy dystrybucji bezpośredniej. EIOPA zgodziła się na objęcie zakresem dyrektywy bezpośredniej dystrybucji ubezpieczeń z zastrzeżeniem jednak, że pracownicy ubezpieczycieli nie powinni podlegać obowiązkowi rejestracji, a za ich działalność i weryfikację kwalifikacji powinien odpowiadać pracodawca. Podobne stanowiska zostały przedstawione przez BIPAR i CEA. Podkreślono, że ubezpieczyciele podlegają wymogom dyrektywy Solvency II, co w znacznym stopniu zabezpiecza interesy poszukujących ochrony ubezpieczeniowej.

17. Przedstawiciele środowiska ubezpieczeniowego opowiadali się za wprowadzeniem rejestru pośredników ubezpieczeniowych już od wielu lat. Por. R. Fulneczek, *Pośrednictwo ubezpieczeniowe w świetle noweli do ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, „Prawo Asekuracyjne", 1995, nr 4, str. 58.

Wydaje się zasadne objęcie obowiązkiem rejestracji pracowników ubezpieczycieli pracujących poza lokalem przedsiębiorstwa. O ile nie ma potrzeby weryfikowania uprawnień w rejestrze osób pracujących w lokalach ubezpieczycieli lub na ich infoliniach, to w przypadku osób pracujących na innych warunkach taki wymóg byłby korzystny dla poszukujących ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki informacyjne

W celu złagodzenia konfliktów interesów, Komisja Europejska zaproponowała modyfikację obowiązków informacyjnych. Komisja zaproponowała wprowadzenie obowiązków informacyjnych na wzór tych przewidzianych w MIFID[18]. Jednak respondenci odnieśli się do tego negatywnie, argumentując, że są zbyt duże różnice pomiędzy produktami inwestycyjnymi a ubezpieczeniowymi. W rezultacie w projekcie nowej dyrektywy nie proponuje się takiego rozwiązania. Zmiany dotyczą zakresu udzielanych informacji.

Chyba najbardziej kontrowersyjną, przynajmniej w Polsce, zmianą odnoszącą się do pośredników ubezpieczeniowych jest wprowadzenie zasady, że poszukujący ochrony ubezpieczeniowej ma prawo do poznania wysokości wynagrodzenia pośrednika. Pośrednik ubezpieczeniowy miałby poinformować poszukującego ochrony ubezpieczeniowej o powyższym prawie. Ubezpieczający miałby prawo do informacji o wynagrodzeniu pośrednika również w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Projekt dyrektywy dokładnie reguluje, że ujawnione powinny być wszystkie rodzaje wynagrodzenia. Jeżeli nie ma możliwości ujawnienia wynagrodzenia, poszukujący ochrony ubezpieczeniowej powinien zostać poinformowany o otrzymywanych bonusach i sposobie kalkulacji wynagrodzenia.

Duże zmiany w dystrybucji ubezpieczeń (szczególnie z punktu widzenia poszukujących ochrony ubezpieczeniowej) nastąpią po wprowadzeniu obowiązków informacyjnych dla kanału bezpośredniego. Przed zawarciem (lub zmianą) umowy ubezpieczenia poszukujący ochrony ubezpieczeniowej musiałby zostać poinformowany o nazwie i adresie ubezpieczyciela, statusie pracownika, zakresie jego pełnomocnictw, procedurach reklamacyjnych i możliwych pozasądowych sposobach rozwiązywania konfliktów. Na życzenie mógłby się dowiedzieć o kosztach związanych z wynagrodzeniem pracownika, procesem dystrybucji oraz marketingiem i administracją.

Wprowadzenie obowiązków informacyjnych z pewnością poprawi prawa konsumentów. Wyrówna obciążenia obu kanałów dystrybucji. Państwo określi minimalne kwalifikacje pracowników ubezpieczycieli. Jednak wprowadzenie obowiązku informowania o kosztach działalności ubezpieczyciela może mieć skutek odwrotny od zamierzonego. Przynajmniej część poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w wyborze ochrony ubezpieczeniowej będzie kierować się ich wysokością, a nie zakresem ochrony, wysokością składki, jakością obsługi.

Istnieje poważne ryzyko, że polscy konsumenci poinformowani o tym, że nawet kilkadziesiąt procent składki stanowi wynagrodzenie pośrednika, zrezygnują z zawarcia umowy

18. Directive 2004/39/EC of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 on markets in financial instruments amending Council Directives 85/611/EEC and 93/6/EEC and Directive 2000/12/EC of the European Parliament and of the Council and repealing Council Directive 93/22/EEC.

ubezpieczenia i tym samym nie będą posiadali ochrony ubezpieczeniowej. Wielu konsumetów będzie wybierało ofertę ubezpieczyciela lub pośrednika ubezpieczeniowego ze względu na wysokość kosztów lub wynagrodzenia. Na dalszy plan może zejść zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz jakość obsługi. Należy też zaznaczyć, że inne instytucje finansowe oraz inni pośrednicy finansowi nie muszą podawać tego rodzaju informacji.

Żadna z trzech organizacji nie oponowała przeciw wprowadzeniu wymogu informowania przez pośredników ubezpieczeniowych o swoim wynagrodzeniu. EIOPA podkreśliła, że prawo żądania powyższej informacji powinno istnieć również po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, oraz że podobnymi wymogami powinien zostać obarczony bezpośredni kanał dystrybucji. Podobne stanowisko przedstawił BIPAR. CEA obecne przepisy dotyczące konfliktów interesów określiła jako wystarczające. Organizacja dopuściła jednak możliwość wprowadzenia obowiązku informowaniu o wynagrodzeniu.

Zmian wymagają obowiązki informacyjne pośredników ubezpieczeniowych określone w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Chodzi przede wszystkim o wprowadzenie obowiązku przekazywania równie szerokiego zakresu danych przez osobę fizyczną wykonującą czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego, co sam pośrednik ubezpieczeniowy. Korekty wymaga zakres informacji udzielanych przez pośrednika ubezpieczeniowego, tak aby był zgodny z art. 12 dyrektywy w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego[19].

Definicje

W projekcie dyrektywy wprowadza się również definicje takich pojęć jak: outsourcing, klient, wynagrodzenie, małe i średnie przedsiębiorstwa, doradztwo ubezpieczeniowe, porada ubezpieczeniowa, rzetelna porada ubezpieczeniowa, dystrybucja produktu ubezpieczeniowego bez porady, produkt ubezpieczeniowy. Zmieniono definicje pojęć: zakład ubezpieczeń, zakład reasekuracji, duże ryzyka (odwołują się teraz do postanowień Solvency II), rodzime państwo członkowskie, przyjmujące państwo członkowskie, trwały nośnik informacji. Wiele z powyższych definicji zostało dostosowanych do innych dyrektyw. Sprecyzowanie, co oznaczają powyższe pojęcia, z pewnością wpłynie pozytywnie na prawo państw członkowskich. Pozwoli uniknąć wielu wątpliwości interpretacyjnych.

Duże znaczenie ma wprowadzenie definicji outsourcingu. Zgodnie z nią pośrednicy ubezpieczeniowi mieliby w pełni odpowiadać za działania podmiotów, którym zlecają określone zadania. Outsourcing nie mógłby prowadzić do istotnego zwiększenia ryzyka operacyjnego; pogorszenia możliwości monitorowania działalności pośrednika ubezpieczeniowego; obniżenia jakości świadczonych usług dla poszukujących ochrony ubezpieczeniowej. Nie jest jednak określone, jakie wymogi mieliby spełniać zleceniobiorcy. Wprowadzono jedynie wymóg ich rejestracji. Sugeruje to, że również zleceniobiorcy będą musieli posiadać status pośrednika ubezpieczeniowego.

W polskim prawie brak jest przepisów regulujących zlecanie działalności agencyjnej przez agentów ubezpieczeniowych. Istnieje lakoniczny art. 25 ustawy o pośrednictwie ubezpiecze-

19. Odmiennie P. Bałasz, K. Szaniawski, *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym*. *Komentarz*, Zakamycze 2005, s. 88.

niowym, który przewiduje, że brokerzy ubezpieczeniowi mogą zlecać niektóre czynności innym podmiotom. Nie określa jednak dokładnie, jakie to mają być czynności ani jakie kwalifikacje mają posiadać zleceniobiorcy. Także inne definicje zawarte w projekcie dyrektywy powinny zostać wprowadzone do polskiego prawa dotyczącego pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Działalność transgraniczna

Wiele proponowanych przepisów dotyczy działalności transgranicznej pośredników ubezpieczeniowych. Zgodnie z nimi państwo członkowskie powinno zgłosić Komisji problemy z rozpoczynaniem i prowadzeniem działalności pośrednictwa ubezpieczeniowego na terenie państw trzecich. W tej sytuacji Komisja może zwrócić się do Rady, aby ta udzieliła mandatu państwu zgłaszającemu problem do prowadzenia negocjacji z państwem stwarzającym bariery dla działalności transgranicznej pośrednictwa ubezpieczeniowego. W projekcie jest wiele przepisów ograniczających możliwość tworzenia barier administracyjnych dla pośredników ubezpieczeniowych z innych państw. Sprecyzowano, jakie informacje powinien przekazywać pośrednik ubezpieczeniowy chcący prowadzić działalność transgraniczną w ramach swobody przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (m.in. nazwa, dane teleadresowe, państwo, w którym ma być prowadzona działalność, czy i na rzecz których ubezpieczycieli podmiot prowadzi działalność, zakres wykonywanej działalności). Są to jedynie podstawowe informacje, rzeczywiście niezbędne do sprawnego funkcjonowania. Proponuje się też wymóg zgłaszania zmian danych. Projekt dyrektywy wprowadza regulacje, na podstawie których państwa członkowskie mogłyby zawierać porozumienia dotyczące wymieniania się informacjami. Umowy miałyby usprawniać obieg informacji o bankructwach i likwidacjach pośredników ubezpieczeniowych.

W wielu miejscach propozycje zmian są zbyt nieprecyzyjne, aby można byłoby je zaopiniować. Dotyczy to przede wszystkim regulacji w rozdziale *Internal market clause*, który umożliwia odstąpienie przez państwo członkowskie, gdzie ma działać pośrednik ubezpieczeniowy, na podstawie swobody świadczenia usług, od niektórych zapisów dyrektywy. Niestety nie sprecyzowano, o które zapisy chodzi.

CEA sugerowała, że działalność transgraniczną pośrednictwa ubezpieczeniowego można wesprzeć poprzez rozpowszechnianie informacji o zasadach, na jakich działają pośrednicy. W celu przyspieszenia procesu przesyłania informacji należy wprowadzić elektroniczny obieg dokumentów. Przynajmniej niektóre postanowienia Protokołu Luksemburskiego można włączyć do tekstu dyrektywy. EIOPA opowiedziała się za pozostawieniem dotychczasowego systemu polegającego na zgłaszaniu chęci prowadzenia działalności transgranicznej, ponieważ umożliwia to publikowanie danych tych pośredników ubezpieczeniowych. Powinno się wprowadzić możliwość elektronicznego zgłaszania oraz zrezygnować z okresu oczekiwania.

Nowe przepisy regulujące działalność transgraniczną nie wpłyną w istotny sposób na polskie prawo i rynek pośrednictwa ubezpieczeniowego, ponieważ Polska nie stwarza barier dla tego typu działalności.

Wymóg zawarty w projekcie dyrektywy podawania informacji o zakresie działalności oraz o ubezpieczycielach, z którymi współpracuje pośrednik, może oznaczać, że działalność transgraniczna pośrednictwa ubezpieczeniowego nie może być szersza niż w kraju rejestracji.

To rozwiązałoby wiele problemów łączących się z tego typu działalnością, które powstają podczas analizy polskich przepisów. Jednak taka interpretacja ma wątłe podstawy i wskazane jest stworzenie definicji swobody przedsiębiorczości i świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego. Z analizy dokumentów Komisji Europejskiej oraz opinii na ich temat wynika, że w projekcie dyrektywy mogą pojawić się definicje swobody świadczenia usług oraz świadczenia przedsiębiorczości w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Kwalifikacje zawodowe

W projekcie doprecyzowano konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pośredników ubezpieczeniowych. Wszystkie osoby zaangażowane w dystrybucję bezpośrednią miałyby posiadać odpowiednią wiedzę i właściwe umiejętności, a także musiałyby uczestniczyć w szkoleniach.

Polskie przepisy dotyczące szkoleń zawodowych, mimo wielu wad, mogłyby pozostać w dotychczasowej formie. Powinno się tylko doprecyzować, jakie sankcje grożą za łamanie obowiązku odbywania szkoleń. Należałoby także objąć nimi pracowników ubezpieczycieli.

PRIPs

W nowej dyrektywie prawdopodobnie będzie uregulowana dystrybucja PRIPs[20]. Jednak brak jest propozycji konkretnych rozwiązań. Brak też definicji takich produktów. Z tego względu nie można ich omówić w niniejszym artykule.

Podsumowanie

W projekcie nowej dyrektywy nie zdecydowano się na przyjęcie radykalnego rozwiązania, jakim byłoby wprowadzenie jednakowych regulacji pośrednictwa ubezpieczeniowego we wszystkich państwach członkowskich. Podczas prac nad dyrektywą pojawił się wprawdzie postulat jednolitej regulacji, ale w najbliższym czasie prawdopodobnie nie zostanie on zrealizowany. Wiele podmiotów, które wypowiedziały się na temat proponowanych regulacji, podkreślało, że dystrybucja ubezpieczeń w poszczególnych krajach zbyt różni się między sobą. Próba ich

20. Określenie Package Retails Insurance Products tłumaczone dosłownie oznacza „pakietowe detaliczne produkty inwestycyjne" (por. wywiad z Karelem Van Hulle dostępny na stronie http://www.polbrokers.pl/navigation/prasa/pliki/Wywiad_Karel_Van_Hulle_06_2011.pdf). Można również ją przetłumaczyć jako „produkty inwestycyjne na życie" (Pismo Polskiej Izby Ubezpieczeń pt. Dokumenty konsultacyjne otrzymane z Ministerstwa Finansów i Komisji Europejskiej dotyczące proponowanej struktury nowej wersji dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz sprzedaży direct w działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej IMD II z dnia 27 kwietnia 2011 r.) lub jak proponuje Komisja Nadzoru Finansowego „strukturyzowane produkty inwestycyjne" (za stroną http://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/strukturyzowane_produkty_inwestycyjne.html).

ujednolicenia negatywnie wpłynęłaby na rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego, całego rynku ubezpieczeniowego oraz praw podmiotów poszukujących ochrony ubezpieczeniowej. Dobrze, że podmioty uczestniczące w procesie tworzenia nowego prawa zdają sobie sprawę z wielu problemów, jakie towarzyszą działalności transgranicznej pośredników ubezpieczeniowych i znaczna część proponowanych zapisów ma je, przynajmniej częściowo, rozwiązać.

Projekt dyrektywy nie jest jeszcze skończony. Konieczna jest dalsza dyskusja nad zmianami. Należy stworzyć definicję PRIPs, zastanowić się nad tym, czy wprowadzać osobne regulacje dotyczące dystrybucji tych produktów. Obecnie proponowane przepisy dotyczące działalności transgranicznej również wymagają dopracowania. Nie można ich odpowiednio zinterpretować i omówić, ponieważ w wielu miejscach są bardzo nieprecyzyjne.

Konieczność nowelizacji ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym (oraz prawdopodobnie innych aktów prawnych) stwarza szansę na uporządkowanie regulacji dotyczących dystrybucji ubezpieczeń w Polsce. Obecnie obowiązujące regulacje są niewystarczające, niewłaściwe, a nawet sprzeczne z najważniejszym aktem prawnym regulującym dystrybucję ubezpieczeń, jakim jest ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Zmienić należy podejście do pośrednictwa ubezpieczeniowego. Komisja Nadzoru Finansowego oraz Polska Izba Ubezpieczeń powinny z większą starannością opracowywać dane dotyczące dystrybucji ubezpieczeń. Niedopuszczalne jest, aby cały czas w publikacjach na ten temat były podawane podmioty, które nie mogą pośredniczyć w zawieraniu ubezpieczeń. Niestety, mimo że liczba podmiotów, które mogą uczestniczyć w procesie dystrybucji ubezpieczeń ma charakter zamknięty, zawsze pojawia się pozycja „inne kanały dystrybucji". Do 2003 r. do innych kanałów dystrybucji wliczano zawieranie umów ubezpieczenia za pomocą telefonu oraz przez Internet[21]. Po 2003 r. te kanały dystrybucji są wyszczególnione. Prawdopodobnie jest to spowodowane ich rozwojem.

Należy zaznaczyć, że ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie jest całkowicie zgodna z obecnie obowiązującą dyrektywą w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego. Polski ustawodawca nie zdecydował się np. na wprowadzenie kategorii zależnych pośredników ubezpieczeniowych. Zamiast tego wprowadził podział na agentów ubezpieczeniowych i brokerów ubezpieczeniowych, który nie jest w pełni dostosowany do przepisów dyrektywy, szczególnie w zakresie działalności transgranicznej. Podczas nowelizowania przepisów należy zastanowić się nad zmianą kategorii pośredników ubezpieczeniowych.

Trudno dziś wyrokować, jakie dokładnie przepisy znajdą się w dyrektywie w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego. Powyższe omówienie zmian w dyrektywie jedynie sygnalizuje niektóre problemy. Już teraz jednak trzeba analizować dotychczasowe i przyszłe regulacje prawne, aby uniknąć błędów podczas nowelizowania polskich przepisów dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz dystrybucji ubezpieczeń.

Brak wnikliwych, rzetelnych opracowań dotyczących dystrybucji ubezpieczeń skutkuje niewłaściwymi regulacjami i wieloma problemami praktycznymi. Właściwe opracowanie tego zagadnienia umożliwi stworzenie prawidłowych regulacji prawnych, które będą logiczne i spójne, a także będą dotyczyły wszystkich możliwych sposobów dystrybucji ubezpieczeń. Zasada minimalnej harmonizacji, która najprawdopodobniej będzie nadal obowiązywała, umożliwia dużą elastyczność w przygotowywaniu przepisów. Można to wykorzystać, aby

21. Por. J. Witkowska, *Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych*, Toruń 2008, s. 41.

nowe regulacje odpowiednio chroniły interesy poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, ale także umożliwiały rozwój pośrednictwa ubezpieczeniowego, a tym samym całego rynku ubezpieczeniowego.

Wykaz źródeł

Directive 2004/39/EC of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 on markets in financial instruments amending Council Directives 85/611/EEC and 93/6/EEC and Directive 2000/12/EC of the European Parliament and of the Council and repealing Council Directive 93/22/EEC.
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz. Urz. Nr L 9 z dn. 15.01.2003 r.).
Dyrektywa Rady 77/92/EWG z 13 grudnia 1976 r. w sprawie środków mających ułatwić skuteczne osiągnięcie swobody przedsiębiorczości oraz swobody świadczenia usług w odniesieniu do działalności agentów i brokerów ubezpieczeniowych (ISIC grupa 630) i w szczególności środków przejściowych dotyczących tych działalności (Dz. Urz. Nr l 26 z dn. 31 stycznia 1977 r.).
Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 lipca 2005 r. w sprawie przeprowadzania szkoleń zawodowych osób wykonujących czynności agencyjne albo czynności brokerskie (Dz. U. 2005, Nr 125, poz. 1052).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010, Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.)
Ustawa z 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 1990, Nr 59, poz. 344 z późn. zm.).
Zalecenie Komisji 92/48/EWG z 18 grudnia 1991 r. w sprawie pośredników ubezpieczeniowych (Dz. Urz. Nr L 19 z dn. 28 stycznia 1992 r.).
Bałasz P., Szaniawski K., *Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym*. *Komentarz*, Zakamycze 2005.
Brodecki Z., Serwach M., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Kraków, Zakamycze 2005.
Chróścicki A., *Pośrednictwo a doradztwo ubezpieczeniowe część 1*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 20.05.2008.
Chróścicki A., *Pośrednictwo a doradztwo ubezpieczeniowe część 2*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 03.06.2008.
Fulneczek R., *Pośrednictwo ubezpieczeniowe w świetle noweli do ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, „Prawo Asekuracyjne", 1995, nr 4.
Kowalewski E., Sangowski T., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Warszawa 2004.
Mintoft-Czyż T., *Anachroniczna definicja pośrednictwa,* „Gazeta Bankowa", marzec 2004.
Przewalska K., Orlicki M., *Nowe prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa-Poznań 2004.
Wąsiewicz A. (red), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. I. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994.
Witkowska J., *Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych*, Toruń 2008.
http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2010/insurance-mediation_en.htm (25.09.2011)
http://www.bipar.eu/en/key-issues-positions/the-imd/from-imd-i-to-imd-ii (25.09.2011)
http://www.cea.eu/index.php/key-issues/packaged-retail-investment-products (25.09.2011)

http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do? lang=2&procnum=COD/2000/0213 (25.09.2011)
http://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/strukturyzowane_produkty_inwestycyjne.html
http://www.polbrokers.pl/navigation/prasa/pliki/Wywiad_Karel_Van_Hulle_06_2011.pdf (25.09.2011)
https://eiopa.europa.eu/consultations/consultation-papers/november-2010/consultation-paper-no-83/index.html (25.09.2011)
Pismo Polskiej Izby Ubezpieczeń pt. Dokumenty konsultacyjne otrzymane z Ministerstwa Finansów i Komisji Europejskiej dotyczące proponowanej struktury nowej wersji dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz sprzedaży direct w działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (IMD II) z dnia 27 kwietnia 2011 r.
Summary of responses to the consultation on the revision of the insurance mediation directive, pismo Komisji Europejskiej z dnia 4 kwietnia 2010 r.

Draft insurance intermediation directive – summary.

The article deals with the draft insurance intermediation directive. The starting point is the presentation of the history of legal regulation, both EU and Polish ones. Then, the article discusses selected changes presented in the draft of the new directive and their possible impact on the Polish law and our insurance market. Adoption of the directive will result in the need to thoroughly amend Polish regulations. The changes will affect numerous aspects connected with insurance intermediation.
The publication is devoted, among other things, to the definitions included in the draft directive (including the definition of insurance intermediation), cross-border insurance intermediation activity, distribution of PRIPs, outsourcing and professional requirements. The particular attention is paid to changes in the scope of the directive (including the direct channel in it, changes in the distribution of travel insurance), and disclosure obligations (introduction of the obligation to inform about remuneration of insurance intermediaries and about insurers' operating costs). The publication is based on documents prepared by the European Commission, EIOPA, BIPAR and CEA.

ARTUR BORKOWSKI *– jest doktorantem na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Przygotowuje rozprawę nt. wdrożenia w krajowy porządek prawny dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego.*

PIOTR MAJEWSKI
DAMIAN WALCZAK

Zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym rolników

Rolnicy oraz ich domownicy opłacają wyłącznie składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz ubezpieczenie chorobowe, wypadkowe i macierzyńskie. Natomiast składka za te osoby na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z budżetu państwa. W roku 2011 Skarb Państwa przeznaczy na ten cel około 1,86 mld zł.

Prawdopodobnie będzie to jednak ostatni rok obowiązywania wspomnianych rozwiązań, Trybunał Konstytucyjny uznał je za niekonstytucyjne. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego sposób finansowania rolniczych składek na ubezpieczenie zdrowotne musi zostać zmieniony do marca 2012 r. Ponadto, ze względu na zróżnicowaną sytuację dochodową rolników, nowe rozwiązania mają być społecznie i ekonomicznie uzasadnione.

Istnieje kilka możliwych rozwiązań w zakresie zmian w finansowaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników. Wysokość składki może zależeć od:

- *wielkości gospodarstwa rolnego w hektarach fizycznych,*
- *wielkości gospodarstwa w hektarach przeliczeniowych,*
- *ekonomicznej wielkości gospodarstwa,*
- *uzyskiwanych dochodów.*

Wprowadzenie

Konstytucja RP[1] gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67)[2]. Ten sam akt prawny zapewnia również prawo do zabezpieczenia społecznego osobom pozostającym bez pracy nie z własnej woli oraz równy dostęp

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483, z późn. zm.).
2. Szerzej o gwarancjach konstytucyjnych w zakresie zabezpieczenia społecznego patrz: J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 25.

do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 §2)[3].

Rolnicy, podobnie jak inne grupy zawodowe, opłacają składki na ubezpieczenie społeczne w celu ochrony przed negatywnymi następstwami ryzyk społecznych. Jednakże posiadają oni odrębny system zabezpieczeniowy, który jest administrowany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Osoby ubezpieczone w KRUS podlegają dwóm rodzajom ubezpieczenia: ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu oraz ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu[4].

Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego można zaliczyć[5]:

- zasiłek chorobowy,
- zasiłek macierzyński,
- jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

Natomiast zgodnie z art. 18 wspomnianej ustawy, świadczeniami z ubezpieczenia emerytalno-rentowego są:

- emerytura rolnicza lub renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy,
- renta rolnicza szkoleniowa,
- renta rodzinna,
- emerytura i renta z ubezpieczenia społecznego rolników indywidualnych i członków ich rodzin,
- dodatki do emerytur i rent,
- zasiłek pogrzebowy.

Rolnicy posiadający gospodarstwo rolne o powierzchni do 50 ha zobowiązani są do odprowadzania składki miesięcznej w całkowitej wysokości 115 zł (III kwartał 2011 r.)[6]. Ubezpieczeni użytkujący większe gospodarstwa rolne opłacają odpowiednio zwiększoną składkę – w maksymalnej wysokości 465 zł miesięcznie dla osób prowadzących gospodarstwo o powierzchni powyżej 300 ha.

Rolnicy nie są zobowiązani do opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Składka na to ubezpieczenie za rolników, ich małżonków oraz domowników opłacana jest z budżetu państwa za pośrednictwem KRUS. Jest to jedna z niewielu tak uprzywilejowanych grup społecznych[7].

---

3. Przez ubezpieczenie zdrowotne wyraża się istota solidaryzmu społecznego (preambuła Konstytucji): a) ubezpieczenie to jest bowiem powszechne i obowiązkowe; b) wysokość składki uzależniona jest od indywidualnych przychodów i stanowi ich równy dla wszystkich procent; c) otrzymane świadczenie uwarunkowane jest wyłącznie potrzebą zdrowotną; d) czynniki ryzyka rozłożone są na wszystkich ubezpieczonych. Zob. Odpowiedź minister Teresy Kamińskiej na interpelację poselską w sprawie nowelizacji ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa, dnia 24 marca 1999 r., http://orka2.sejm.gov.pl/IZ3.nsf/main/69649D0C (20.05.2009).
4. Szerzej D. Walczak, *Uwarunkowania funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego rolników w Polsce*, „Dom Organizatora" TNOiK, Toruń 2011, s. 133–151.
5. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2008, Nr 50, poz. 291, z późn. zm.).
6. 73 zł na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i 45 zł na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie.
7. Składki na ubezpieczenie zdrowotne nie opłacają również m.in. studenci i uczestnicy studiów doktoranckich oraz bezrobotni niepobierający zasiłku.

Tymczasem pracownicy uzyskujący wynagrodzenie z pracy najemnej opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne uzależnioną od osiąganych przychodów. Podstawą wymiaru składki na to ubezpieczenie jest bowiem przychód, pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne[8]. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru, jednak podatnik faktycznie płaci 1,25%. Obliczony podatek dochodowy ulega bowiem obniżeniu o kwotę składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, odliczenie to nie może przekroczyć 7,75% podstawy wymiaru tej składki[9].

Niezgodność tej sytuacji z Konstytucją podniósł w 2007 r. Rzecznik Praw Obywatelskich Janusz Kochanowski, kierując sprawę do Trybunału Konstytucyjnego. Rzecznik wskazał, iż opłacanie składek z budżetu za wszystkich rolników, bez względu na wysokość osiąganych przez nich dochodów, jest sprzeczne z konstytucyjnymi zasadami równości i sprawiedliwości społecznej[10].

Trybunał Konstytucyjny w sentencji wyroku z 26 października 2010 r. orzekł, iż przepis ten jest niezgodny z art. 32 ust. 1, w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji RP, i dał ustawodawcy 15 miesięcy na zmianę przepisów[11].

Artykuł ten ma na celu przedstawienie zasad opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników i wskazanie potencjalnych kierunków zmian w tym zakresie.

1. Obowiązujące rozwiązania w zakresie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników

Do końca 2010 r. wysokość składki zdrowotnej za rolnika obowiązkowo podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników była równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym[12]. Składkę ustalało się, mnożąc powierzchnię gospodarstwa rolnego w hektarach

8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
9. Osoba osiągająca przychód brutto w wysokości 1900 zł opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 147,56 zł, z czego 127,06 zł ma prawo odliczyć od podatku dochodowego. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą lub przy tej działalności współpracujących również wynosi 9%. Nalicza się ją od zadeklarowanej kwoty (podstawa składki), nie niższej jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego włącznie z wypłatami z zysku. W 2011 r. podstawę wymiaru składki stanowi kwota 2704,31 zł; składka zdrowotna wynosi wtedy 243,39 zł, a od podatku można odliczyć 209,58 zł. W 2010 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło z ZUS-u 51,9 mld zł, co oznacza, iż osoby fizyczne faktycznie zapłaciły około 7,2 mld zł, a 44,8 mld zł odliczyły od podatku dochodowego.
10. Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników – 12 listopada 2007 r. http://www.brpo.gov.pl/index.php? md=3456&s=1 (1.06.2011).
11. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 października 2010 r. (Dz. U. 2010, Nr 205, poz. 1363).
12. W marcu 2010 r. Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji społecznych projekt uzależniający wysokość składki zdrowotnej za rolników od płacy minimalnej, a nie od ceny żyta, aby uniezależnić przychody Narodowego Funduszu Zdrowia od cen tego zboża. Jak zostanie wskazane w dalszej części pracy, w pracach końcowych kwotę składki zdrowotnej ustalono ryczałtowo. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

przeliczeniowych (ustaloną dla celów wymiaru podatku rolnego) i połowę obowiązującej ceny żyta[13]. Podstawą wymiaru składki zdrowotnej za rolnika, który obowiązkowo nie podlegał ubezpieczeniu społecznemu, oraz za każdego domownika była kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu[14]. Za te osoby Skarb Państwa opłacał składkę w wysokości 9% wskazanej podstawy wymiaru[15].

Od 1 stycznia 2011 r. składka zdrowotna za rolników, ich małżonków oraz domowników podlegających ubezpieczeniu społecznemu jest ryczałtowa i wynosi łącznie (za całą grupę ubezpieczonych) 1,86 mld zł rocznie[16]. Płatna jest w ratach miesięcznych przez KRUS do Narodowego Funduszu Zdrowia[17].

Celem wspomnianej zmiany miało być uniezależnienie składki otrzymywanej przez NFZ od niestabilnych cen żyta. Jednakże, jak się okazało, gdyby nie wprowadzono wspomnianego rozwiązania, NFZ z budżetu państwa otrzymałby w 2011 r. około 2 mld zł, czyli ponad 140 mln więcej, niż na podstawie nowych rozwiązań. Wynika to ze wzrostu o około 10% ceny żyta obowiązującej w roku 2011 (w porównaniu z rokiem 2010), co przy nieznacznie zmienionej liczbie osób ubezpieczonych spowodowałoby podobny wzrost składki zdrowotnej (tablica 1).

Tablica 1. Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego rolników (w tys. zł), obowiązująca cena żyta (w zł) oraz ich zmiany w stosunku do roku poprzedniego (w proc.) w latach 2006–2011

Wyszczególnienie	Wykonanie 2006	Wykonanie 2007	Wykonanie 2008	Wykonanie 2009	Plan 2010	Plan (wykonanie) 2011
Wysokość dotacji z budżetu państwa	1 357 695	1 784 481	2 758 753	2 646 144	1 877 457	1 862 006
Procentowa zmiana dotacji (w proc.)	−14,64	31,43	54,60	−4,08	−21,92	−0,08
Obowiązująca cena żyta (1 kwintala)	27,88	35,52	58,29	55,80	34,10	37,64
Procentowa zmiana ceny żyta (w proc.)	−25,99	27,40	64,10	−4,27	−38,88	10,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Walczak, *Ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz działalność rolniczą,* w: *Konkurencyjność gospodarki Polski*, red. A.P. Balcerzak, E. Rogalska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008, s. 256; Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl (27.05.2011) oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, http://www.krus.gov.pl (24.05.2011).

13. Cenę żyta corocznie ogłasza w Obwieszczeniu Prezes Głównego Urzędu Statystycznego. W 2010 r. obowiązywała cena żyta na poziomie 34,10 zł, w związku z tym za rolnika posiadającego gospodarstwo rolne o powierzchni 10 ha przeliczeniowych KRUS wpłacał do NFZ miesięcznie 170,50 zł.
14. Do 1 stycznia 2008 r. podstawę stanowiła wysokość świadczenia pielęgnacyjnego.
15. Rolnik prowadzący dział specjalny produkcji rolnej dodatkowo opłacał i opłaca składkę zdrowotną, która wynosi 9% deklarowanej podstawy wymiaru składki.
16. Wysokość tej składki ustalono arbitralnie.
17. Ustawa z dnia 26 listopada 2010 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej (Dz. U. 2010, Nr 238, poz. 1578). Wprowadzenie tej zmiany łącznie z tzw. ustawami okołobudżetowymi zostało niezauważone przez wielu parlamentarzystów np. szefa sejmowej komisji zdrowia – Bolesława Piechę. J. Watoła, *Zdrowie rolników na mały ryczałt*, „Gazeta Wyborcza" z 6 maja 2011 r., nr 104, s. 8.

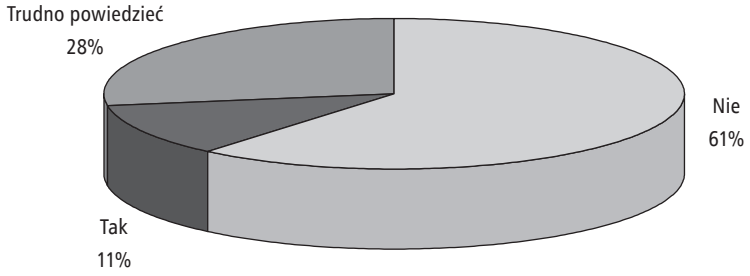
2. Opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników – wyniki badań empirycznych

Autor, w okresie od listopada 2009 r. do stycznia 2010 r., przeprowadził na terenie całej Polski badanie własne, techniką ankiety bezpośredniej, na próbie 211 rolników, pochodzących z 12 losowo wybranych gmin (losowanie warstwowe, zespołowe, wielostopniowe)[18].

W zakresie ubezpieczenia zdrowotnego zadano respondentom m.in. pytanie, co sądzą na temat nieopłacania przez niektóre grupy społeczne składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Aż 61% respondentów nie akceptuje niepłacenia przez niektóre grupy społeczne składek na ubezpieczenie zdrowotne. Zapewne wynika to z braku wiedzy, iż sami pytani nie opłacają składek na ubezpieczenie zdrowotne (szczególnie mylące może być nazwanie jednej ze składek na ubezpieczenie społeczne „składką na ubezpieczenie macierzyńskie, **chorobowe** i wypadkowe"). Jednakże można też przyjąć zupełnie przeciwny wniosek, iż ankietowani wiedzą, że nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne i że nie akceptują tego faktu, uważając to za niesprawiedliwe społecznie (wykres 1).

Wykres 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy zgadza się Pan(i) na to, aby w Polsce niektóre grupy społeczne nie płaciły składek na ubezpieczenie zdrowotne?".



Źródło: opracowanie własne, badanie rolników (N = 211).

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, iż około 41% ankietowanych zgadza się opłacać dodatkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne (oczywiście w przypadku rolników byłyby to ich jedyne składki). Niemniej jednak w pytaniu zasugerowano lepszą (szerszą) opiekę zdrowotną, aby określić zdolność rolników w zakresie ponoszenia dodatkowych wydatków na ten cel. Należy podkreślić zależność pomiędzy wysokością deklarowanych dodatkowych opłat a wielkością posiadanego gospodarstwa rolnego (tablica 2).

18. Szerzej o metodologii badania: D. Walczak, *Uwarunkowania*, op.cit., s. 10–12.

Tablica 2. Opinie na temat dodatkowych opłat na ubezpieczenie zdrowotne

Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) płacić dodatkowo na ubezpieczenie zdrowotne, jeżeli wiązałoby się to ze zdecydowanie lepszą (szerszą) opieką medyczną?			
Tak (86)			Nie (124). Brak odpowiedzi (1)
Ile był(a)by Pan(i) skłonny(a) zapłacić za dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne miesięcznie?	ogółem	86	
	od 0 do poniżej 20 zł	19	
	od 20 do poniżej 50 zł	27	
	od 50 do poniżej 100 zł	23	
	od 100 zł	12	
	brak odpowiedzi	5	

Źródło: opracowanie własne (wybór jednokrotny, N=211).

3. Potencjalne rozwiązania w zakresie finansowania ubezpieczenia zdrowotnego rolników

Trybunał Konstytucyjny, dając 15 miesięcy[19] na dostosowanie się do swego wyroku, umożliwił władzy ustawodawczej przeprowadzenie szerokiej dyskusji na temat koniecznych zmian w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników[20]. Nowe rozwiązania muszą, zgodnie z opublikowanym wyrokiem, być uzasadnione społecznie i ekonomicznie, a przyjęte rozstrzygnięcia powinny być oparte na zdolności podatkowej (opłatowej) rolników. Na tej podstawie możliwości opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne należy upatrywać wyłącznie w sytuacji ekonomicznej poszczególnych rolników, decydującej o tej zdolności lub jej braku, a nie w samym fakcie przynależności do danej grupy zawodowej (społecznej). Zdolność opłatową należy rozumieć jako ekonomiczną i prawną zdolność do uczestniczenia, poprzez płaconą składkę, w ponoszeniu ciężarów publicznych związanych z finansowaniem ochrony zdrowia[21].

Obowiązujące przepisy nie zmieniły się od lat 90., mimo że od chwili wprowadzenia systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na początku lat 90. zaszły w tej grupie społecznej znaczne zmiany, rodzące istotne dysproporcje, gdy chodzi o ich sytuację ekonomiczną (od rolników osiągających niski dochód z drobnych, nierentownych gospodarstw,

19. 15 miesięcy mija 3 lutego 2012 r., licząc od daty publikacji Wyroku w Dzienniku Ustaw, czyli od 3 listopada 2010 r.
20. Interesujące jest to, co może się stać w przypadku braku ustosunkowania się władz RP do wyroku. Czy rolnicy zostaną pozbawieni ubezpieczenia zdrowotnego? „Jeśli nowe prawo nie powstanie, osoby ubezpieczone w KRUS nie będą miały wpłacanej składki do NFZ. A to oznacza, że za leczenie zapłacą z własnej kieszeni". Z drugiej strony Konstytucja RP gwarantuje wszystkim obywatelom dostęp do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, a wyrok Trybunału miał przecież dostosować obowiązujące przepisy do zapisów konstytucyjnych. *Rolnicy ubezpieczeni w KRUS z własnej kieszeni pokryją koszty leczenia*, „Dziennik Gazeta Prawna" z 3 stycznia 2011 r., nr 1, s. B1.
21. Komunikat prasowy po rozprawie dotyczącej zasad finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, http://www.trybunał.gov.pl (25.05.2011).

przez właścicieli średnich gospodarstw produkcyjnych, po rolników prowadzących wysokodochodowe przedsiębiorstwa rolne w formie indywidualnych gospodarstw rolnych)[22].

Opracowaniem odpowiednich rozwiązań zajmuje się powołany w 2009 r. Międzyresortowy Zespół do spraw Reformy Systemu Ubezpieczenia Społecznego Rolników, w którego skład wchodzą[23]:

1. Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Szef Zespołu Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów.
2. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi.
3. Osoby wyznaczone przez:
   a. Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi;
   b. Ministra Pracy i Polityki Społecznej;
   c. Ministra Finansów;
   d. Prezesa Rządowego Centrum Legislacji;
   e. Przewodniczącego stałego komitetu Rady Ministrów;
   f. Szefa Zespołu Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów.
4. Sekretarz Zespołu, wyznaczony przez przewodniczącego Zespołu.

Reformę należy rozpocząć od odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można zróżnicować składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników, jak liczyć ich dochód? Do potencjalnych sposobów zróżnicowania wysokości składki zdrowotnej opłacanej przez rolników można zaliczyć:

1. dochód uzyskiwany przez rolników,
2. wielkość gospodarstwa w hektarach fizycznych,
3. wielkość gospodarstwa w hektarach przeliczeniowych,
4. ekonomiczną wielkość gospodarstwa rolnego.

Każde z proponowanych rozwiązań ma istotne zalety, jak i wady. Odnoszą się one zarówno do sposobu wprowadzenia konkretnego rozwiązania, niezbędnego okresu *vacatio legis*, koniecznych decyzji politycznych w roku wyborczym oraz, niestety prawdopodobnie na końcu, przesłanek ekonomicznych.

Najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie rachunkowości rolnej, podatku dochodowego w rolnictwie oraz opłacania składki zdrowotnej na podstawie faktycznie osiąganych dochodów[24]. Niestety w terminie 15 miesięcy jest to przedsięwzięcie trudne do przeprowadzenia. Wprowadzenie podatku dochodowego w rolnictwie mogłoby być związane z likwidacją

22. *Informacja o istotnych problemach wynikających z działalności i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego w 2010 roku*, Wydawnictwo Trybunału Konstytucyjnego, Warszawa 2011, s. 28.
23. W skład Zespołu nie wszedł przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, które przecież odpowiada za system zdrowotny w Polsce. Zarządzenie Nr 61 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do spraw Reformy Systemu Ubezpieczenia Społecznego Rolników.
24. Wprowadzenie podatku dochodowego w rolnictwie ma szczególne uzasadnienie, gdy analizujemy stwierdzenie, „że w obecnym stanie prawnym konieczne jest przychylenie się do koncepcji, zgodnie z którą jedynym kryterium wyróżnienia gospodarstwa rolnego od przedsiębiorstwa jest szczególny charakter działalności rolniczej prowadzonej przez gospodarstwo rolne". BCC pyta więc: Dlaczego rolnicy mają odrębny system ubezpieczenia społecznego i nie płacą podatku dochodowego? *Raport w sprawie ostatecznego rozwiązania problemu KRUS*, BCC, Warszawa 2008, s. 13–16; D. Łoboś-Kotowska, *Gospodarstwo rodzinne. Prawne formy organizacji*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2006, s. 13–31.

podatku rolnego, na co zapewne nie zgodziłyby się gminy wiejskie (udział w podatku dochodowym rolników mógłby nie zrekompensować strat z tego tytułu)[25]. Chociaż wielokrotnie podnosi się[26], jako istotną barierę opodatkowania rolników, problemy z wyedukowaniem około 1,6 mln osób[27], to należy zauważyć, iż większość rolników (około 1,4 mln) corocznie korzysta z dopłat bezpośrednich, wypełniając równie skomplikowane dokumenty[28].

Oczywiście można w prosty i szybki sposób obliczać wysokość składki zdrowotnej na podstawie wielkości gospodarstwa rolnego (w hektarach fizycznych lub przeliczeniowych), jednakże sposób ten nie odzwierciedla faktycznie osiąganych dochodów[29]. Niestety obliczanie przybliżonych dochodów wyłącznie na podstawie liczby posiadanych hektarów nie stanowi nawet w niewielkim stopniu zaczątku konstrukcji podatku dochodowego, w większym zakresie obciążając posiadany majątek.

Może najwłaściwszym sposobem wyliczania składki zdrowotnej byłaby wielkość ekonomiczna gospodarstwa rolnego. Chociaż jej wyliczenie jest skomplikowane, jednak i rolnicy, i Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa posiadają podstawowe dane do jej kalkulacji, czyli liczbę użytkowanych hektarów, rodzaj upraw i liczbę poszczególnych zwierząt[30].

$$\text{Ekonomiczna wielkość gospodarstwa (w ESU)}^{31} = \frac{\sum\text{liczba zwierząt (w szt.)} \times \text{SGM dla danego zwierzęcia w regionie} + \sum\text{wielkość upraw (w ha)} \times \text{SGM dla danej uprawy w regionie}}{1200 \text{ euro}}$$

Źródło: D. Walczak, *Uwarunkowania*, op.cit., s. 59.

25. Szerzej o wpływie podatku dochodowego w rolnictwie na budżety gmin w: W. Modzelewski, J. Bielawny, *Najwyższa pora na podatek dochodowy w rolnictwie*, „Rzeczpospolita" z 30 marca 2010 r., nr 75, s. C7.
26. E. Matyszewska, *PIT rolnicy najpierw zapłacą ryczałtem*, „Dziennik Gazeta Prawna" z 5–7 marca 2010 r., nr 45, s. B2; W. Modzelewski, J. Bielawny, *Najwyższa pora…*, op.cit., s. C7.
27. Brak odpowiedniej edukacji potencjalnych podatników nie powinien być argumentem przeciw wprowadzaniu podatku.
28. Zgodnie z Powszechnym Spisem Rolnym 2010 w Polsce było 1,58 mln gospodarstw rolnych o powierzchni powyżej 1 ha. Wstępne Wyniki Powszechnego Spisu Rolnego 2010, http://www.stat.gov.pl (10.05.2011).
29. Szerzej o przeliczaniu hektarów fizycznych na przeliczeniowe w: M. Podstawka, *Podatek rolny od gruntów – jego ocena i potrzeba zmian*, Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów i Rolnictwa 2005, t. VII, zeszyt 4, s. 347.
30. Należy zwrócić uwagę, iż ze względu na otrzymywane dopłaty bezpośrednie rolnicy nie zaniżają wielkości ani rodzaju upraw rolnych. Natomiast z uwagi na potencjalne kary, włącznie z uśpieniem niezgłoszonego zwierzęcia, podają faktyczny liczebny stan hodowli.
31. Ekonomiczną wielkość gospodarstw rolnych (czyli ich dochodowość) mierzy się w ESU (ang. European Size Unit, Europejska Jednostka Wielkości) – 1 ESU = 1200 EUR. Standardowa Nadwyżka Bezpośrednia (ang. Standard Gross Margin, SGM) to współczynnik określony dla danej produkcji zwierzęcej lub roślinnej w danym regionie. Stanowi średnią wartość produkcji z trzech lat w określonym regionie, pomniejszoną o standardowe koszty bezpośrednie niezbędne do wytworzenia danego produktu. Jest ona obliczana dla 141 regionów statystycznych w Unii Europejskiej oraz dla ponad 90 rodzajów upraw rolnych oraz zwierząt. D. Walczak, *Uwarunkowania*, op.cit., s. 56–60.

Wielkość ta w dużym zakresie określa faktyczne dochody rolników, które zależą od elementów ją warunkujących, czyli rodzaju i wielkości produkcji roślinnej i zwierzęcej[32].

Autor niniejszego opracowania uważa, iż pomimo wielu barier należy jak najszybciej rozpocząć prace nad wprowadzeniem podatku dochodowego w rolnictwie, obliczanego na podstawie faktycznie osiąganych dochodów[33]. W ten sposób umożliwi się rolnikom opłacanie składki zdrowotnej na podstawie ich realnej zdolności opłatowej.

Wdrożenie takiego rozwiązania, oprócz zrównania w zakresie obciążeń fiskalnych rolników z innymi grupami społecznymi, może np. zmniejszyć szarą strefę w gospodarce, wprowadzając do systemu podatkowego około 1,6 mln osób.

Podsumowanie

Wprowadzenie opłacania składki zdrowotnej przez rolników jest konieczne nie tylko ze względu na wyrok Trybunału Konstytucyjnego, ale również z powodu sprawiedliwości społecznej. Jednakże już samo określenie konkretnych podstaw takiego rozwiązania nie jest proste, głównie z powodów politycznych (wybory parlamentarne i tworzenie nowego rządu w roku 2011).

Oczywiście nadal mogą być rozważane różne rozwiązania w zakresie ustalania dochodowości rolników. Niestety wraz z upływem kolejnych miesięcy rozwiązania lepsze i bardziej obiektywne (podatek dochodowy w rolnictwie i rachunkowość rolna), ze względu na czas konieczny do ich wdrożenia, stają się nieaktualne.

Prawdopodobnie potwierdzenie znajdą słowa Jacka Adamskiego z Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan: „W ostatniej chwili zostaną przyjęte rozwiązania uproszczone i prowizoryczne – jakaś stawka ryczałtowa albo objęcie najbogatszych rolników systemem obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne".Natomiast prof. Katarzyna Duczkowska-Małysz przestrzega, iż ze względu na brak czasu na merytoryczną dyskusję powstanie wyłącznie ustawowa proteza w tym zakresie[34].

32. L. Goraj, S. Mańko, *Rachunkowość i analiza ekonomiczna w indywidualnym gospodarstwie rolnym*, Difin, Warszawa 2009, s. 38–39; M.J. Orłowska, *Przydatność standardowej nadwyżki bezpośredniej do oceny możliwości produkcyjnych gospodarstw*, „Zagadnienia Ekonomiki Rolnej", 2008, nr 4, s. 105.
33. Należy pamiętać o zrekompensowaniu utraconego dochodu przez gminy z tytułu likwidacji podatku rolnego. Można również pozostawić ten podatek, który jako koszt uzyskania przychodu pomniejszałby przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym. Konieczne byłoby również zorganizowanie odpowiednich warsztatów szkoleniowych dla przyszłych podatników oraz uświadomienie im korzyści z wprowadzenia tego podatku. W tym celu można by wykorzystać już istniejące organizacje i instytucje, np. Ośrodki Doradztwa Rolniczego, Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa, Izby Rolnicze czy Urzędy Gmin.
34. *Rolnicy*, op.cit., s. B1.

Wykaz źródeł:

Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl (27.05.2011).
Goraj L., Mańko S., *Rachunkowość i analiza ekonomiczna w indywidualnym gospodarstwie rolnym*, Difin, Warszawa 2009.
Informacja o istotnych problemach wynikających z działalności i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego w 2010 roku, Wydawnictwo Trybunału Konstytucyjnego, Warszawa 2011.
Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006.
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Rolników, http://www.krus.gov.pl (24.05.2011).
Komunikat prasowy po rozprawie dotyczącej zasad finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, http://www.trybunał.gov.pl (25.05.2011).
Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483, z późn. zm.).
Łobos-Kotowska D., *Gospodarstwo rodzinne. Prawne formy organizacji*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2006.
Matyszewska E., *PIT rolnicy najpierw zapłacą ryczałtem*, „Dziennik Gazeta Prawna" z 5–7 marca 2010 r., nr 45.
Modzelewski W., Bielawny J., *Najwyższa pora na podatek dochodowy w rolnictwie*, „Rzeczpospolita" z 30 marca 2010 r., nr 75.
Odpowiedź minister Teresy Kamińskiej na interpelację poselską w sprawie nowelizacji ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa, dnia 24 marca 1999 r., http://orka2.sejm.gov.pl/IZ3.nsf/main/69649D0C (20.05.2009).
Orłowska M.J., *Przydatność standardowej nadwyżki bezpośredniej do oceny możliwości produkcyjnych gospodarstw*, „Zagadnienia ekonomiki rolnej", 2008, nr 4.
Podstawka M., *Podatek rolny od gruntów – jego ocena i potrzeba zmian*, Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów i Rolnictwa, 2005, t. VII, zeszyt 4.
Raport w sprawie ostatecznego rozwiązania problemu KRUS, BCC, Warszawa 2008.
Rolnicy ubezpieczeni w KRUS z własnej kieszeni pokryją koszty leczenia, „Dziennik Gazeta Prawna" z 3 stycznia 2011 r., nr 1.
Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2008, Nr 50, poz. 291, z późn. zm.).
Ustawa z dnia 26 listopada 2010 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej (Dz. U. 2010, Nr 238, poz. 1578).
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
Walczak D., *Ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz działalność rolniczą,* w: *Konkurencyjność gospodarki Polski*, red. A.P. Balcerzak, E. Rogalska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008.
Walczak D., *Uwarunkowania funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego rolników w Polsce*, „Dom Organizatora" TNOiK, Toruń 2011.
Watoła J., *Zdrowie rolników na mały ryczałt*, „Gazeta Wyborcza" z 6 maja 2011 r., nr 104.
Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników – 12 listopada 2007 r. http://www.brpo.gov.pl/index.php? md=3456&s=1 (1.06.2011).

Wstępne Wyniki Powszechnego Spisu Rolnego 2010, http://www.stat.gov.pl (10.05.2011).
Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2010 r. (Dz. U. 2010, Nr 205, poz. 1363).
Zarządzenie Nr 61 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do spraw Reformy Systemu Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

Changes in health insurers of farmers – summary

Farmers, their spouses and household members pay only pension insurance and accident, health and maternity insurance. Their health insurance is paid by the Treasury. In 2011, the Treasury will allot about PLN 1.86 billion to that purpose.
However, it will probably be the last year when the aforementioned solutions are applicable. The Constitutional Tribunal found financing health insurance for all farmers, regardless of their incomes, to be unconstitutional. The aforementioned solutions will have to be changed by March 2012. Furthermore, due to farmers' varied income positions, the new solutions are to be socially and economically justified.
Finally, possible solutions regarding changes in financing farmers' health insurance contributions should be mentioned. The contribution amount may depend on:

- *the size of a farm in physical hectares,*
- *the size of a farm in standardised hectares,*
- *the economic size of a farm,*
- *earned income.*

***DR PIOTR MAJEWSKI** jest pracownikiem naukowym w Katedrze Finansów i Bankowości w Wyższej Szkole Bankowej w Toruniu.*
***DR DAMIAN WALCZAK** jest pracownikiem naukowym w Katedrze Zarządzania Finansami Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.*

AGNIESZKA PARLIŃSKA
KATARZYNA GRZEGORCZYK

Ocena efektywności polityki inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych

Otwarte Fundusze Emerytalne odgrywają ważną rolę w zreformowanym systemie emerytalnym. Istotną kwestią oceny reformy tego systemu jest efektywność zarządzania środkami zgromadzonymi przez OFE. W artykule poddano analizie politykę inwestycyjną funduszy emerytalnych w latach 2005–2010. Na podstawie wyznaczonych wskaźników przeprowadzono analizę wielokryterialną, która posłużyła do stworzenia rankingu OFE.
W opracowaniu dokonano przeglądu metod oceny efektywności polityki inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych. Scharakteryzowane zostały metody ustawowe, wybrane metody alternatywne oraz analiza wielokryterialna. Równocześnie przestawiono wybrane aspekty prawne funkcjonowania oraz polityki inwestycyjnej OFE w Polsce.

Wprowadzenie

Reforma systemu emerytalnego, przeprowadzona w latach 90. ubiegłego stulecia, miała ulepszyć część sektora finansów publicznych odpowiedzialną za godne życie obywateli na starość. Postawiono sobie wówczas za cel priorytetowy efektywne połączenie bezpieczeństwa środków gromadzonych na świadczenia emerytalne z odpowiednim pomnażaniem kapitału, które w głównej mierze powinno być realizowane za pośrednictwem II filaru. Powołano w tym celu Powszechne Towarzystwa Emerytalne, które za pośrednictwem Otwartych Funduszy Emerytalnych (OFE) mogą gromadzić i inwestować środki przekazywane od ubezpieczonych członków. Efektywność zarządzania środkami zgromadzonymi przez OFE pozwala ocenić skuteczność tej reformy. Równocześnie ocena polityki inwestycyjnej może być istotna dla członków danego funduszu, którzy podejmują decyzję o pozostaniu w nim bądź przetransferowaniu środków do innego OFE. Badanie efektywności działania tych funduszy staje się zatem jak najbardziej uzasadnione.

W niniejszym artykule przedstawiono wybrane metody oceny efektywności polityki inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych. Równocześnie podjęto próbę zastosowania

tych metod do oceny efektywności działania OFE w latach 2005–2010. Przyjęto 6-letni okres badań; do analizy wykorzystano dane z pełnych lat kalendarzowych. Fundusze zostały poddane ocenie pod względem scharakteryzowanych metod ustawowych (takich jak: stopa zwrotu, średnia ważona stopa zwrotu) oraz pod względem wybranych metod alternatywnych (opłata dystrybucyjna, hipotetyczny stan konta członka OFE, miernik Sharpe'a oraz miernik tracking error). Dodatkowo na podstawie wyszczególnionych wskaźników przeprowadzono analizę wielokryterialną, która posłużyła do stworzenia rankingu OFE. Analizę przeprowadzono przede wszystkim w oparciu o dane Komisji Nadzoru Finansowego na temat Otwartych Funduszy Emerytalnych.[1]

1. Aspekty prawne polityki inwestycyjnej OFE

Otwarte Fundusze Emerytalne są stosunkowo nowym typem polskiego podmiotu prawnego; odznaczają się wyjątkowością i swoistością. Według niektórych ekspertów, fundusze emerytalne są podobne do funduszy inwestycyjnych, inni zaś uważają, że należy je umiejscowić pomiędzy ofertą towarzystw ubezpieczeniowych a lokatami w funduszach powierniczych[2].

Regulacje prawne dla polskiego rynku Otwartych Funduszy Emerytalnych określa przede wszystkim ustawa z 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych[3]. Uzupełnienie w zakresie podziału składki i określenia kręgu osób objętych reformą oraz losowania członkostwa stanowi ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych[4].

Zgodnie z ustawą o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, fundusz powinien lokować swoje środki w taki sposób, aby zapewnić maksymalny stopień bezpieczeństwa i dążyć do rentowności dokonywanych lokat[5]. Jest to cel inwestycyjny zdefiniowany przez ustawodawcę. Należy jednak pamiętać, że każda działalność inwestycyjna zawiera w sobie element ryzyka, a każdy uczestnik systemu emerytalnego powinien mieć tego świadomość.

Osiągnięcie maksymalnego stopnia bezpieczeństwa obwarowane jest gwarancjami ustawowymi. Taką gwarancję zapewnia między innymi artykuł 69 ustawy o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych. Mówi on o tym, że może nastąpić likwidacja funduszu jedynie na drodze przejęcia jego zarządzania przez inne towarzystwo emerytalne, ale nie może nastąpić likwidacja funduszu na drodze jego upadłości czy rozwiązania.

---

1. Stan prawny pracy obejmuje okres do 1 maja 2011 r. Po wspomnianej dacie została przeprowadzona kolejna reforma systemu emerytalnego w Polsce, polegająca między innymi na zmniejszeniu składki przekazywanej do OFE, na rzecz zwiększenia składki odprowadzanej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Kwestia ta jednak nie została w artykule szerzej omówiona, gdyż przyjęte ramy czasowe badań sięgały końca 2010 r.
2. P. Bujak, M. Jarnużek, S. Kordel, W. Nawrot, J. Śmietaniak, *Średniookresowa projekcja działalności inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych na regulowanym rynku giełdowym akcji*, Case Report nr 43, Warszawa 2001, s. 20.
3. tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
4. Dz. U. Nr 137, poz. 887 z późn. zm.
5. Art. 139 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.

Ustawodawca nałożył na politykę inwestycyjną funduszu ograniczenia. W tym celu fundusz ma za zadanie bezpiecznie inwestować środki członków, ale także pilnować, aby zostały one wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem. Osiągnięciu tego celu służy m.in. system ograniczeń swobody działalności inwestycyjnej oraz instytucja niedoboru. Prawnymi środkami bezpieczeństwa będą limity dotyczące lokowanych środków oraz wykazy kategorii lokat[6], w jakie można inwestować. Celem limitowania jest, aby środki były lokowane w walory rynku papierów wartościowych o dużym stopniu pewności.[7] Ustawa (i jej nowelizacja) narzuciły otwartym funduszom emerytalnym ograniczenia inwestycyjne, co bezpośrednio wpływa na strukturę ich portfela inwestycyjnego. Oto limity aktywów netto, w procentach:

- bez ograniczeń – obligacje i inne papiery gwarantowane przez Skarb Państwa;
- 40% – listy zastawne;
- 40% – akcje notowane na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie, w tym akcje NFI (dodatkowy warunek: papiery notowane na rynku równoległym GPW nie mogą przekraczać wartości 7,5% aktywów);
- 42,5% – obligacje komunalne dopuszczone do obrotu publicznego;
- 20% – lokaty bankowe i bankowe papiery wartościowe;
- 20% – obligacje komunalne niedopuszczone do obrotu publicznego;
- 20% – zabezpieczone obligacje komunalne, dopuszczone do obrotu publicznego;
- 20% – obligacje przychodowe;
- 15% – jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych (TFI) – otwartych i specjalistycznych;
- 10% – akcje dopuszczone do obrotu publicznego, ale nienotowane na GPW;
- 10% – kwity depozytowe;
- 10% – certyfikaty inwestycyjne wyemitowane przez fundusze inwestycyjne zamknięte;
- 10% – zabezpieczone obligacje komunalne niedopuszczone do obrotu publicznego;

---

6. Aktywa OFE mogą być inwestowane wyłącznie w następujące kategorie lokat:
   - obligacje, bony i inne papiery wartościowe emitowane przez Narodowy Bank Polski lub Skarb Państwa, a także w pożyczki i kredyty udzielane tym podmiotom,
   - akcje spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym, a także notowanych na regulowanym rynku giełdowym prawa poboru, prawach do akcji oraz obligacji zamiennych na akcje tych spółek,
   - obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, opiewające na świadczenia pieniężne, gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
   - akcje spółek notowanych na regulowanym rynku pozagiełdowym,
   - depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe w walucie polskiej,
   - jednostki uczestnictwa zbywane przez fundusze inwestycyjne otwarte lub specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte,
   - akcje narodowych funduszy inwestycyjnych,
   - obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego,
   - certyfikaty inwestycyjne emitowane przez fundusze inwestycyjne zamknięte,
   - obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez spółki publiczne, kwity depozytowe, dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Polski.
   - Art. 141 ust. 1 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
7. I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne. Tom 2, Ubezpieczenie Rentowe. Ubezpieczenie Emerytalne,* Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2003, s. 179.

- 10% – niezabezpieczone obligacje spółek publicznych;
- 5% – niezabezpieczone obligacje spółek niepublicznych, dopuszczone do obrotu publicznego.[8]

W roku 2011 rząd wprowadził zmiany w systemie emerytalnym. Między innymi zmniejszono poziom składki odprowadzanej do OFE, stworzono dodatkowe subkonto w ZUS oraz zmieniono limity inwestycyjne. Zmiany limitów inwestycyjnych dotyczą głównie zwiększenia limitu na lokowanie przez OFE pieniędzy w akcje, co ma przyczynić się do wzrostu udziału akcji w całym II filarze systemu. W roku 2010 limit inwestycji OFE w akcje wynosił maksymalnie 40%, a w całym portfelu ich udział przekraczał 36%. Rada Ministrów, wydając szczegółowe rozporządzenie, uwzględnia 90% maksymalny limit lokat aktywów otwartego funduszu w akcje.[9] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2011 roku w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat, określa, iż do 2033 roku planowany limit zaangażowania OFE w akcje dojdzie do poziomu 88%, co pozwoli na zwiększenie udziału akcji w portfelu inwestycyjnym – Tabela 1.

Tabela 1. Limity inwestycyjne OFE w akcje obowiązujące 1.05.2011–31.12.2033

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016–2032	2033
Limit inwestycyjny na akcje	42,5%	45,0%	47,5%	50,0%	52%	coroczny wzrost o 2 punkty procentowe	88%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat (Dz. U. 2011, Nr 90, poz. 516).

Zdecydowana większość limitów ilościowych opisana jest w aktach wykonawczych, rzadko natomiast odnosi się do nich ustawa. Ma to miejsce w przypadku następujących kategorii instrumentów finansowych:

- depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe (w walucie polskiej – limit to 5% emitowane przez jeden podmiot, 7,5% – w przypadku podmiotów związanych oraz 5% limit dla wszystkich łącznie – w walucie państw będących członkami OECD oraz innych państw, z którymi Rzeczpospolita Polska zawarła umowy o popieraniu i wzajemnej ochronie in-

8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat, oraz dodatkowych ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności lokacyjnej przez fundusze emerytalne (Dz. U. 2004, Nr 32, poz. 276, z późn. zm.), uchylone z dniem 1 maja 2011.
9. Art. 142 ust. 5a pkt 3 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm. 90% wartości aktywów – w przypadku lokaty w akcjach spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym, a także notowanych na regulowanym rynku giełdowym prawach poboru, prawach do akcji oraz obligacjach zamiennych na akcje tych spółek oraz akcjach narodowych funduszy inwestycyjnych, przy czym lokaty w akcjach, prawach do akcji, obligacjach zamiennych na akcje oraz prawach poboru spółek nienotowanych na rynku oficjalnych notowań nie mogą przekroczyć 7,5% wartości aktywów.

westycji z zastrzeżeniem, że waluty mogą być nabywane wyłącznie w celu rozliczenia bieżących zobowiązań funduszu),
- fundusze inwestycyjne (odpowiednio 5% na jeden podmiot i 15% na podmioty związane – fundusze inwestycyjne otwarte),
- inwestycje za granicą (2% na jeden podmiot).

Można także wymienić zastrzeżenia bardziej ogólne, m.in.:
- lokaty funduszu nie mogą stanowić, z małymi wyjątkami (np. depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe w zł – 20%), więcej niż 10% jednej emisji,
- zakaz inwestowania więcej niż 5% łącznej wartości aktywów emitentów,
- suma lokat we wszystkich trzynastu kategoriach (oprócz dwóch) powinna stanowić nie mniej niż 90% wartości aktywów funduszu emerytalnego[10].

Istotne w ocenie ograniczeń są czynniki determinujące kształt limitów inwestycyjnych w porównaniu z innymi krajami, czyli: charakter funduszy (dobrowolne lub obowiązkowe) oraz stopień rozwoju rynku (rozwinięty lub nie).[11]

2. Metody oceny efektywności polityki inwestycyjnej OFE

Komisja Nadzoru Finansowego definiuje stopę zwrotu z inwestycji jako podstawową miarę oceny efektywności polityki inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych. Szczegółowe zasady wyliczania stopy zwrotu opisuje rozdział 17 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych[12] zatytułowany „Wycena aktywów i obliczanie stopy zwrotu funduszy emerytalnych" oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 marca 2004 r. w sprawie ustalania stopy zwrotu Otwartych Funduszy Emerytalnych[13]. Zgodnie z wymienionymi aktami prawnymi do ustawowych wskaźników oceny efektywności funduszy emerytalnych należą: 3-letnia stopa zwrotu[14], średnia ważona

10. Art. 142 ust. 1 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
11. F. Chybalski, *Otwarte fundusze emerytalne w Polsce. Analiza działalności inwestycyjnej, finansów oraz decyzji członków,* Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 89–93.
12. tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
13. Dz. U. z 2004 r., Nr 47, poz. 449.
14. Stopa zwrotu funduszu jest to wyrażony procentowo iloraz różnicy wartości jednostki rozrachunkowej w ostatnim dniu roboczym miesiąca rozliczeniowego i wartości tej jednostki w ostatnim dniu roboczym miesiąca rozliczeniowego poprzedzającego okres 36 miesięcy oraz wartości tej jednostki w ostatnim dniu roboczym miesiąca rozliczeniowego poprzedzającego okres 36 miesięcy. Dla zilustrowania definicji można wyrazić ją wzorem:

$$SZ = \frac{2WJR - 1WJR}{1WJR}$$

gdzie: SZ – stopa zwrotu za okres 36 miesięcy, 2WJR – wartość jednostki rozrachunkowej w ostatnim dniu roboczym miesiąca rozliczeniowego poprzedzającego okres 36 miesięcy, 1WRJ – wartość jednostki rozrachunkowej w ostatnim dniu roboczym miesiąca rozliczeniowego.

stopa zwrotu[15] oraz minimalna wymagana stopa zwrotu[16]. Wyszczególnione stopy zwrotu w sposób pośredni informują odbiorców o zysku z papieru wartościowego oraz o wysokości nakładu poniesionego na jego zakup[17]. Istnieje jednak wiele przesłanek wskazujących na ich nieskuteczność.[18]

W literaturze pojawiają się alternatywne metody oceny efektywności inwestycyjnej, wśród których na uwagę zasługują: hipotetyczny stan konta członka OFE, miernik Sharpe'a, miernik tracking error, wielokryterialna analiza funduszy emerytalnych. W literaturze przedmiotu oprócz zaprezentowanych powyżej miar podaje się jeszcze miernik IRR i metodę Data Envelopment Analysis[19] oraz współczynnik Treynora i współczynnik Jensena[20].

Środki zgromadzone na rachunkach w Otwartych Funduszach Emerytalnych w sposób bezpośredni określają efektywność inwestycyjną danego funduszu już po uwzględnieniu

15. Średnia ważona stopa zwrotu wszystkich otwartych funduszy emerytalnych za okres 36 miesięcy jest sumą iloczynów stopy zwrotu każdego z otwartych funduszy, o których mowa w artykule 170 i wskaźnika przeciętnego udziału w rynku danego otwartego funduszu. Zacytowaną definicję można zobrazować wzorem:

$$SZW = \sum_{i=1}^{n} SZ_i U_i$$

gdzie: SZW – średnia ważona stopa zwrotu wszystkich Otwartych Funduszy Emerytalnych za okres 36 miesięcy, U – udział aktywów otwartego funduszu emerytalnego w wartości aktywów wszystkich OFE, SZ – stopa zwrotu pojedynczego Otwartego Funduszu Emerytalnego za okres 36 miesięcy, i – indeks Otwartego Funduszu Emerytalnego. Jeżeli wskaźnik przeciętnego udziału w rynku danego funduszu wynosi co najmniej 15%, dla celów obliczania średniej ważonej stopy zwrotu wszystkich OFE, przyjmuje się dla tego funduszu wskaźnik w wysokości 15%. Wskaźniki udziału w rynku pozostałych funduszy ulegają proporcjonalnemu powiększeniu, tak aby suma wskaźników dla tych funduszy stanowiła różnicę między wielkością 100% oraz iloczynem tych funduszy, dla których przeciętny wskaźnik udziału w rynku wynosi co najmniej 15%, i wielkości 15%. Jeżeli należałoby dla któregokolwiek z funduszy zastosować powiększony wskaźnik w wysokości przekraczającej 15%, w wyniku powiększania wskaźników udziałów w rynku pozostałych funduszy, to przyjmuje się dla tego funduszu wskaźnik 15% i ponownie powiększa wskaźniki dla pozostałych funduszy. W przypadku funkcjonowania na rynku 6 lub mniej OFE, wskaźnik procentowego udziału w rynku dla każdego z nich ustala się w jednakowej wysokości. http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_emerytalny/dane_o_rynku/rynek_ofe/Stopy_zwrotu_OFE/s1.html

16. Minimalna wymagana stopa zwrotu jest to stopa zwrotu niższa o 50% od średniej ważonej stopy zwrotu wszystkich otwartych funduszy w tym okresie lub o 4 punkty procentowe od tej średniej, w zależności od tego, która z tych wartości jest niższa. Z minimalną wymaganą stopą zwrotu wiąże się zjawisko niedoboru. Niedobór występuje w Otwartym Funduszu Emerytalnym, w przypadku gdy stopa zwrotu tego funduszu za okres 36 miesięcy, o którym mowa w artykule 170, jest niższa od minimalnej wymaganej stopy zwrotu.
17. M. Dybał, *Efektywność inwestycyjna funduszy emerytalnych*, Wydawnictwo CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2008, s. 66.
18. J. Białek, *Konstrukcja miar efektywności Otwartych Funduszy Emerytalnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009, s. 9–16 i 22–24.
19. M. Dybał, *Efektywność inwestycyjna funduszy emerytalnych*, Wydawnictwo CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2008, s. 215–216 i 229–233. J. Białek, *Konstrukcja miar efektywności…* op.cit., s. 40–70.
20. D. Stańko, *Podstawowe narzędzia oceny efektywności inwestycyjnej funduszy emerytalnych,* (w): *Polityka inwestycyjna otwartych funduszy emerytalnych. Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych*, Zeszyt 3/2004, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Wydawnictwo Edytor SA, s. 45–53; J. Białek, *Konstrukcja miar efektywności…* op.cit., s. 33–40.

kosztów, stąd istotne jest poznanie stanu hipotetycznego konta członka OFE, zakładając określony poziom wpłat i ich okres. Ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych mówi, że „fundusz przesyła każdemu członkowi funduszu, w regularnych odstępach czasu, nie rzadziej jednak niż co 12 miesięcy, pisemną informację o środkach znajdujących się na rachunku członka, terminach dokonanych w tym okresie wpłat składek i wypłat transferowych oraz przeliczeniu tych składek i wypłat transferowych na jednostki rozrachunkowe, a także o wynikach działalności lokacyjnej funduszu"[21].

Kolejny wskaźnik, tracking error[22], mimo że nie odnosi się bezpośrednio do rynku Otwartych Funduszy Emerytalnych, może być do niego zaadaptowany.[23] W literaturze istnieje pogląd, że dla polityki inwestycyjnej charakterystycznej dla funduszy emerytalnych miernik tracking error osiąga poziom zaledwie kilku procent[24]. Interpretacja tego wskaźnika w stosunku do OFE określa, iż im mniej stopa zwrotu odbiega od obranego wzorca, a w tym przypadku od średniej ważonej stopy zwrotu, tym osoby odpowiedzialne za inwestowanie w OFE robią to w sposób bardziej zachowawczy[25].

Miernik Sharpe'a[26] pokazuje stosunek nadwyżki stopy zwrotu do ryzyka ponoszonego przez dany fundusz. Nadwyżka ta może być określona jako premia za ryzyko. Im miernik jest wyższy, tym efektywność inwestycji, rozumiana jako dochód uwzględniający ryzyko, jest wyższa. Ujemna wartość wskazuje na inwestycję nieefektywną, czyli fundusz uzyskał stopę zwrotu poniżej stopy wolnej od ryzyka[27].

Logicznym wydaje się pogląd, że analiza efektywności polityki inwestycyjnej funduszy emerytalnych nie może być oparta tylko na jednym mierniku. W związku z czym istotne wydaje się zastosowanie wielokryterialnej analizy funduszy emerytalnych za pomocą wybranych czynników, takich jak: stan hipotetycznego konta w OFE, miernik Sharpe'a, miernik tracking error, aktywa netto funduszu oraz kapitał własny towarzystwa, którym przyporządkowano odpowiednie wagi.

---

21. Art. 175 ust. 2 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
22. Ogólną postać miernika tracking error można wyrazić wzorem:

$$TE = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n}(SZ - SZW)}{N-1}} \times 100\%$$

gdzie: TE – miernik tracking error, SZ – stopa zwrotu funduszu, SZW – stopa zwrotu wzorca, N – liczba obserwacji.

23. J.L. Shein, *It is more than just performance: Tracking Error and the Information Ratio*, (w): *The Jurnal of Investment Consulting*, czerwiec 2000, s. 18.
24. A.S. Kulik, *Uwagi na temat zarządzania ryzykiem i pomiaru wskaźników inwestycyjnych OFE*, (w): *Polityka inwestycyjna…,* op.cit., s. 96.
25. M. Dybał, *Efektywność inwestycyjna…,* op.cit., s. 77.
26. Miernik Sharpe'a można wyrazić wzorem:

$$SR = \frac{SZ - SZW}{S} \times 100\%$$

gdzie: SR – miernik Sharpe'a, SZ – stopa zwrotu osiągnięta przez fundusz w analizowanym czasie, SZW – stopa wolna od ryzyka osiągnięta przez fundusz w analizowanym czasie, S – odchylenie standardowe stopy zwrotu, stanowiące miarę ryzyka ponoszonego przez fundusz w analizowanym czasie.

27. M. Dybał, *Efektywność inwestycyjna…,* op.cit., s. 75; J. Białek, *Konstrukcja miar efektywności…,* op.cit., s. 36–37.

Należy zaznaczyć, że dobór wyżej wymienionych elementów analizy i ich wagi dokonany został w sposób subiektywny, ale uwzględnia niezbędne czynniki potrzebne do przeprowadzenia wielokryterialnej analizy. Stan hipotetycznego konta w OFE dostarcza danych na temat umiejętności pomnażania środków członków funduszu, z uwzględnieniem pobranej wcześniej opłaty dystrybucyjnej. Mierniki Sharpe'a i tracking error umożliwiają określenie ryzyka, przy jakim zostały osiągnięte stopy zwrotu. Wartości aktywów netto funduszu oraz kapitałów własnych towarzystwa przedstawiają bezpieczeństwo powierzanych środków. Dodatkowo aktywa netto funduszy obrazują wysokość opłaty za zarządzanie, ponoszonej na rzecz Powszechnych Towarzystw Emerytalnych.

Niektóre spośród badanych w analizie wielokryterialnej czynników (stan hipotetycznego konta w OFE, miernik Sharpe'a, aktywa netto funduszu oraz kapitał własny towarzystwa) mają charakter stymulanty; natomiast miernik tracking error ma charakter destymulanty.

3. Ocena efektywności polityki inwestycyjnej OFE

Ustawowe mierniki oceny efektywności otwartych funduszy emerytalnych tj. stopy zwrotu wyliczone dla okresów trzyletnich,[28] średnie ważone stopy zwrotu oraz wartości minimalnej stopy zwrotu w latach 2005–2010, przedstawione zostały w Tabeli 2. Na podstawie analizy danych należy stwierdzić, że wartości większości stóp zwrotu odnotowane przez fundusze są dodatnie. Żaden z funduszy również nie znajdował się poniżej poziomu wyznaczonego przez minimalną stopę zwrotu.

Najlepiej wśród przedstawionych funduszy prezentował się Generali OFE. Fundusz osiągał stopę zwrotu przewyższającą średnią ważoną stopę zwrotu, a ponadto aż trzy razy osiągnął najwyższy poziom stopy zwrotu dla danego okresu. Równie dobrze wypadły fundusze Amplico OFE oraz OFE Pocztylion, które we wszystkich badanych okresach osiągały poziom stopy zwrotu przewyższający poziom średniej ważonej stopy zwrotu.

Tendencję spadkową odnotowały natomiast Pekao OFE i OFE Polsat. Pierwszy spośród wymienionych funduszy w okresach od 31 marca 2005 r. do 31 marca 2008 r. i od 30 września 2005 r. do 30 września 2008 r. odnotowywał najwyższe wartości stóp zwrotu, później zaś, w dwóch ostatnich wymienionych okresach, stopa zwrotu znajdowała się już na poziomie poniżej średniej ważonej stopy zwrotu, a w przypadku OFE Polsat na poziomie najniższym spośród wszystkich funduszy.

Najgorzej pośród przedstawionych funduszy emerytalnych prezentuje się OFE WARTA. Fundusz nie osiągnął w badanych okresie stopy zwrotu przewyższającej poziom średniej ważonej stopy zwrotu, a nawet dwukrotnie uzyskał najniższą stopę zwrotu. Podobnie słabo wypadł w analizowanym rankingu ING OFE, który przez cały badany okres osiągał stopy zwrotu poniżej średniej ważonej stopy zwrotu.

Analizując dane zawarte w Tabeli 2, należy zwrócić uwagę na fakt, że stopy zwrotu we wszystkich badanych okresach, poza okresem od 31 marca 2006 r. do 31 marca 2009 r., osiągały wartości dodatnie. Stopy zwrotu są najprostszym ustawowym wskaźnikiem informującym członków OFE o zysku, jaki wypracowały fundusze dzięki prowadzonej polityce in-

28. Trzyletnie stopy zwrotu naliczane są od 30 września 2004 r., wcześniej obowiązywał okres dwuletni.

Tabela 2. Wartość ważonych trzyletnich stóp zwrotu z odpowiednich okresów dla poszczególnych funduszy za lata 2005–2010 (%)

Okres	31.03.2005 do 31.03.2008	30.09.2005 do 30.09.2008	31.03.2006 do 31.03.2009	29.09.2006 do 30.09.2009	30.03.2007 do 31.03.2010	28.09.2007 do 30.09.2010
Średnia ważona stopa zwrotu	31,481	12,576	–2,930	7,909	2,901	3,360
Minimalna stopa zwrotu	15,741	6,288	–6,930	3,909	–1,099	–0,640
Amplico OFE	34,197	13,925	–1,932	9,801	4,617	4,888
Allianz Polska OFE	29,257	13,671	**–0,045**	9,536	4,780	4,803
PKO BP Bankowy	25,917	8,196	–4,257	6,680	2,299	4,249
Aviva OFE Aviva BZ WBK	31,068	11,579	–4,766	6,075	1,280	4,181
OFE WARTA	29,882	10,796	–5,544	5,369	0,514	1,612
AXA OFE	30,671	13,649	–1,060	10,025	4,132	5,057
AEGON OFE	28,830	11,563	–2,227	8,354	3,458	3,417
Generali OFE	33,638	16,637	–0,245	**10,385**	**4,824**	**5,224**
ING OFE	31,267	10,710	–4,628	6,138	2,317	2,993
Nordea OFE	29,084	11,316	–2,202	6,766	2,373	3,576
Pekao OFE	35,240	**17,944**	–0,755	8,541	0,015	1,566
OFE Pocztylion	32,541	14,114	–2,828	7,966	3,051	4,181
OFE Polsat	34,280	16,766	–4,080	7,246	0,000	0,521
OFE PZU „ZłotaJesień"	31,864	12,153	–2,911	8,489	2,818	3,145
OFE Skarbiec–Emerytura	32,844	15,074				

	Ciemnoszare tło – wartość najniższa stopy zwrotu za dany okres.
	Jasnoszare tło – wartość stopy zwrotu powyżej średniej ważonej za dany okres.
	Białe tło – wartość stopy zwrotu poniżej średniej ważonej za dany okres.
18	Pogrubiona czcionka na szarym tle – wartość najwyższa stopy zwrotu za dany okres.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Komisji Nadzoru Finansowego.

westycyjnej. Im wyższa stopa zwrotu, tym lepiej. Wspomniany okres ujemnych stóp zwrotu jest ściśle powiązany z nie najlepszymi wypracowanymi wynikami największych spółek notowanych na polskiej giełdzie oraz ze spadkiem cen na rynku długu[29]. Odnotowane ujemne stopy zwrotu są bezpośrednim skutkiem kryzysu finansowego. Od wspomnianego okresu ujemnych stóp zwrotu można zaobserwować zjawisko ujednolicania polityki inwestycyjnej funduszy emerytalnych. Objawia się ono w zmniejszających się różnicach pomiędzy najwyższą a najniższą stopą zwrotu. W okresie od 28 września 2009 r. do 30 września 2010 r. różnica ta zmniejszyła się o 4,7 punktu procentowego. Jest to najmniejsza różnica odnotowana we wszystkich analizowanych okresach[30].

Średnia ważona stopa zwrotu jest kolejną ustawową miarą służącą ocenie efektywności inwestycyjnej funduszy emerytalnych. Warto jednak badać średnią ważoną stopę zwrotu w odniesieniu do innych stóp z rynków finansowych, tj. wysokości inflacji, minimalnej stopy zwrotu, średniej wartości WIBOR 6M oraz ze zmianami wartości indeksu WIG – Wykres 1.

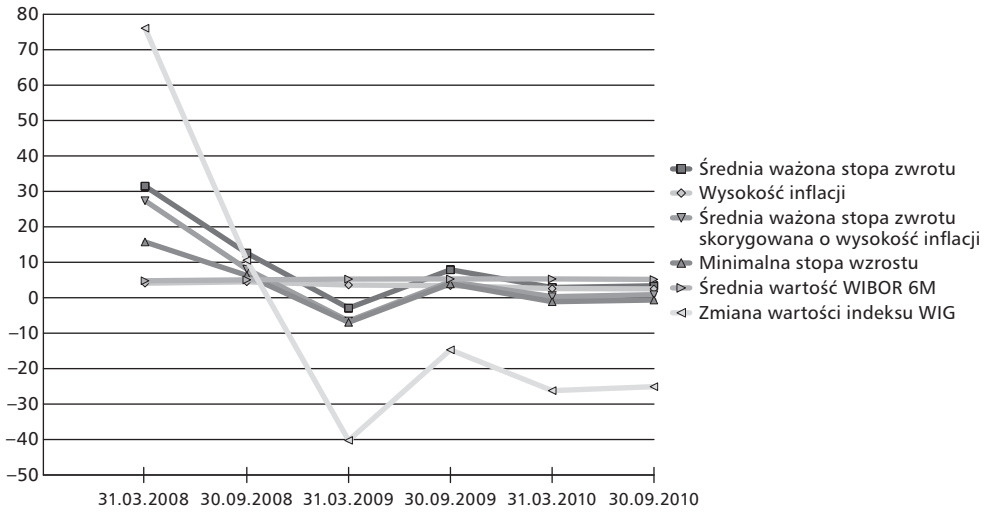
29. A. Zalewska, *Oficjalna stopa zwrotu OFE*, 2010, artykuł zaczerpnięty z portalu www.analizy.pl, data wejścia 03.05.2011.
30. *Informacja o działalności inwestycyjnej funduszy emerytalnych w okresie 28.09.2007 – 30.09.2010*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa 2010, s. 21.

Dane przedstawione na Wykresie 1 pokazują, że zmiany wartości WIG znajdują silne odzwierciedlenie w średniej ważonej stopie zwrotu. Jest to związane z inwestowaniem środków przez Otwarte Fundusze Emerytalne na giełdzie. Zła sytuacja na rynku papierów wartościowych w trzecim z badanych okresów odbiła się negatywnie na poziomie średniej ważonej stopy zwrotu i odwrotnie – korzystna sytuacja na giełdzie pociągnęła za sobą wysoki poziom omawianego wskaźnika w pierwszym z analizowanych okresów.

Po niekorzystnym czasie od 31 marca 2006 r. do 31 marca 2009 r. fundusze emerytalne zdołały poprawić swoją sytuację – obserwowany wzrost na wykresie dnia 30 września 2009 r. Sytuacja taka była możliwa dzięki wysokim zyskom osiąganym przez fundusze z obligacji, ale także dzięki walorom dwóch polskich spółek – Pekao i KGHM. Odnotowany wcześniej kryzys był spowodowany między innymi niezbyt korzystnymi wówczas notowaniami akcji spółek PKN Orlen i Banku BPH[31].

Wykres 1 pokazuje, że średnia wartość WIBOR 6M jest nieznacznie powyżej poziomu, na którym znajduje się inflacja, a od trzeciego badanego okresu wartość ta przewyższa wartość średniej ważonej stopy zwrotu skorygowanej o wysokość inflacji. Wskazuje to na fakt, że choć zyski przynoszone z rynku pieniężnego były cały czas na porównywalnym i dość niskim poziomie, ostatecznie przynosiły wyższe stopy zwrotu niż zyski z rynku papierów wartościowych czy te wypracowane przez fundusze emerytalne.

Wykres 1. Stopy zwrotu z OFE w porównaniu ze stopami zwrotu z rynków finansowych w okresie 2005–2010 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komisji Nadzoru Finansowego, Głównego Urzędu Statystycznego i Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie.

W celu oceny efektywności polityki inwestycyjnej OFE w badanych latach wyznaczono spośród metod alternatywnych i przeprowadzono analizę poszczególnych wskaźników, ta-

31. M. Dygas, *OFE spada, ale mniej niż WIG*, 2009, artykuł zaczerpnięty z portalu Gazeta Bankowa. Finanse, Banki, Ubezpieczenia, www.gb.pl, data wejścia 20.06.2011.

kich jak: stan hipotetycznego konta, miernik Sharpe'a oraz miernik tracking error. Obliczone wyszczególnione wskaźniki oraz ich rankingi zostały zaprezentowane w Tabeli 3.

Środki zgromadzone na rachunkach w Otwartych Funduszach Emerytalnych w sposób bezpośredni określają efektywność inwestycyjną danego funduszu. Stan rachunku członka podawany jest w zł na koniec grudnia 2010 r. za lata 2005–2010. Taki sposób prezentacji ułatwia ocenę efektywności inwestycyjnej, szczególnie osobom niezgłębiającym w sposób szczególny tematyki inwestycyjnej funduszy emerytalnych. Obok stanu konta zaprezentowano także ranking porządkujący fundusze od miejsca 1. – czyli funduszu najlepiej pomnażającego przekazywane mu środki, do miejsca 14. – czyli funduszu najgorzej pomnażającego środki.[32]

Tabela 3. Wybrane wskaźniki OFE i ich rankingi w okresie 2005–2010

Nazwa	Stan hipotetycznego konta		Miernik Sharpe'a		Miernik tracking error	
	(zł)	Ranking	(%)	Ranking	(%)	Ranking
Amplico OFE	12 477,72	2	11,24	4	1,95	8
Allianz Polska OFE	**12 975,04**	**1**	11,26	3	2,13	9
PKO BP Bankowy	12 222,85	12	9,32	10	3,3	13
Aviva OFE Aviva BZ WBK	12 165,42	14	9,53	9	1,5	6
OFE WARTA	12 183,74	13	8,95	12	2,36	10
AXA OFE	12 432,15	5	7,38	13	1,68	7
AEGON OFE	12 254,23	11	10,16	6	1,35	3
Generali OFE	12 470,26	4	**11,65**	**1**	2,89	11
ING OFE	12 387,04	8	10,07	7	1,42	5
Nordea OFE	12 296,90	10	9,28	11	1,38	4
Pekao OFE	12 474,00	3	11,38	2	3,45	14
OFE Pocztylion	12 367,52	9	10,46	5	0,92	2
OFE Polsat	12 428,13	6	5,72	14	2,95	12
OFE PZU „ZłotaJesień"	12 411,85	7	9,56	8	**0,38**	**1**

Źródło: Miernik Sharpe'a i tracking error – obliczenia własne na podstawie danych Komisji Nadzoru Finansowego; Stan hipotetycznego konta – wyliczenia dokonano przy użyciu kalkulatora na stronie www.bankier.pl.

Wartości stanów hipotetycznych kont w OFE przedstawione w Tabeli 3 pokazują, że wszystkie fundusze emerytalne osiągają zbliżone wyniki, kształtujące się na poziomie pomiędzy 12 000 zł a 13 000 zł. Najlepiej wypadł fundusz Allianz Polska OFE, osiągając wynik 12 975,04 zł, a najsłabiej Aviva OFE Aviva BZ WBK z wynikiem 12 165,42 zł. Należy jednak dostrzec fakt, że różnica pomiędzy najlepszym a najsłabszym funduszem emerytalnym jest nieduża – wynosi niecałe 7%.

32. Przy wyliczeniu stanu hipotetycznego konta poszczególnych funduszy przyjęto następujące założenia:
- oszczędzanie odbywa się przez cały okres w jednym Otwartym Funduszu Emerytalnym i opiera się na cenach jednostek rozrachunkowych i tabelach prowizji publikowanych przez poszczególne fundusze,
- do funduszu przekazywana jest przez cały analizowany okres stała składka obliczona na podstawie płacy brutto,
- data wpłynięcia do OFE pierwszej wpłaty w danym okresie – styczeń 2005 r.,
- data wpłynięcia do OFE ostatniej wpłaty w danym okresie – grudzień 2010 r.,
- płaca brutto kształtowała się przez cały okres na niezmienionym poziomie 3000 zł.

Wyliczenia stanu hipotetycznego konta dokonano przy użyciu kalkulatora na stronie www.bankier.pl.

Wartości miernika Sharpe'a obliczone dla wszystkich funduszy emerytalnych za lata 2005–2010 są dodatnie.[33] W związku z tym można stwierdzić, że wszystkie fundusze we wskazanym czasie działały efektywnie. Najbardziej efektywnym funduszem okazał się Generali OFE, uzyskując wynik 11,65%. Tuż za nim uplasował się Pekao OFE z wynikiem 11,38%, czyli tylko nieco gorszym niż Generali OFE. Najsłabiej zaprezentował się pod względem dochodu uwzględniającego ryzyko OFE Polsat. Różnica między najlepszym a najsłabszym funduszem wynosiła 50%, czyli była to rozbieżność na znacznym poziomie. Żaden z analizowanych funduszy nie osiągnął wyniku zbliżonego do OFE Polsat. Znajdujący się na 13. pozycji, czyli przedostatniej, AXA OFE osiągnął miernik na poziomie 7,38%. Średnia wartość miernika Sharpe'a w omawianym okresie wynosiła 9,71%. Fundusze PKO BP OFE, Aviva OFE Aviva BZ WBK, OFE WARTA, Nordea OFE oraz OFE PZU „Złota Jesień" osiągnęły wyniki zbliżone do średniego poziomu omawianego miernika. Przedstawione wartości miernika tracking error w poszczególnych funduszach emerytalnych wykazują, iż najlepiej pośród analizowanych funduszy wypadł OFE PZU „Złota Jesień" – 0,38%, a najsłabiej Pekao OFE z wynikiem 3,45%. Tylko dwa fundusze, OFE PZU „Złota Jesień" oraz OFE Pocztylion, osiągnęły poziom niższy niż 1%. Powyżej 3%, czyli najgorzej w zestawieniu, zaprezentowały się PKO BP Bankowy i wspomniany Pekao OFE. Średnio miernik tracking error w analizowanym okresie wyniósł 1,98%. Powyżej średniej znalazło się sześć funduszy: Allianz Polska OFE, OFE Warta, Generali OFE, OFE Polsat, PKO Bankowy OFE, Pekao OFE z wynikami odpowiednio: 2,13%, 2,36%, 2,89%, 2,95%, 3,30% i 3,45%.

Zaprezentowane w Tabeli 3 wyliczenia dla tracking error potwierdziły przedstawioną wcześniej tezę, mówiącą o tym, że polityka inwestycyjna funduszy emerytalnych charakteryzuje się kilkuprocentową wartością miernika tracking error. Dla omówionych funduszy w latach 2005–2010 wartość ta mieściła się w granicach 0,38–3,45%.

Dane w Tabeli 4 przedstawiają wyniki przeprowadzonej analizy wielokryterialnej, w której pod uwagę zostało wziętych pięć czynników z zaproponowanymi wagami. Wyżej wymienione elementy analizy i ich wagi wybrane zostały w sposób subiektywny. Należy zaznaczyć, że na potrzeby opracowania w uproszczonym modelu analizy wielokryterialnej przyjęto dość niską rolę kosztów, mimo ich istotnego znaczenia dla finalnego wyniku. Wartość aktywów netto odzwierciedla wartość środków, którymi zarządza fundusz. Wysoki poziom aktywów netto pozwala funduszowi na zróżnicowanie portfela inwestycyjnego (w ramach obowiązujących limitów), w celu zminimalizowania ryzyka. Z drugiej strony, im wyższe aktywa, tym większa potencjalna kwota niedoboru dla danej stopy zwrotu poniżej minimalnej wymaganej. Wysokość opłaty za zarządzanie zmniejsza się wraz ze wzrostem wielkości aktywów. Stąd wzrost aktywów przyczyni się do obniżenia kosztów zarządzania, jakie ponosi uczestnik funduszu, ale może też działać demotywująco na fundusze.

Wyliczenia zostały dokonane w ten sposób, że funduszowi z najlepszym wynikiem w danym, analizowanym kryterium przyporządkowano 100% i odpowiednio wyniki kolejnych funduszy zostały porównane z najlepszym, poprzez dopisanie adekwatnej liczby procent. Dodatkowo przedstawiono wyniki ostatecznej oceny, z uwzględnieniem wag przyporządkowanych każdemu kryterium.

33. Wartości miernika Sharpe'a obliczone zostały dla wszystkich funduszy emerytalnych za lata 2005–2010 w oparciu o zaanulizowane stopy.

Tabela 4. Ranking funduszy emerytalnych wg analizy wielokryterialnej w podziale na przyjęte kryteria za okres 2005–2010 (%)

Nazwa	Stan konta	Miernik Sharpe'a	Miernik tracking error	Aktywa netto funduszu	Kapitały własne towarzystwa	Ranking
PRZYJĘTE WAGI	0,2	0,6	0,1	0,06	0,04	
Amplico OFE	96,17	96,49	19,38	31,78	41,01	4
Allianz Polska OFE	100,00	96,63	17,74	12,24	21,60	5
PKO BP Bankowy	94,20	80,03	11,45	12,34	29,90	11
Aviva OFE Aviva BZ WBK	93,76	81,82	25,27	99,41	44,79	8
OFE WARTA	93,90	76,87	16,05	5,84	4,75	12
AXA OFE	95,82	63,35	22,47	24,12	17,75	13
AEGON OFE	94,44	87,24	28,10	17,08	78,47	7
Generali OFE	96,11	100,00	13,11	19,60	27,81	3
ING OFE	95,47	86,47	26,72	100,00	100,00	1
Nordea OFE	94,77	79,66	27,45	17,55	6,69	10
Pekao OFE	96,14	97,68	10,95	6,41	6,76	6
OFE Pocztylion	95,32	89,77	41,28	8,01	5,96	9
OFE Polsat	95,78	49,09	12,81	3,85	11,97	14
OFE PZU „Złota Jesień"	95,66	82,04	100,00	57,63	38,44	2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Komisji Nadzoru Finansowego.

Najlepiej w rankingu, po przeanalizowaniu wszystkich czynników, wypadł ING OFE, a najsłabiej OFE Polsat. ING OFE w żadnym z dotychczasowych rankingów metod alternatywnych badanych osobno nie zajął pierwszego miejsca, jednak po przeanalizowaniu wybranych czynników łącznie uplasował się na najwyższym miejscu na podium. Bardziej oczywista wydaje się kwestia ostatniej pozycji OFE Polsat, który w rankingu charakteryzującym miernik Sharpe'a także zajął ostatnią pozycję. Należy wskazać na fakt, że temu czynnikowi w analizie wielokryterialnej nadano najwyższą wagę. Równocześnie przydatne byłoby zbadanie statystycznej mocy obliczonych wskaźników Sharpe'a za pomocą jednego z testów proponowanych w literaturze, np. test Lo (2002)[34].

Wnioski

Otwarte Fundusze Emerytalne zostały powołane do istnienia, aby pomnażać kapitał zgromadzony na indywidualnych kontach emerytalnych swoich członków. Ponieważ instytucje prywatne mają za zadanie pomnażać kapitał, zostały wprowadzone uregulowania prawne, zapewniające bezpieczeństwo zebranych środków.

Wykorzystując ustawowe miary oceny efektywności inwestycyjnej, dokonano porównania stóp zwrotu poszczególnych funduszy ze średnimi ważonymi i minimalnymi stopami zwrotu. Pozytywnie zostały ocenione te Otwarte Fundusze Emerytalne, które przez dłuższy czas były

34. E. Walker, A. Iglesias, *Financial Performance of Pension Funds: An Exploratory Study,* (w:) R. Hinz, H.P. Rudolph, P. Antolin, J. Yermo (eds.), *Evaluating the Financial Performance of Pension Funds*, The World Bank: Washington, D.C. 2010, s. 42–44.

w stanie osiągnąć stopę zwrotu wyższą niż średnia ważona stopa zwrotu. W analizowanym okresie wszystkie fundusze emerytalne osiągały poziom przewyższający poziom określony przez minimalną stopę zwrotu.

Ustawowe metody oceny efektywności działania uniemożliwiają kompleksową ocenę funduszy. Mechanizm wyliczania stóp zwrotu jest mało efektywny, gdyż:

- nie zachęca do inwestowania długoterminowego, ponieważ fundusze są rozliczane za okresy maksymalnie 3-letnie,
- nie uwzględnia opłaty dystrybucyjnej,
- skłania do inwestowania w te kategorie lokat, w które inwestują fundusze o ponad 15% udziale w rynku,
- pozwala na manipulowanie osiąganym wynikiem.

Niezadowalające wyniki dostarczane przez ustawowe mierniki oceny efektywności inwestycyjnej wymuszają zastosowanie innych alternatywnych metod. W związku z tym wyselekcjonowano i wyliczono mierniki pomocnicze, takie jak: stan hipotetycznego konta członka OFE, miernik Sharpe'a, miernik tracking error oraz analiza wielokryterialna.

Stan hipotetycznego konta w OFE nawiązuje do prowizji pobieranej przez poszczególne fundusze, ponieważ stan ten naliczany jest po jej uwzględnieniu. Analizowany okres pięciu lat jest zbyt krótki, aby dokonać efektywnej analizy tego wskaźnika. Fundusze osiągały bowiem dość zbliżone wyniki. Stwierdzono zatem, że szczegółowej analizy pod tym względem powinno dokonywać się w okresie dłuższym.

Mierniki Sharpe'a i tracking error umożliwiają zbadanie ryzyka, podejmowanego przez fundusze podczas działalności inwestycyjnej. Miernik Sharpe'a umożliwia porównywanie wyników między funduszami, a tracking error w zależności od stopy wolnej od ryzyka. Wykazano, że do kompleksowej analizy omawianego rynku niezbędne jest wyliczenie obydwu wskaźników.

Fundusze emerytalne, w zależności od przyjętej polityki inwestycyjnej i nałożonych na nie ograniczeń, inwestują w różne kategorie lokat. Na podstawie przeprowadzonej analizy (poziomu miernika Sharpe'a oraz analizy wielokryterialnej) można by wnioskować, iż w analizowanym okresie najbardziej ryzykowne decyzje podejmował OFE Polsat. Jednakże niska wartość wskaźnika może oznaczać mało efektywne działanie albo nietrafione, choć dość bezpieczne inwestycje.

Autorzy pracy podjęli próbę stworzenia własnego rankingu funduszy emerytalnych za pomocą analizy wielokryterialnej. Wzięto w niej pod uwagę wszystkie wcześniej omawiane alternatywne metody oceny efektywności inwestycyjnej i nadano im wagi. Najlepiej został oceniony fundusz ING OFE, a najsłabiej OFE Polsat. Należy wskazać, że zarówno czynniki do analizy, jak i nadane im wagi zostały dobrane w sposób subiektywny.

Literatura

Białek J., *Konstrukcja miar efektywności Otwartych Funduszy Emerytalnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009.

Bujak P., Jarnużek M., Kordel S., Nawrot W., Śmietaniak J., *Średniookresowa projekcja działalności inwestycyjnej Otwartych Funduszy Emerytalnych na regulowanym rynku giełdowym akcji*, Case Report nr 43, Warszawa 2001.

Chybalski F., *Otwarte fundusze emerytalne w Polsce. Analiza działalności inwestycyjnej, finansów oraz decyzji członków,* Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009.
Dybał M., *Efektywność inwestycyjna funduszy emerytalnych*, Wydawnictwo CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2008.
Dygas M., *OFE spada, ale mniej niż WIG*, 2009, artykuł zaczerpnięty z portalu Gazeta Bankowa. Finanse, Banki, Ubezpieczenia, www.gb.pl.
Informacja o działalności inwestycyjnej funduszy emerytalnych w okresie 28.09.2007 – 30.09.2010, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa 2010.
Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie społeczne. Tom 2, Ubezpieczenie Rentowe. Ubezpieczenie Emerytalne,* Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2003.
Kulik A.S., *Uwagi na temat zarządzania ryzykiem i pomiaru wskaźników inwestycyjnych OFE*, (w:) *Polityka inwestycyjna otwartych funduszy emerytalnych. Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych*, Zeszyt 3/2004, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Wydawnictwo Edytor S.A.
Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 marca 2004 r. w sprawie ustalania stopy zwrotu Otwartych Funduszy Emerytalnych.
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 lutego 2004 r. w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat, oraz dodatkowych ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności lokacyjnej przez fundusze emerytalne (Dz. U. 2004, Nr 32, poz. 276, z późn. zm.).
Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia maksymalnej części aktywów otwartego funduszu emerytalnego, jaka może zostać ulokowana w poszczególnych kategoriach lokat (Dz. U. 2011, Nr 90, poz. 516).
Shein J.L., *It is more than just performance: Tracking Error and the Information Ratio*, (w:) The Journal of Investment Consulting, czerwiec 2000.
Stańko D., *Podstawowe narzędzia oceny efektywności inwestycyjnej funduszy emerytalnych,* (w:) *Polityka inwestycyjna otwartych funduszy emerytalnych. Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych*, Zeszyt 3/2004, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Wydawnictwo Edytor S.A.
Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych, tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 34, poz. 189, z późn. zm.
Walker E., Iglesias A., *Financial Performance of Pension Funds: An Exploratory Study*, (w:) Hinz R., Rudolph H.P., Antolin P., Yermo J. (eds.), *Evaluating the Financial Performance of Pension Funds*, The World Bank: Washington, D.C. 2010, s. 39–95 http://www.scribd.com/doc/25505185/Evaluating-the-Financial-Performance-of-Pension-Funds.
Zalewska A., *Oficjalna stopa zwrotu OFE*, 2010, artykuł zaczerpnięty z portalu www.analizy.pl.

Evaluation of effectiveness of the investment policy of Open Pension Funds – summary

Open Pension Funds (OFE) play an important role in the reformed pension system. A key issue in terms of assessing this reform is effectiveness with which resources gathered by Open Pension Funds are managed. This article presents an overview of evaluation methods of the investment

policy of Open Pension Funds in the years 2005–2010. On the basis of selected ratios, a multi-criteria analysis was conducted which was used to prepare a ranking of OFE.

The article contains a review of methods used to evaluate effectiveness of the investment policy of Open Pension Funds. It illustrates statutory methods, selected alternative methods and the multi-criteria analysis. At the same time, selected legal aspects of the investment policy of OFE in Poland were presented.

***DR AGNIESZKA PARLIŃSKA** jest pracownikiem naukowym w Zakładzie Prawa i Finansów Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie na Wydziale Nauk Ekonomicznych.*
***KATARZYNA GRZEGORCZYK** jest absolwentką kierunku Ekonomia Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie na Wydziale Nauk Ekonomicznych.*

DEBIUTY

TOMASZ NOWAK

Rynek gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce

Celem niniejszego artykułu jest próba uchwycenia i opisania niezwykle niejednolitego zjawiska, za jakie można uznać gwarancję ubezpieczeniową. Próba ta odnosi się do polskich uwarunkowań. Pierwsza z pięciu części artykułu zwraca uwagę na niezależną od miejsca występowania specyfikę gwarancji ubezpieczeniowych, czym różnią się one od pozostałych produktów oferowanych przez zakłady ubezpieczeń. Pozostałe części skupiają się na lokalnej specyfice. Aby dobrze opisać polski rynek gwarancji ubezpieczeniowych, w części drugiej zwrócono uwagę na umiejscowienie gwarancji w systemie prawnym. W części trzeciej wykorzystano historyczne dane na temat rynku gwarancji. Analiza uwzględnia 17 lat (od roku 1994 do roku 2010). Część czwarta poświęcono przestępczości ubezpieczeniowej związanej z gwarancjami. Mimo, iż skala zjawiska nie jest duża, pojedyncze szkody są bardzo kosztowne, a wykrycie wyłudzenia stosunkowo trudne. Artykuł kończy próba określenia przyszłości gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce.

Wprowadzenie

Gwarancje ubezpieczeniowe tworzą oddzielną grupę produktów ubezpieczeniowych. Według aktualnej klasyfikacji, przedstawionej w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1154), stanowią one grupę 15 działu II „pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe". Gwarancja ubezpieczeniowa jest usługą finansową, którą mogą świadczyć zakłady ubezpieczeń. Nie można jej jednak określić jako umowy ubezpieczenia z punktu widzenia konstrukcji prawnej.[1] Gwarancja ubezpieczeniowa funkcjonuje jako umowa nienazwana: ani wspomniana ustawa, ani żadne inne źródło nie podają szczegółowych uregulowań dotyczących tego zagadnienia.

Brak ujednolicenia powoduje, że terminem „gwarancji ubezpieczeniowej" można określić różnego, przynajmniej na pierwszy rzut oka, rodzaju produkty. Do gwarancji ubezpieczeniowych można bowiem zaliczyć zarówno gwarancję koncesyjną (np. gwarancja składana przez

1. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 2006.

biuro podróży w związku z pozwoleniem na oferowanie usług turystycznych), gwarancję zapłaty długu celnego, gwarancje kontraktowe (w skład których wchodzą między innymi gwarancja wadialna i gwarancja należytego wykonania umowy). Ze względu na nieprecyzowany charakter gwarancji, spektrum działalności, które można objąć gwarancjami, jest w zasadzie nieograniczone.

Niniejszy artykuł traktuje o gwarancjach ubezpieczeniowych w Polsce. Należy jednak zauważyć, że niektóre aspekty gwarancji cechuje ponadpaństwowy charakter. Z tego względu międzynarodowe dane pojawiają się przy ukazywaniu polskiego rynku gwarancji w kontekście światowym.

1. Charakterystyka gwarancji ubezpieczeniowych

Gwarancje ubezpieczeniowe cechuje wysoki stopień złożoności, a także znaczący wpływ, jaki mają na nie procesy gospodarcze i polityczne. Jest to cecha wspólna dla wszystkich ubezpieczeń finansowych (grupa 14 i 15)[2]. W ujęciu szerokim do ubezpieczeń finansowych zalicza się dodatkowo grupę 16 – ubezpieczenia różnych strat finansowych.[3] Można wskazać charakterystyczne cechy tego typu ubezpieczeń:

- Statystyczne metody oceny ryzyka nie mają zastosowania i są zastępowane analizą indywidualnego przypadku. Pojedyncza ocena ryzyka koncentruje się na przyszłej zdolności wierzyciela do obsługi przyjętych zobowiązań. Każdorazowa analiza znacząco zwiększa koszty ponoszone przez zakład ubezpieczeń. Standard indywidualnej oceny jest przestrzegany również w sytuacji, gdy sama decyzja podejmowana jest bez udziału underwritera za pomocą programów scoringowych.
- Duża rola makroekonomii, silna zależność od wahań koniunkturalnych. W „dobrym" dla gospodarki okresie obserwuje się rozwój tej dziedziny ubezpieczeń, natomiast kryzys powoduje spadek zainteresowania produktami tego typu i wzrost wypłacanych odszkodowań. Przy niesprzyjającej koniunkturze wskaźniki szkodowości w przypadku działalności gwarancyjnej mogą osiągnąć poziom kilkuset, a nawet powyżej 1000%.[4]
- Podobieństwo w tym zakresie do działalności prowadzonej przez banki, przede wszystkim w przypadku procedur stosowanych przy ocenie ryzyka i działalności windykacyjnej. Ocena ryzyka jest dokonywana na wielu możliwych płaszczyznach, np. ekonomicznej, finansowej, organizacyjnej, prawnej. Na porządku dziennym jest przyjmowanie prawnych zabezpieczeń ewentualnego regresu i windykacja wypłaconych odszkodowań.
- Każda umowa ma charakter jednostkowy, nie można zastosować standaryzacji. Umowa jest zawsze dostosowana do potrzeb klienta, jednocześnie uwzględnia akceptowalny przez ubezpieczyciela zakres odpowiedzialności. Rezultatem tej każdorazowej wyjątko-

2. L. Michalik, D. Seliga, *Ubezpieczenia finansowe*, w: J. Monkiewicz, *Podstawy ubezpieczeń, tom II – produkty,* Poltext, Warszawa 2001, s. 284.
3. J. Lisowski, *Ubezpieczenie kredytu i gwarancje ubezpieczeniowe*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, s. 223.
4. J. Kukiełka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe: Gwarancje ubezpieczeniowe Ubezpieczenia transakcji kredytowych,* Branta, Bydgoszcz 2003, s. 41.

wości jest to, że składki ubezpieczeniowe nie mogą być ściśle taryfikowane. Ich wysokość, w zależności od wspomnianych wyżej elementów, jest ustalana indywidualnie.

- Wysoki stopień kwalifikacji potrzebny do zajmowania się tymi ubezpieczeniami. W związku z tym zaobserwowano tendencję do centralizacji kompetencji.
- Zakrojone na szeroką skalę monitorowanie ryzyka w czasie trwania umowy. Dzięki temu możliwe staje się aktywne oddziaływanie na sygnały informujące o zwiększeniu prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego. Czasami doprowadza to do uniknięcia wystąpienia szkody albo chociaż ogranicza jej rozmiary.
- Zwiększona rola doradcza zakładu ubezpieczeń w kontaktach z klientami. Ubezpieczyciele pełnią funkcję doradcy w licznych aspektach działalności przedsiębiorstwa, między innymi: procedur monitorowania ryzyka, zasad oceny przedsięwzięć kredytowych, sposobu wyboru kontrahentów.
- Mechanizm „wyższe ryzyko – wyższa składka", który sprawdza się w ubezpieczeniach majątkowych, nie ma możliwości zastosowania. W tego typu działalności istnieje graniczny poziom ryzyka, powyżej którego nie przyjmuje się do ubezpieczenia.

W odniesieniu do samych gwarancji ubezpieczeniowych można zauważyć dodatkowo następujące charakterystyczne cechy:

- Gwarancje bezwarunkowe cieszą się dużo większą popularnością od gwarancji warunkowych. O wypłatę z gwarancji występuje podmiot niezależny od zakładu ubezpieczeń. W chwili otrzymania wezwania do zapłaty gwarant ma niewielkie pole manewru. Gwarant nie jest w takim przypadku uprawniony do badania, czy roszczenie beneficjenta wobec dłużnika jest rzeczywiście uzasadnione. Gwarant wypłaca beneficjentowi świadczenie, a następnie dochodzi ich zwrotu od dłużnika, wykorzystując wcześniejsze zapisy dotyczące zabezpieczeń. W sytuacji roszczenia spornego lub wręcz zupełnie nieuczciwego zgłoszenia szkody przez beneficjenta dłużnik nie ma prawa do zgłaszania swoich wątpliwości, broniąc się przed roszczeniem zwrotnym ze strony gwaranta. Pozostaje mu tylko droga odzyskania pieniędzy od beneficjenta, co nie leży już w sferze zainteresowania zakładu ubezpieczeń.[5]
- Rozkład szkód w gwarancjach ubezpieczeniowych znacznie różni się od praktyki stosowanej w ubezpieczeniach majątkowych. Wypłaty z gwarancji występują najczęściej w wysokości sumy gwarancyjnej lub kwoty do niej zbliżonej. Mimo że liczba szkód w porównaniu do liczby wystawionych gwarancji może być niewielka, jedna wypłata może okazać się bardzo kosztowna i odpowiadać za znaczącą część wskaźnika szkodowości.[6]
- Ocena ryzyka nie zawsze jest jedynym kryterium przy podejmowaniu decyzji o wystawieniu gwarancji. Ubezpieczyciele oferujący szeroki wachlarz ubezpieczeń majątkowych i jednocześnie wystawiający gwarancje mogą spotkać się z „szantażem" ze strony swoich klientów. Mogą oni przecież uzależniać decyzję o rozpoczęciu albo kontynuacji korzystania z ubezpieczeń majątkowych od wyniku rozpatrzenia wniosku o wystawienie gwarancji.[7]

5. J. Nawracała, *Gwarancje w obrocie gospodarczym,* „Gazeta Podatkowa", nr 200 z 12 sierpnia 2005, za: http://www.bankier.pl/wiadomosc/Gwarancje-w-obrocie-gospodarczym-1369907.html (18.02.2011).
6. J. Kukiełka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia, op.cit.*, s. 89.
7. Ibidem, s. 89–90.

- Występowanie pokusy nadużycia po stronie beneficjenta gwarancji – uzyskanie gwarancji znacznie zmniejsza motywację do skrupulatnego dobierania kontrahentów. Wszystkie należności zostają uregulowane przez gwaranta, nie ma więc oporów względem akceptacji kontaktów z podmiotami, co do których zachodzi podejrzenie, że nie będą w stanie terminowo regulować swoich zobowiązań.[8]

2. Gwarancje ubezpieczeniowe w polskim systemie prawnym

Gwarancja ubezpieczeniowa jest usługą finansową, którą mogą świadczyć zakłady ubezpieczeń. Nie można jej jednak jednoznacznie określić jako umowy ubezpieczenia z punktu widzenia konstrukcji prawnej.

Umowa gwarancji ubezpieczeniowej nie jest jednoznacznie uregulowania w naszym prawie. Możliwość wystawiania gwarancji wynika z zasady swobody umów wyrażonej w artykule 353 kodeksu cywilnego: „Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego".[9] Gwarancje ubezpieczeniowe są jednak wymienione w aktach prawnych jako dopuszczalne zabezpieczenia zobowiązań. Wzmianki o nich można znaleźć np. w ustawie o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2007 r., Nr 223, poz. 1655 oraz z 2008 r., Nr 171, poz. 1058) (art. 45 ust. 6, art.148 ust.1) i w ustawie o usługach turystycznych (Dz. U. 1997, Nr 1133, poz. 884) (parokrotnie np. art. 5 ust.1, art.14 ust. 4).

Jednocześnie ustawodawca kwalifikuje działalność gwarancyjną jako działalność ubezpieczeniową. W art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej rozumie się działalność ubezpieczeniową jako „wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych", ust. 3 tego artykułu zawiera informację, że czynnościami ubezpieczeniowymi, o których mowa w ust. 1, są między innymi „zawieranie umów ubezpieczenia, umów reasekuracji lub umów gwarancji ubezpieczeniowych lub zlecanie ich zawierania uprawnionym pośrednikom ubezpieczeniowym w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. Nr 124, poz. 1154), a także wykonywanie tych umów"[10].

Nie można jednak mylić umowy o gwarancję z umową ubezpieczenia. Przy ubezpieczeniu do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający, a ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania. Przy gwarancji zleceniodawca gwarancji jest zobowiązany do zapłaty prowizji, a ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty sumy gwarancyjnej.[11] Kolejną właściwością umowy o gwarancję odróżniającą ją od umowy ubezpieczenia jest to, że nie następuje transfer skutków ryzyka na zakład ubezpieczeń: dłużnik w dalszym ciągu jest zobligowany do właściwego wykonania przyjętego na siebie zobowiązania. Co więcej, wypłata odszkodowania ubezpieczeniowego jest ważna tylko wtedy, jeżeli wystąpiła objęta ubezpie-

8. Ibidem, s. 91.
9. Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93).
10. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010, Nr 11, poz. 66).
11. A. Szpunar, *Glosa do uchwały 7 sędziów z 16 kwietnia 1993*, III CZP 16/93, PiP 1993 z. 9, s. 109, za: *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, red. R. Holly, Poltext, Warszawa 2003, s. 32.

czeniem szkoda, a wypłata sumy gwarancyjnej z często stosowanej gwarancji bezwarunkowej jest ważna bez względu na to, czy i w jakim zakresie nie nastąpił gwarantowany rezultat.[12] W przypadku ubezpieczenia podstawowym wyznacznikiem wielkości odszkodowania jest zakres szkody, natomiast w przypadku gwarancji suma gwarancyjna jest zależna wyłącznie od treści umowy gwarancyjnej. Istotną cechą umowy gwarancji jest to, że stanowi ona zobowiązanie samoistne: ubezpieczyciel zaciąga własny dług i w jego ramach ponosi odpowiedzialność kontraktowo-gwarancyjną.

Mając na uwadze to, że umowa gwarancji jest umową nienazwaną, a także biorąc pod uwagę zapisaną w kodeksie cywilnym zasadę swobody tworzenia umów, można dojść do konkluzji, że każdy podmiot posiadający zdolność do czynności prawnych może być wystawcą gwarancji. Dotyczy to zarówno osób prawnych, jak i fizycznych. Kluczowe znaczenie ma jednak tutaj zaakceptowanie przez wierzyciela podmiotu gwarantującego. Wierzyciel chce mieć pewność, że gwarant dysponuje odpowiedniej wielkości środkami i ma doświadczenie w realizowaniu gwarancji. Z tego powodu akceptowane są głównie gwarancje wystawiane przez banki i zakłady ubezpieczeń, a określenia „gwarancja ubezpieczeniowa" i „gwarancja bankowa" są zarezerwowane dla gwarancji wystawianych odpowiednio przez zakłady ubezpieczeń i banki.

3. Rozwój rynku gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce

W porównaniu z rynkami wysoko rozwiniętymi, gwarancje ubezpieczeniowe w naszym kraju mają stosunkowo krótką historię. Gwarancje pojawiły się w Polsce wraz ze zmianami rynku ubezpieczeniowego we wczesnych latach dziewięćdziesiątych XX wieku.[13]

Udział gwarancji ubezpieczeniowych w składce przypisanej brutto w dziale II działalności ubezpieczeniowej w roku 2010 wynosił 1,43%, nie są więc one produktami ubezpieczeniowymi cieszącymi się dużą popularnością.[14]

Gwarancje ubezpieczeniowe zorientowane są przede wszystkim na przedsiębiorstwa. W 2009 roku wystawiono 424 799 gwarancji, z czego 230 449 (54%) dotyczyło przedsiębiorstw, 183 535 (43%) osób fizycznych, a 10 815 (3%) pozostałych podmiotów.[15]

Wystawianie gwarancji ubezpieczeniowych wiąże się z charakterystycznym ryzykiem, mającym związek z sytuacją ekonomiczną i polityczną nie tylko w kraju zakładu ubezpieczeń, ale również za granicą. Decyzja o wystawieniu gwarancji jest zależna od większej ilości czynników niż w przypadku pozostałych ubezpieczeń działu II i wymaga odpowiedniego zaplecza. W związku z powyższym, działanie na rynku gwarancji ubezpieczeniowych wymaga specjalnego zezwolenia KNF. Na koniec 2009 roku dwudziestu sześciu z trzydziestu czterech

12. J. Kukiełka, *Gwarancje z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń*, „PUSiG" 1998, nr 4, s. 31, za: *Ubezpieczenia*, red. R. Holly, s. 33.
13. J. Lisowski, *Ubezpieczenia finansowe*, w: J. Gniadek, J. Lisowski, *Ubezpieczenia majątkowe*, Katalog, Poznań 1999, str. 153.
14. Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2010, http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_kwartalne/dane_kw.html (19.03.2011).
15. Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń 2009, http://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_roczne/dzne_roczne.html (19.03.2011).

ubezpieczycieli działających w dziale II posiadało zezwolenie KNF na działalność w ramach grupy 15, a dwudziestu trzech z nich tę działalność rzeczywiście prowadziło.[16]

Znaczenie gwarancji ubezpieczeniowych na tle ubezpieczeń majątkowych ogółem dobrze obrazuje udział składki z gwarancji ubezpieczeniowej w składce brutto w dziale II. Warto też zwrócić uwagę na to, jak zmiany w udziale gwarancji ubezpieczeniowych są powiązane ze zmianami udziału ubezpieczeń kredytu.

Tabela 1. Udział gwarancji ubezpieczeniowych i ubezpieczeń kredytu w ogólnej składce brutto działu II (w proc.) i zestawienie z dynamiką PKB

Lata	Ubezpieczenie kredytu	Gwarancje ubezpieczeniowe	Razem	Dynamika PKB rok do roku (w proc.)
1994	0,16	0,27	**0,43**	105,3
1995	0,39	1,21	**1,6**	107,0
1996	0,28	1,48	**1,76**	106,2
1997	0,3	1,16	**1,46**	107,1
1998	0,31	1,24	**1,55**	105,0
1999	0,47	1,18	**1,65**	104,5
2000	0,76	1,19	**1,95**	104,3
2001	1,01	1,04	**2,05**	101,2
2002	1,26	0,88	**2,14**	101,4
2003	1,51	0,83	**2,34**	103,9
2004	1,79	0,83	**2,62**	105,3
2005	2,03	0,89	**2,92**	103,6
2006	2,77	0,94	**3,71**	106,2
2007	3,19	1,05	**4,24**	106,8
2008	2,48	1,08	**3,56**	105,1
2009	2,23	1,34	**3,57**	101,7
2010	2,08	1,43	**3,51**	103,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Kołosowska, *Rozwój rynku ubezpieczeń finansowych w Polsce (w latach 1994–2005),* w: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 167; Biuletyny roczne i kwartalne Komisji Nadzoru Finansowego za lata 2007–2010, Dane OECD http://stats.oecd.org (07.09.2011).

Analiza danych zawartych w Tabeli 1 ukazuje następujące tendencje:

- W latach 1994–2007 obserwowano wzrost udziału ubezpieczeń finansowych w składce brutto działu II. W roku 2008 odnotowano znaczny spadek (o 0,68 punktu procentowego i jednocześnie 16%). W roku 2009 udział ten pozostał na podobnym poziomie, a w roku 2010 spadł do poziomu sprzed roku 2008.
- Wzrost udziału ubezpieczeń finansowych powodowany był przede wszystkim wzrostem udziału ubezpieczeń kredytu. W latach 1994–2007 wzrósł on o 3,03 punktu procentowego, co może nie wydawać się znaczącą różnicą. Jeśli popatrzeć na ten wzrost udziału w ujęciu procentowym, otrzymany wynik (1894%) można by uznać za imponujący, należy jednak wziąć pod uwagę małe wartości danych, dzięki którym nie jest trudno o tak wysoką dynamikę. W następnych trzech latach udział spadł znacząco, bo o 1,11 punktu procentowego i jednocześnie o 35%.

16. Ibidem.

- Najtrudniejsze w ocenie są dane dotyczące udziału gwarancji ubezpieczeniowych. Można jednak wydzielić cztery okresy. Pierwszym z nich jest wzrost udziału do poziomu 1,48% (najwyższego w całym badanym okresie) w 1996 roku. W ciągu dwóch lat udział gwarancji ubezpieczeniowych wzrósł o 1,21 punktu procentowego (448%). Następnie nadszedł okres lat 1997–2000, kiedy udział gwarancji ubezpieczeniowych utrzymywał się na zbliżonym poziomie (około 1,2%), zauważalnie niższym jednak od najwyższego wyniku w roku 1996: udział gwarancji spadł o 19%. Trzeci okres to lata 2001–2003. W tym czasie zaobserwowano konsekwentny spadek udziału gwarancji ubezpieczeniowych. W roku 2003 osiągnął on poziom 0,83%, który (razem z powtórką rok później) jest najniższym odnotowanym rezultatem (jeśli nie uwzględni się pierwszego badanego roku – 1994, który znacznie odbiega od reszty). W porównaniu z rekordowym rokiem 1996, udział gwarancji ubezpieczeniowych spadł aż o 44%. Ostatni dający się wydzielić okres tworzą lata 2004–2010: można zaobserwować w nim konsekwentny wzrost udziału gwarancji od poziomu 0,83% do 1,43%, a więc o 72%.
- Zestawienie udziału ubezpieczeń finansowych z dynamiką PKB nie wykazało jednoznacznych korelacji między tymi pozycjami. Ubezpieczenie kredytu straciło na znaczeniu w latach 2008 i 2009, kiedy spadała dynamika PKB, ale przy spadku dynamiki w latach 1998–2001 miał miejsce konsekwentny wzrost udziału grupy 14 w ubezpieczeniach działu II. Analogiczna sytuacja występuje w przypadku gwarancji, które w analizowanym okresie reagowały na spadki dynamiki zarówno wzrostem, jak i spadkiem udziału w ubezpieczeniach działu II.

Należy zwrócić uwagę na to, jak zmieniała się relacja udziału ubezpieczeń kredytu i gwarancji ubezpieczeniowych w ubezpieczeniach finansowych. Obrazuje to Tabela 2.

Tabela 2. Relacja udziału ubezpieczeń kredytu i gwarancji ubezpieczeniowych w latach 1994–2010 (w proc.)

Lata	Ubezpieczenia kredytu	Gwarancje ubezpieczeniowe
1994	37,2	62,8
1995	24,4	75,6
1996	15,9	84,1
1997	20,5	79,5
1998	20	80
1999	28,5	71,5
2000	39	61
2001	49,3	50,7
2002	58,9	41,1
2003	64,5	35,5
2004	68,3	31,7
2005	69,5	30,5
2006	74,7	25,3
2007	75,2	24,8
2008	69,7	30,3
2009	62,5	37,5
2010	59,3	40,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Kołosowska, *Rozwój,* w: *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, s. 167; Biuletyny roczne i kwartalne Komisji Nadzoru Finansowego za lata 2007–2010.

Tabela 2 wskazuje, że zarówno lata 90., jak i początek XXI wieku cechowały znaczące zmiany w strukturze sprzedanych ubezpieczeń finansowych. Badany okres można podzielić na trzy etapy. Lata 1994–1996 to okres wzrostu znaczenia gwarancji ubezpieczeniowych na tle ubezpieczeń kredytu: w szczytowym 1996 roku uzyskana z tytułu gwarancji składka ponad pięciokrotnie przewyższyła składkę z tytułu ubezpieczeń kredytu. Lata 1997–2007 to z kolei praktycznie konsekwentny wzrost znaczenia ubezpieczeń kredytu (z jednym małym odstępstwem w roku 1998). W tym okresie rozpatrywany udział ubezpieczeń kredytu wzrósł o 59,3 punktu procentowego (373%), osiągając zdecydowaną dominację nad gwarancjami w roku 2007 (ponad trzykrotnie większy przypis). Lata 2008–2010 przyniosły jednak znaczące zmiany. Mimo że trzy lata (przy korzystaniu z danych w ujęciu rocznym) wydają się dosyć krótkim okresem do obserwowania tendencji, skala zmian nie pozostawia wątpliwości, że nie mamy do czynienia z przypadkowymi wahnięciami. Oceniany udział gwarancji ubezpieczeniowych wzrósł bowiem o 64%.

Do tej pory podawano głównie dane w ujęciu procentowym. Warto jednak skonfrontować zmieniającą się relację gwarancji do ubezpieczeń kredytu z rozwojem rynku, czyli zobaczyć zmiany w ujęciu pieniężnym. Tabela 3 pokazuje wartość składki brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych w poszczególnych latach, jak i dynamikę rok do roku.

Tabela 3. Wartość i dynamika składki brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych w latach 1994–2010

Lata	Wartość składki brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych (w tys. zł)	Dynamika rok do roku (w proc.)
1994	7 659	–
1995	45 124	589,16
1996	79 312	175,76
1997	96 118	121,19
1998	125 651	130,73
1999	135 957	108,20
2000	148 782	109,43
2001	136 476	91,73
2002	114 537	83,92
2003	112 704	98,40
2004	120 603	107,01
2005	136 116	112,86
2006	150 245	110,38
2007	187 017	137,40
2008	214 973	114,95
2009	277 301	129,40
2010	317 968	114,67

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony knf.gov.pl (plików: dane za lata 1991–99, przychody zakładów ubezpieczeń w 2001, sprawozdań statystycznych za lata 2002–2004, rocznych i kwartalnych przeglądów rynku 2006–2010).

Jak można zauważyć, rynek gwarancji ubezpieczeniowych w latach 1994–2009 wykazywał się niestabilnością. Analizowany okres można podzielić na trzy etapy. Pod koniec XX wieku, z roku na rok obserwowano wzrost składki brutto i należy odnotować, że zmiany te były

dosyć duże. W 1994 roku łącznie uzyskano ze sprzedaży gwarancji ok. 7,7 miliona złotych, a już rok później wartość ta osiągnęła ponad 45 milionów zł! Oznacza to prawie sześciokrotny wzrost. W kolejnych latach nadal obserwowano szybki rozwój rynku, aczkolwiek można zauważyć zwolnienie tempa rozwoju, po wzroście o 489% przyszły powiększenia o kolejno: 76%, 21%, 31%, 8% i 9% w roku 2000 w porównaniu do 1999. Na przełomie wieków łączny przypis brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych wyniósł prawie 149 milionów złotych.

Analizując początek XXI wieku, warto wrócić do danych z Tabeli 1. Można zauważyć, że w latach 2001–2003 odnotowywano spadek udziału gwarancji ubezpieczeniowych w rynku ubezpieczeń działu II. W tym okresie także ubezpieczenia kredytu po raz pierwszy osiągnęły wyższą od gwarancji składkę brutto. Malejące znaczenie gwarancji przełożyło się na ich niższe wyniki finansowe. Jednak analizując Tabelę 1, można spostrzec, że spadek udziału gwarancji ubezpieczeniowych w ubezpieczeniach działu II obserwowano już wcześniej, np. w roku 1997 udział zmalał o prawie 22%, co jednak nie przeszkodziło łącznemu wzrostowi składki z tytułu gwarancji (w ujęciu pieniężnym) o 21%. Przyczyn załamania wzrostu rynku gwarancji należy więc szukać nie tylko w malejącym znaczeniu na tle innych ubezpieczeń, ale też we fluktuacjach PKB, które będą tematem następnej tabeli. Dla porządku należy dopowiedzieć, że w latach 2001–2003 składka brutto z gwarancji zmalała o 36 milionów złotych, co oznacza również spadek o 24% w porównaniu z rokiem 2000.

Lata 2004–2010 to powrót do wzrostu rynku. Dynamika rok do roku nie osiągnęła co prawda poziomu z rekordowej pod tym względem połowy lat dziewięćdziesiątych, ale np. skok na poziomie 37% w 2007 roku należy uznać za znaczący. W siedmioletnim okresie wzrastał udział gwarancji w ubezpieczeniach działu II, co sprzyjało wzrostowi składki brutto, która na koniec roku 2010, w porównaniu z rokiem 2003, wzrosła o 182% (ponad 205 milionów złotych). Trudno jednak przypisywać ten wzrost wyłącznie wzrostowi znaczenia gwarancji w stosunku do innych ubezpieczeń. Przyrost znaczenia na podstawie Tabeli 1 we wspomnianym okresie wyniósł „tylko" 72%. Co ciekawe, rok 2004 jest przede wszystkim kojarzony jako rok wejścia Polski do Unii Europejskiej. Wpływ członkostwa Polski na rynek gwarancji ubezpieczeniowych jest sprawą ciekawą, ale należy uznać, że w pierwszej kolejności członkostwo wpływa na PKB, a wpływ na rozmiary działalności ubezpieczeniowej jest jego pochodną. W przypadku gwarancji ubezpieczeniowych wpływ członkostwa można jednak sklasyfikować jako bardziej bezpośredni: przyczyniło się ono do rozpoczęcia szeregu inwestycji finansowanych z unijnych funduszy, wykonanie wielu z owych inwestycji jest zabezpieczane gwarancją.

Kluczowe więc dla analizy rozwoju rynku gwarancji ubezpieczeniowych jest zestawienie zmian składki brutto ze zmianami PKB. Stosowne dane za lata 1994–2010 zawiera Tabela 4.

W latach 1994–2010 PKB Polski rosło z roku na rok: w roku 2010 było o 474% wyższe od analogicznej wartości w roku 1994. Dane za rok 1994 można jednak uznać za specyficzne zarówno z punku widzenia PKB (wartość za ten rok jako jedyna została w danych OECD wyróżniona symbolem oznaczającym szacunkową wartość), jak i gwarancji ubezpieczeniowych (bardzo niski, odbiegający od kolejnych wartości przypis, wynikający z początkowego stadium rozwoju rynku). Odrzucając dane za rok 1994, PKB Polski w dalszym ciągu rosło co rok, ale wzrost w latach 1995–2010 był mniej imponujący i wyniósł 320%. Konsekwentnego wzrostu nie można przypisać składce z gwarancji ubezpieczeniowych, która owszem zanotowała w latach 1995–2010 znaczny wzrost (605%), ale zdarzył jej się poważny spadek (24%) w latach 2001–2003. Mimo to dynamika zmian wysokości składki brutto znacznie

Tabela 4. Wartość składki brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych a PKB w latach 1994–2010

Lata	Wartość składki brutto z tytułu gwarancji ubezpieczeniowych (w mln zł)	Produkt Krajowy Brutto Polski (ceny bieżące) (w mln zł)	Udział składki z gwarancji w PKB (w promilach)
1994	7,659	246 372	0,031
1995	45,124	337 222	0,134
1996	79,312	422 436	0,188
1997	96,118	515 353	0,187
1998	125,651	600 902	0,209
1999	135,957	655 688	0,207
2000	148,782	744 378	0,200
2001	136,476	779 564	0,175
2002	114,537	808 578	0,142
2003	112,704	843 156	0,134
2004	120,603	924 538	0,130
2005	136,116	983 302	0,138
2006	150,245	1 060 031	0,142
2007	187,017	1 176 737	0,159
2008	214,973	1 275 432	0,169
2009	277,301	1 343 657	0,206
2010	317,968	1 415 385	0,225

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze stron Komisji Nadzoru Finansowego knf.gov.pl (sprawozdań statystycznych za lata 2002–2004, rocznych przeglądów rynku 2006–2009), Głównego Urzędu Statystycznego (plik: roczne mierniki gospodarcze) www.stat.gov.pl (19.03.2011), OECD http://stats.oecd.org (07.09.2011).

przewyższa dynamikę zmian PKB. Dlatego też do zestawienia został dołączony kolejny wskaźnik, którym jest udział składki brutto z gwarancji ubezpieczeniowych w PKB Polski. Mimo iż udział ten w ujęciu nominalnym był niewielki, wynosił zaledwie około 0,17 promila, to jego wzrosty w latach 1994–1998 i 2005–2010 dobrze obrazują, w jaki sposób przypis z gwarancji ubezpieczeniowych był w stanie osiągać tak szybki wzrost. W roku 2010 składka brutto z gwarancji ubezpieczeniowych stanowiła już bowiem 0,225 promila PKB, co w porównaniu z rokiem 2004 oznacza wzrost o 73%.

4. Przestępczość związana z gwarancjami ubezpieczeniowymi

Gwarancje ubezpieczeniowe nie są na razie kojarzone z przestępczością ubezpieczeniową.[17] Na podstawie danych Polskiej Izby Ubezpieczeń za rok 2009 można stwierdzić, że wśród przestępstw ubezpieczeniowych w dziale II dominują działania związane z ubezpieczeniem OC komunikacyjnym (ponad 40% przestępstw w ujęciu ilościowym) i ubezpieczeniem auto

17. Przestępstwem ubezpieczeniowym nazywamy „żądanie bezpodstawnego odszkodowania albo otrzymanie takiego odszkodowania drogą oszustwa". Europejski Komitet Ubezpieczeń, za: P. Majewski, *Analiza przestępczości ubezpieczeniowej w 2009 r.* (prezentacja). Kodeks karny jasno opisuje konsekwencje tego typu postępowania. Powołując się na paragraf 1 artykułu 298, można stwierdzić, że: „kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5". Kodeks karny (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r.).

casco (około 40% w ujęciu wartościowym). Skalę przestępstw związanych z gwarancjami ubezpieczeniowymi w obu ujęciach można by uznać za niewielką.[18] Należy jednak podkreślić, że jest to zjawisko, które dopiero podlega rozpoznaniu, a ujawnione przypadki wskazują, że przestępstwa związane z gwarancjami ubezpieczeniowymi cechuje duża jednostkowa strata i znacząca dynamika. Wśród przestępstw związanych z gwarancjami można wyróżnić trzy kategorie:

1. Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów,
2. Wyłudzenia roszczeń,
3. Przestępstwa związane z zabezpieczeniem.

Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów stanowią zdecydowanie najliczniejszą z tych trzech grup. Najważniejsze przykłady tego rodzaju przestępstw (oczywiście w odniesieniu do gwarancji ubezpieczeniowych) to: podrabianie zaświadczeń publiczno-prawnych, podrabianie gwarancji ubezpieczeniowych i podrabianie dokumentów celnych.[19]

Można wyróżnić wiele motywów posługiwania się podrobionymi dokumentami. Jednym z ciekawszych i popularniejszych jest potrzeba szybkiego przedstawienia dokumentów np. z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy urzędu skarbowego wykorzystywanych w procesie oceny ryzyka związanym z udzieleniem gwarancji. Zdarzają się sytuacje, gdy firmy nie mogą pozwolić sobie na dłuższe oczekiwanie związane z uzyskiwaniem tych dokumentów i w związku z tym „idą na skróty" i np. zmieniają datę we wcześniejszych dokumentach, w taki sposób aby przerobione zaświadczenie przedstawiać zakładowi ubezpieczeń jako aktualne i wiarygodne.

Zleceniodawcy gwarancji przez podrabianie dokumentów wysyłają sygnał, że nie są w stanie zdobyć wymaganych dokumentów legalną drogą. Jeśli chcą oszukać zakład ubezpieczeń, mogą próbować również manipulowania sprawozdaniami finansowymi; gdy z kolei oszukanym ma być domniemany beneficjent, mogą posłużyć się podrobioną gwarancją ubezpieczeniową. Łatwiej jest to zrobić firmom, które korzystały już z usług zakładu ubezpieczeń, którego gwarancje podrabiają, gdyż bez trudu da się wtedy stworzyć dokument zawierający jednocześnie prawdziwe, jak i sfałszowane informacje. Firmy te mają najczęściej dostęp do wzoru odpowiednich pieczęci i podpisów. Motywem firm, które w wielu przypadkach są dobrze znane swoim ubezpieczycielom, a mimo to decydują się na próbę oszustwa, może być brak czasu na wykonanie procedury związanej z uzyskaniem gwarancji lub wykorzystanie limitu na gwarancje nadanego przez zakład ubezpieczeń.

O ile sfałszowana gwarancja powinna wzbudzić natychmiastowe podejrzenia zakładu ubezpieczeń (który dogłębnie zna wszystkie szczegóły techniczne oryginalnej umowy takie jak kolorystyka tła, rozmieszczenie elementów i podpisy pracowników), próba oszukania inwestora, któremu spreparowana gwarancja jest przedstawiana, ma dużo większe szanse powodzenia.

Drugą grupę przestępstw związanych z gwarancjami stanowią wyłudzenia roszczeń. Ze względu na opisaną w poprzednich rozdziałach specyfikę gwarancji ubezpieczeniowych przestępstwa te cechuje wysoki stopień trudności. W przypadku np. ubezpieczenia samochodu

18. P. Majewski, *Analiza przestępczości ubezpieczeniowej w 2009 r.* (prezentacja).
19. Biuro Ubezpieczeń Finansowych Centrala PZU SA, *Przykłady nieprawidłowości w ubezpieczeniach finansowych i gwarancjach ubezpieczeniowych* (prezentacja) (16.12.2010).

od kradzieży występują tylko dwie strony umowy i osoba próbująca uzyskać pieniądze z ubezpieczenia może samodzielnie wprowadzić w błąd swojego ubezpieczyciela. W całym procesie wystawiania gwarancji występują z kolei trzy podmioty, których sytuacja jest ze sobą mocno powiązana. Wypłata z tytułu gwarancji cieszy beneficjenta, ale jednocześnie oznacza regres, który w większości przypadków powinien być satysfakcjonujący dla gwaranta i zdecydowanie niekorzystny dla zleceniodawcy.

Beneficjenci są zatem grupą, którą najbardziej powinna kusić możliwość dokonywania przestępstw z wykorzystaniem gwarancji. Gdy mowa jest o gwarancji należytego wykonania kontraktu, wypłata z gwarancji nastąpi tylko i wyłącznie w przypadku zajścia opisanych w umowie wydarzeń, a te są zależne przede wszystkim od wykonawcy lub podwykonawców. Próba oszustwa wymaga więc zakrojonej na szeroką skalę kooperacji między zleceniodawcą a beneficjentem. Aby nakłonić potencjalnego wykonawcę do wzięcia udziału w nielegalnym procederze, koniecznie trzeba zaoferować mu coś więcej niż tylko rekompensatę za regres, za który ten, przynajmniej teoretycznie, będzie zmuszony zapłacić z własnej kieszeni. Warto w tym miejscu zauważyć, że prób przestępstw ubezpieczeniowych z wykorzystaniem gwarancji mogą dokonywać nie tylko duże przedsiębiorstwa, ale również małe rodzinne biznesy. Najłatwiej do tego celu jest nakłonić podmioty powiązane kapitałowo i/lub osobowo. Powiązania te mogą jednak zostać wykryte przez zakład ubezpieczeń i wówczas do wystawienia gwarancji nie dojdzie.

Możliwym, z punktu widzenia łamiących prawo, rozwiązaniem jest zawarcie dwóch kontraktów: jednego zabezpieczonego gwarancją i drugiego – niezabezpieczonego (którego istnienie nie jest znane zakładowi ubezpieczeń). Zobowiązania wynikające z zabezpieczonego gwarancją kontraktu nie są wypełniane w satysfakcjonujący, z punktu widzenia treści gwarancji, sposób. W związku z tym beneficjent wykorzystuje przysługujące mu prawo do wypłaty i otrzymuje stosowną kwotę (dla tego przykładu niech będzie to 100). Gwarant jest zmuszony do tej wypłaty, jednocześnie dokona wszelkich starań, aby uzyskać regres wypłaconej kwoty gwarancji poprzez egzekucję zabezpieczenia. Próby oszustw związane z zabezpieczeniami będą jeszcze omówione, dlatego w przykładzie zakłada się, że gwarant uzyskuje zabezpieczenie (którego wartość również wynosi 100). Drugim ważnym elementem całego procederu jest jednak drugi kontrakt. W przykładzie jego wartość wynosi 200. Transakcja odbywa się bez udziału ubezpieczyciela: wykonawca wywiązuje się ze swoich zobowiązań, za co otrzymuje stosowne wynagrodzenie.

Aby zrozumieć istotę „przekrętu", należy przeanalizować ostateczne rezultaty z punktu widzenia wszystkich uczestników procesu. Wykonawca kontraktu musiał zapłacić 100 jednostek gwarantowi, uzyskał jednak 200 za wykonanie drugiego kontraktu. Jest więc w sumie 100 jednostek „na plus", chociaż trzeba brać pod uwagę koszty wykonania drugiego kontraktu. Można jednak uznać, że dla decydujących się na uczestnictwo w całym przedsięwzięciu koszty te nie są na tyle duże, aby przesłoniły możliwe korzyści. Możliwe korzyści przy dodatkowych nielegalnych działaniach na zabezpieczeniach będą wymienione w dalszej części rozdziału. Sytuacja gwaranta jest zgoła inna. Musiał on przekazać beneficjentowi 100 jednostek, które później odebrał od wykonawcy. Wydaje się, że ubezpieczyciel nie zyskuje, ale też nie traci na całym procesie, należy zauważyć jednak, że ponosi on koszty związane z regresem. Realizacja zabezpieczenia może długo trwać, czasami wiąże się z postępowaniem sądowym. Utrudnienia należy uznać za bardzo prawdopodobne, biorąc pod uwagę, że pozostali uczestnicy od początku założyli wykorzystanie gwarancji zakładu ubezpieczeń do czerpania

korzyści. W dużo lepszej sytuacji znajduje się beneficjent gwarancji. Uzyskał on 100 jednostek z tytułu gwarancji i zapłacił 200 wykonawcy za realizację drugiego kontraktu. Z punktu widzenia przepływów pieniężnych, cały proces uszczuplił jego zasoby o 100. Jego głównym celem było jednak uzyskanie określonego rezultatu (związanego z kontraktem nieobjętym gwarancją) możliwie jak najmniejszym kosztem. Nie da się ukryć, że dzięki wspomożeniu się gwarancją ubezpieczeniową zapłacił tylko 100 jednostek za prace warte 200.

Powyższy przykład jest oczywiście dużym uproszczeniem. Premie dla inwestora i wykonawcy mogą kształtować się na różnych poziomach. Rozkład korzyści będzie zależał od tego, jak silne są ich pozycje względem siebie. Podmiot, który jest skazany na współpracę z zachęcającym do przestępstwa partnerem ma dosyć ograniczone pole działania. Za każdym razem, gdy dochodzi do próby przestępstwa ubezpieczeniowego, korzyści, zarówno natychmiastowe, jak i widoczne z odległej perspektywy, muszą przeważać nad wadami planu i uwzględniać premię za ryzyko.

Ostatnią grupę przestępstw związanych z gwarancjami ubezpieczeniowymi stanowią nielegalne działania na zabezpieczeniach. Spektrum możliwości nielegalnych działań jest szerokie: obejmuje zarówno przypisywanie sobie własności obiektu stanowiącego zabezpieczenie, zmiany statusu obiektu (np. hipoteka, zastaw, przewłaszczenie), sprzedaż zabezpieczenia. Do tej grupy można zaliczyć też planowane ogłoszenie upadłości. W przypadku rodzinnych firm będzie to prawdopodobnie wiązało się z rozdzielnością majątkową małżonków. Wtedy, tak jak w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością, dokonanie regresu będzie niemożliwe, mimo że odpowiedzialne za przestępstwo osoby dysponują odpowiednimi środkami.

5. Perspektywy polskiego rynku gwarancji ubezpieczeniowych

Możliwych scenariuszy dla rozwoju rynku gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce można poszukiwać na wiele sposobów. Jednym z nich wydaje się porównanie polskiego rynku z rynkiem światowym. Analiza światowego rynku przyniesie jednak niezadowalające rezultaty.

80% światowego rynku gwarancji ogniskuje się w Ameryce Północnej, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Kolejnymi ważnymi obszarami z punktu widzenia znaczenia gwarancji ubezpieczeniowych są Ameryka Południowa, Daleki Wschód i dopiero potem Europa. Podobnie jak w przypadku Ameryki Północnej, na naszym kontynencie dominującą rolę odgrywa jedno państwo. We Włoszech, bo o nich mowa, koncentruje się około 80% europejskiego rynku gwarancji ubezpieczeniowych.[20]

Według danych International Credit Insurance & Surety Association, organizacji zrzeszającej firmy zajmujące się ubezpieczeniem kredytu i/lub wystawianiem gwarancji ubezpieczeniowych, światowy rynek gwarancji w latach 2004–2009 zwiększył się o 134%.[21] Organizacja bierze jednak pod uwagę tylko dane dostarczone przez swoich członków i nie podaje ważnych z punktu widzenia oceny danych zmian w liczbie członków w ciągu analizowanego okresu.

Przewidywanie przyszłości polskiego rynku na podstawie obecnych danych światowych jest niezmiernie trudne, gdyż w każdym kraju mogą występować inne uregulowania, w związku

20. Ibidem.

21. International Credit Insurance & Surety Association, *Yearbook 2011*, str. 23, www.icisa.org (22.05.2011).

z czym znacząco będzie różnić się popyt na produkty ubezpieczeń finansowych. W rozpatrywanych zarówno indywidualnie, jak i grupowo państwach da się jednak określić czynniki makroekonomiczne, które ten popyt kształtują. W Polsce za takie czynniki można uznać: fazy cyklu koniunkturalnego, napływ funduszy unijnych zaangażowanych w realizację Narodowej Strategii Spójności na lata 2007–2013, potrzebę zabezpieczenia realizowanych kontraktów i przedsięwzięć inwestycyjnych oraz rosnącą świadomość kadry zarządzającej w zakresie efektywnego zarządzania aktywami przedsiębiorstw.[22]

Obecną popularność gwarancji zawdzięczamy funduszom unijnym, a w pewnym stopniu także szeregowi inwestycji związanych z organizacją Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej, które odbędą się w roku 2012. Kluczowa dla rynku gwarancji jest więc realizacja kolejnych inwestycji. Istotną kwestią pozostaje napływ środków z funduszy unijnych.

W ramach dotychczasowych perspektyw finansowych Polska mogła korzystać z funduszy, których budżety wynosiły 12,8 mld euro w latach 2004–2006 i 85,6 mld przeznaczonych na lata 2007–2013.[23] Rozmowy oraz prace nad perspektywą finansową, obejmującą lata 2014–2020, rozpoczęły się w połowie 2011 r. i trwać będą do drugiej połowy roku 2012. Można tu zauważyć, że okres ten obejmuje czas polskiej prezydencji, która przypada na drugą połowę roku 2011. Borykająca się z problemami finansów publicznych Unia Europejska prawdopodobnie bardziej niż w przypadku poprzednich perspektyw skupi się na rozwiązywaniu bieżących kwestii, w mniejszym stopniu natomiast będzie skłonna do inwestowania w przyszłość. Dodatkowo, środki inwestowane w Polsce w ostatnich latach miały przybliżyć kraj do średniego europejskiego poziomu rozwoju. Obserwowana ilość inwestycji pozwala sądzić, że dystans rzeczywiście mógł się zmniejszyć. W związku z tym trzeba będzie liczyć się z głosami, że w ramach nowej perspektywy duża część środków z funduszy może trafić do innych krajów, np. najnowszych członków – Rumunii i Bułgarii, które miały najmniej czasu na dogonienie reszty, państw bałtyckich – Estonii, Łotwy oraz Litwy, które bardzo ciężko odczuły kryzys finansowy. Nie można też zapomnieć o możliwości wstąpienia do Unii Europejskiej nowych członków. Coraz bliżej wejścia do Unii Europejskiej jest Chorwacja. Polska Agencja Prasowa podaje nawet możliwy termin wejścia – 1 lipca 2013.[24] Status oficjalnych kandydatów mają także Islandia, Czarnogóra, Macedonia i Turcja.

Wszystkie wspomniane wyżej okoliczności mogą spowodować, że do Polski trafi dużo mniej środków z funduszy unijnych niż miało to miejsce w przeszłości. Samorządy już teraz ostrzegane są, że nie będą mogły cieszyć się dotychczasowymi rozmiarami dofinansowania.[25]

Z uwagi na znaczącą rolę funduszy unijnych dla rynku gwarancji ubezpieczeniowych bardzo możliwym scenariuszem jest mniejsza składka brutto z tytułu wystawionych gwarancji. Możliwą rekompensatą za mniejsze środki z Unii mogłoby być przeznaczanie wewnętrznie wygenerowanych środków na inwestycje. Nadchodzi okres inwestycji w sektor energetyczny, w większym stopniu wykorzystywany może być mechanizm partnerstwa publiczno-prywatnego.

22. Biuro Ubezpieczeń Finansowych Centrala PZU SA, *Przykłady,* op.cit.
23. Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości http://www.parp.gov.pl (22.05.2011).
24. Polska Agencja Prasowa za: *UE.Chorwacja coraz bliżej zakończenia negocjacji* http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,9631575,UE_Chorwacja_coraz_blizej_zakonczenia_negocjacji.html (22.05.2011).
25. INFOR.PL Sektor Publiczny http://samorzad.infor.pl/temat_dnia/artykuly/479927,jak_samorzady_moga_przygotowywac_sie_do_nowej_perspektywy_finansowej.html (22.05.2011).

Podsumowanie

Istnieje zasadnicza różnica między umową ubezpieczenia a gwarancją ubezpieczeniową. W przypadku ubezpieczenia podstawowym wyznacznikiem wielkości odszkodowania jest zakres szkody, natomiast w przypadku gwarancji suma gwarancyjna jest zależna wyłącznie od treści umowy gwarancyjnej. Istotną cechą umowy gwarancji jest to, że stanowi ona zobowiązanie samoistne: ubezpieczyciel zaciąga własny dług i w jego ramach ponosi odpowiedzialność kontraktowo-gwarancyjną.

Gwarancje ubezpieczeniowe cechuje wysoki stopień złożoności, a także znaczący wpływ, jaki mają na nie procesy gospodarcze i polityczne. W procesie wystawiania gwarancji ubezpieczeniowych dużą rolę odgrywa makroekonomia, obserwuje się silną zależność od wahań koniunkturalnych. Gwarancje pojawiły się w Polsce wraz ze zmianami rynku ubezpieczeniowego we wczesnych latach dziewięćdziesiątych. Wejście Polski do Unii Europejskiej miało niezaprzeczalnie pozytywny wpływ na rozwój rynku gwarancji ubezpieczeniowych w Polsce.

Gwarancje ubezpieczeniowe nie są na razie kojarzone z przestępczością ubezpieczeniową, ale skala zjawiska rośnie bardzo dynamicznie, co częściowo związane jest z rozwojem samego rynku gwarancji.

W Polsce za czynniki kształtujące popyt na gwarancje ubezpieczeniowe można uznać: fazy cyklu koniunkturalnego, napływ funduszy unijnych zaangażowanych w realizację Narodowej Strategii Spójności na lata 2007–2013, potrzebę zabezpieczenia realizowanych kontraktów i przedsięwzięć inwestycyjnych oraz rosnącą świadomość kadry zarządzającej w zakresie efektywnego zarządzania aktywami przedsiębiorstw. Obecny rozmiar rynku może jednak być w najbliższych latach trudny do utrzymania, a czynnikiem o tym decydującym będzie rozmiar środków przysługujących Polsce z unijnych funduszy. Wewnętrznie wygenerowane środki na inwestycje mogą stanowić możliwą rekompensatę za mniejsze środki z Unii.

Wykaz źródeł

Biuro Ubezpieczeń Finansowych Centrala PZU SA, *Przykłady nieprawidłowości w ubezpieczeniach finansowych i gwarancjach ubezpieczeniowych* (prezentacja) (16.12.2010).

Główny Urząd Statystyczny, *Roczne mierniki gospodarcze*, www.stat.gov.pl (19.03.2011).

International Credit Insurance & Surety Association, *Yearbook 2011*, str. 23, www.icisa.org (22.05.2011).

Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93).

Kodeks karny (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r.).

Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2010, http://www.knf.gov.pl (19.03.2011).

Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń 2007, http://www.knf.gov.pl (19.03.2011).

Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń 2008, http://www.knf.gov.pl (19.03.2011).

Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń 2009, http://www.knf.gov.pl (19.03.2011).
Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych,* Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 2006.
Kukiełka J., *Gwarancje z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń,* „PUSiG" 1998, nr 4.
Kukiełka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia finansowe: Gwarancje ubezpieczeniowe Ubezpieczenia transakcji kredytowych,* Branta, Bydgoszcz 2003.
Lisowski J., *Ubezpieczenia finansowe*, w: J. Gniadek, J. Lisowski, *Ubezpieczenia majątkowe*, Katalog, Poznań 1999.
Lisowski J., *Ubezpieczenie kredytu i gwarancje ubezpieczeniowe*, w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.
Majewski P., *Analiza przestępczości ubezpieczeniowej w 2009 r.* (prezentacja), http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/PIU_SGH_Majewski.pdf (16.12.2010).
Michalik L., Seliga D., Ubezpieczenia finansowe, w: Monkiewicz J., *Podstawy ubezpieczeń, tom II – produkty,* Poltext, Warszawa 2001.
Nawracała J., *Gwarancje w obrocie gospodarczym*, „Gazeta Podatkowa", nr 200 z 12 sierpnia 2005.
OECD, *National Accounts,* http://stats.oecd.org (19.03.2011).
Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości http://www.parp.gov.pl (22.05.2011).
Szpunar A., *Glosa do uchwały 7 sędziów z 16 kwietnia 1993*, III CZP 16/93, PiP.
Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe, red. R. Holly, Poltext, Warszawa 2003.
Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1154, ze zm.).

Surety Bond Market In Poland – summary

The following article attempts to capture and describe surety bonds, which can be regarded as a very heterogeneous phenomenon. Additionally, the attempt focuses almost entirely on the Polish market. The article is divided into five chapters. The first one draws attention to the specificity of surety bonds, which is independent of location: what sets them apart from the rest of the products offered by insurance companies. The remaining chapters focus on the local specificity. In order to describe the Polish surety bond market, the second chapter takes a closer look at Polish law regarding surety bonds. Historical market data's analysis makes the core of chapter 3. The analysis covers 17 years (from 1994 to 2010). The fourth chapter highlights crimes connected with surety bonds. Despite the fact that the phenomenon is not extensive, single losses are very costly and it is relatively difficult to detect cases in which bonds are obtained fraudulently. The final part tries to predict the future of surety bonds in Poland.

TOMASZ NOWAK *– jest studentem studiów magisterskich w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.*

VARIA

TADEUSZ SZUMLICZ

Zaufanie społeczne do zakładów ubezpieczeń

Od początku transformacji gospodarczej obserwujemy stały wzrost znaczenia instytucji finansowych i zainteresowania ich działalnością. Instytucje te stały się bowiem bardzo ważne nie tylko dla funkcjonujących w otoczeniu rynkowym przedsiębiorstw, ale także dla gospodarstw domowych, które zarządzając swoimi finansami, z instytucji tych coraz powszechniej korzystają i są od nich w sensie ekonomicznym w istotnym stopniu uzależnione.

Warto zauważyć, że w przypadku zakładów ubezpieczeń **zaufanie publiczne** wynika formalnie z posiadanego zezwolenia na prowadzenie ściśle określonej działalności finansowej oraz sprawowanego nadzoru nad instytucjami finansowymi (sformułowanie: „zakład ubezpieczeń jako instytucja zaufania publicznego"). Tak więc, w tym przypadku, chodzi nie tyle o uzyskanie zaufania publicznego, które można by potraktować formalnie, ile o zdobycie **zaufania społecznego**, czyli czegoś znacznie więcej – bycie darzonym zaufaniem.

Zaufanie społeczne, jakie posiadają zakłady ubezpieczeń, próbuje od 2003 r., w pewnym zakresie, ustalić badanie Diagnoza Społeczna[1]. Odpowiedź otrzymujemy na tle reputacji innych instytucji finansowych. Interesująca jest możliwość porównywania zdań na ten temat w dłuższym okresie, chociaż w obecnej sytuacji, kryzysu finansowego, szczególne znaczenie mają dane z Diagnoz 2007, 2009 i 2011.

1. Diagnoza Społeczna jest badaniem panelowym („powracającym" do tych samych respondentów). Dla warunków życia jednostką badaną jest gospodarstwo domowe, a dla jakości życia poszczególni jego członkowie. Warunki życia mierzone są metodą wywiadu bezpośredniego z jednym przedstawicielem gospodarstwa domowego (osobą najlepiej zorientowaną w sytuacji gospodarstwa domowego). Jakość życia mierzona jest natomiast metodą samodzielnego wypełniania kwestionariusza przez respondentów, którymi są wszyscy dostępni członkowie badanych gospodarstw domowych w wieku 16 i więcej lat. Pierwsze badanie miało miejsce w marcu 2000 r., a kolejne – również w marcu w latach 2003, 2005, 2007, 2009 i 2011 (badanie zawsze prowadzone jest w marcu, co służyć ma wytrąceniu efektu sezonowości, ale w latach 2009 i 2011, ze względu na wielkość próby, pomiar przedłużył się do kwietnia). Pytanie o zaufanie do instytucji finansowych po raz pierwszy wprowadzono do „Diagnozy Społecznej 2003". W *Diagnozie Społecznej 2011 – Warunki i jakość życia Polaków* uczestniczyła reprezentatywna próba 12 387 gospodarstw domowych obejmująca 26 453 ich członków, indywidualnych respondentów w wieku 16 i więcej lat. Merytorycznie za badanie odpowiedzialna jest Rada Monitoringu Społecznego, pracująca pod kierunkiem Janusza Czapińskiego (profesora UW i Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie). Autor tego tekstu odpowiada w Radzie za części badania poświęconego instytucjom finansowym oraz ubezpieczeniom i funduszom emerytalnym.

Zróżnicowanie zaufania do wybranych instytucji finansowych, wyrażane przez dorosłych członków gospodarstw domowych, w zależności od takich cech respondentów, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, dochody i status społeczno-zawodowy, szczegółowo obrazuje Tabela 1. W Diagnozie Społecznej 2011 uwzględniono stopień zaufania do: Narodowego Banku Polskiego (NBP), banków komercyjnych (banki), otwartych funduszy emerytalnych (OFE), zakładów ubezpieczeń (ZU), giełdy i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Już na wstępie można stwierdzić, że w Polsce stosunek do instytucji finansowych był i jest dość krytyczny, ale – co warto mocno podkreślić – w latach 2003–2007 można było mówić o wzroście zaufania do instytucji finansowych. Od 2009 r. obserwujemy niestety dramatyczne nadszarpnięcie tego zaufania, przede wszystkim na skutek poważnej niestabilności rynków finansowych.

Okazuje się, że obecnie największe zaufanie występuje do Narodowego Banku Polskiego (73,7 proc.)[2]. Do pozostałych instytucji finansowych obejmowanych badaniem w 2011 r. zaufanie jest znacznie mniejsze i bardziej zróżnicowane. Wyróżniają się *in plus* banki, do których zaufanie ma 40,9 proc. badanych oraz *in minus* giełda, do której zaufanie ma 19,5 proc. badanych, ale trzeba zauważyć, że na skutek spadku zaufania do banków[3], różnica w stopniu zaufania do tych instytucji znacznie zmalała: z 55. punktów procentowych do 21. punktów procentowych (w 2007 r. zaufanie do banków deklarowało ok. 77 proc., a do giełdy ok. 22 proc. pośród tych, co mieli zdanie).

Oczywiście bardzo zróżnicowany jest poziom zaufania społecznego do poszczególnych instytucji ze strony wyszczególnionych grup demograficznych i społeczno-ekonomicznych (Tabela 1). Ze względu na płeć największe różnice są w zaufaniu do giełdy (większe wśród mężczyzn) i ZUS (większe wśród kobiet). Ze względu na wiek największe różnice są w zaufaniu do ZUS (większe wśród starszych) i OFE (większe wśród młodszych). Ze względu na miejsce zamieszkania największe różnice występują w zaufaniu do banków i giełdy (w obu przypadkach większe zaufanie u mieszkańców większych miast niż wsi). Również ze względu na dochody największe różnice występują w zaufaniu do banków i giełdy (w obu przypadkach większe zaufanie u członków gospodarstw domowych lepiej sytuowanych). Status społeczno-zawodowy najbardziej różnicuje zaufanie do ZUS (większe – u emerytów i rencistów, mniejsze – u uczniów i studentów).

Tabela 1. Zaufanie do instytucji finansowych (pośród tych, którzy mają na ten temat zdanie) w 2011 r. (proc.)

Wyszczególnienie	NBP	Banki	OFE	ZU	Giełda	ZUS
Ogółem	73,7	40,9	21,7	**26,3**	19,5	33,3
Płeć						
Mężczyźni	71,6	41,3	21,8	**26,1**	22,9	28,9
Kobiety	75,8	40,4	21,6	**26,5**	15,7	37,6
Wiek						
do 24 lat	70,6	46,9	28,5	**29,5**	25,9	21,6
25–34 lata	71,8	50,6	26,9	**27,5**	25,0	20,3

2. NBP nie był dotąd uwzględniany w badaniu Diagnoza Społeczna.
3. Można rozważać, czy statystyczny spadek zaufania do banków komercyjnych nie wynika z wprowadzenia do badania rozróżnienia na NBP i banki komercyjne.

35–44 lata	73,9	45,0	23,8	**27,1**	20,4	20,7
45–59 lat	74,1	33,8	18,6	**24,1**	15,4	31,1
60–64 lata	78,2	35,2	10,8	**23,3**	13,8	49,1
65 i więcej lat	75,0	33,0	12,3	**26,8**	12,1	62,3
Miejsce zamieszkania						
Miasta ponad 500 tys.	77,0	53,4	25,4	**29,0**	35,0	25,6
Miasta 200–500 tys.	73,7	46,8	24,7	**24,8**	20,3	29,5
Miasta 100–200 tys.	70,9	46,8	23,8	**26,3**	20,6	31,9
Miasta 20–100 tys.	73,8	39,4	21,3	**26,6**	19,3	36,0
Miasta < 20 tys.	75,9	35,4	19,9	**24,5**	16,1	36,2
Wieś	72,0	35,1	19,5	**26,2**	13,6	35,3
Województwo						
Dolnośląskie	73,6	44,3	24,3	**25,8**	20,6	28,8
Kujawsko-pomorskie	73,9	41,9	17,9	**26,7**	17,5	34,1
Lubelskie	77,2	38,3	20,2	**29,8**	21,1	38,3
Lubuskie	73,1	39,5	15,3	**26,7**	18,2	33,9
Łódzkie	74,7	41,5	16,6	**31,5**	27,2	30,3
Małopolskie	73,7	42,4	24,4	**23,9**	18,8	29,7
Mazowieckie	72,1	41,5	21,2	**25,5**	22,0	30,1
Opolskie	76,0	43,7	21,2	**24,4**	11,4	40,4
Podkarpackie	80,6	36,2	19,5	**33,3**	15,9	36,1
Podlaskie	74,0	33,9	18,5	**20,7**	11,9	29,0
Pomorskie	76,6	48,9	27,2	**28,4**	22,3	35,8
Śląskie	67,8	39,6	19,7	**20,2**	16,9	33,4
Świętokrzyskie	77,9	41,7	22,6	**28,0**	18,3	33,3
Warmińsko-mazurskie	81,4	44,3	25,5	**31,7**	18,8	47,2
Wielkopolskie	69,2	38,3	22,8	**27,4**	18,2	32,7
Zachodniopomorskie	74,7	32,2	27,4	**25,4**	22,0	37,7
Wykształcenie						
Podstawowe i niższe	65,7	29,1	16,8	**24,3**	10,0	50,7
Zasadnicze/gimnazjum	69,4	33,2	19,6	**25,6**	14,0	32,8
Średnie	75,6	40,4	21,0	**25,8**	18,0	31,0
Wyższe i policealne	79,7	54,5	26,4	**28,5**	30,6	26,7
Dochód na jedną osobę						
Dolny kwartyl	66,9	34,4	20,4	**24,9**	11,7	29,3
Środkowe 50%	73,6	37,5	19,9	**24,6**	17,4	35,5
Górny kwartyl	79,6	50,0	24,7	**30,6**	28,3	34,6
Status społeczno-zawodowy						
Sektor publiczny	77,6	43,4	24,6	**28,5**	22,3	24,6
Sektor prywatny	70,6	44,5	25,3	**25,3**	21,2	20,4
Prywatni przedsiębiorcy	75,9	49,5	24,3	**27,3**	27,6	21,2
Rolnicy	77,6	35,4	18,1	**32,7**	12,2	26,1
Renciści	68,7	29,8	14,7	**22,4**	10,3	53,3
Emeryci	76,8	33,8	11,5	**25,0**	13,2	58,8
Uczniowie i studenci	75,4	52,0	27,6	**29,9**	29,8	19,0
Bezrobotni	65,4	33,0	20,0	**21,9**	13,7	25,2
Inni bierni zawodowo	73,5	40,5	20,8	**27,9**	16,6	29,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2011.

Na pytanie „czy ma Pan(i) zaufanie do towarzystw ubezpieczeniowych?"[4] – odsetek odpowiedzi pozytywnych, pośród tych, co mają zdanie, w badaniu z tego roku wyniósł 26 proc. (zob. bardziej szczegółowe dane w Tabeli 2). Poprzednie badanie z 2007 r.[5] pokazywało zaufanie do zakładów ubezpieczeń życiowych wynoszące 49 proc. (2005 r. – 43 proc.; 2003 r. – 39 proc.) oraz zaufanie do zakładów ubezpieczeń majątkowych wynoszące 34 proc. (2005 r. – 28 proc., 2003 r. – 27 proc.). Można zatem mówić o znaczącym spadku zaufania do firm ubezpieczeniowych. Trudno jednak tym razem ustalić, jaki wpływ na ten ogólny wizerunek mają poszczególne działy działalności ubezpieczeniowej.

Na uwagę zasługuje niepokojący fakt, że najniższe zaufanie do zakładów ubezpieczeń, jeżeli je wyrażać brakiem zaufania wśród wszystkich respondentów (Tabela 2), mają bardzo ważne grupy społeczno-zawodowe: prywatni przedsiębiorcy (49,7 proc.), pracujący w sektorze prywatnym (46,1 proc.) oraz osoby z wykształceniem wyższym i policealnym (45,5 proc.).

Tabela 2. Zaufanie do zakładów ubezpieczeń w 2011 r. (proc.)

Wyszczególnienie	TAK	NIE	Nie mam zdania
Ogółem	14,1	39,6	46,3
Płeć			
Mężczyźni	15,3	43,2	41,5
Kobiety	13,1	36,3	50,6
Wiek			
do 24 lat	12,9	30,9	56,2
25–34 lata	16,8	44,3	38,9
35–44 lata	16,4	44,3	39,3
45–59 lat	13,6	42,9	43,5
60–64 lata	12,1	40,0	47,9
65 i więcej lat	11,1	30,4	58,5
Miejsce zamieszkania			
Miasta ponad 500 tys.	17,4	42,5	40,1
Miasta 200–500 tys.	14,8	44,6	40,6
Miasta 100–200 tys.	14,4	40,4	45,2
Miasta 20–100 tys.	14,7	40,7	44,6
Miasta < 20 tys.	13,2	40,7	46,1
Wieś	12,8	36,1	51,1
Województwo			
Dolnośląskie	14,5	41,7	43,8
Kujawsko-pomorskie	14,5	39,8	45,7
Lubelskie	14,7	34,6	50,7
Lubuskie	13,9	38,3	47,8
Łódzkie	17,6	38,2	44,2
Małopolskie	12,3	39,2	48,5

4. W Diagnozie Społecznej 2011 nie uwzględniono podziału na zakłady ubezpieczeń „życiowych" (Dział I – ubezpieczenia na życie) i zakłady ubezpieczeń „majątkowych" (Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe), a także używano nieformalnego (towarzystwa ubezpieczeniowe) nazewnictwa zakładów ubezpieczeń, które wydaje się lepiej potocznie zrozumiałe.
5. W 2009 r. badaniem w ogóle nie objęto zakładów ubezpieczeń.

Mazowieckie	14,0	40,8	45,2
Opolskie	13,7	42,3	44,0
Podkarpackie	14,1	28,1	57,8
Podlaskie	10,9	41,9	47,2
Pomorskie	15,9	40,3	43,8
Śląskie	11,0	43,5	45,5
Świętokrzyskie	15,2	39,3	45,5
Warmińsko-mazurskie	19,3	41,6	39,1
Wielkopolskie	14,8	39,4	45,8
Zachodniopomorskie	13,4	39,2	47,4
Wykształcenie			
Podstawowe i niższe	9,6	30,0	60,4
Zasadnicze/gimnazjum	13,0	37,9	49,1
Średnie	14,4	41,5	44,1
Wyższe i policealne	18,2	45,6	36,2
Dochody na jedną osobę			
Dolny kwartyl	12,1	36,6	51,3
Środkowe 50%	12,9	39,7	47,4
Górny kwartyl	18,5	41,8	39,7
Status społeczno-zawodowy			
Sektor publiczny	17,7	44,3	38,0
Sektor prywatny	15,6	46,1	38,3
Prywatni przedsiębiorcy	18,7	49,7	31,6
Rolnicy	17,4	35,9	46,7
Renciści	9,6	33,2	57,2
Emeryci	11,6	34,6	53,8
Uczniowie i studenci	13,1	30,6	56,3
Bezrobotni	11,3	40,4	48,3
Inni bierni zawodowo	14,0	36,2	49,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie Diagnozy Społecznej 2011.

Najogólniej mówiąc, dramatyczna sytuacja na rynkach finansowych powoduje poważny spadek zaufania do instytucji finansowych, i to nie tylko do tych instytucji, które oferują produkty oszczędnościowe i inwestycyjne. Zmiana tego stosunku wymaga czasu, co dotyczy zwłaszcza mieszkańców większych miast, osób legitymujących się najwyższym wykształceniem, osób najlepiej sytuowanych materialnie, przedsiębiorców prywatnych i osób pracujących w sektorze publicznym, których relatywnie wyższe zaufanie do instytucji finansowych zostało ostatnio najwyraźniej zachwiane. Bez stopniowego odbudowywania zaufania społecznego do instytucji finansowych funkcjonowanie gospodarki i rozwój społeczny będą poważnie utrudnione. Dotyczy to również wzrostu zaufania do zakładów ubezpieczeń, choć można przyjąć, że o niskim jego poziomie póki co nie decyduje na szczęście zagrożenie realnej ochrony ubezpieczeniowej. Najwyraźniej na obniżenie zaufania do zakładów ubezpieczeń wpływa trudniejsza sytuacja na rynku finansowym w ogóle.

PROF. ZW. DR HAB. TADEUSZ SZUMLICZ *jest kierownikiem Katedry Ubezpieczenia Społecznego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.*

VARIA

ANNA JĘDRZYCHOWSKA
PATRYCJA KOWALCZYK-RÓLCZYŃSKA

Konferencja Katedr Finansów. Kudowa-Zdrój, 12–14 września 2011 r.

W dniach 12–14 września 2011 r. w Kudowie-Zdroju odbyła się kolejna edycja Konferencji Katedr Finansów. Organizatorami spotkania były: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz następujące katedry tej uczelni: Bankowości, Finansów, Finansów Przedsiębiorstwa i Zarządzania Wartością, Finansów Publicznych i Międzynarodowych, Inwestycji Finansowych i Zarządzania Ryzykiem, Finansów i Rachunkowości, Ubezpieczeń oraz Zarządzania Finansami Przedsiębiorstwa. Komitetowi naukowemu konferencji przewodniczył prof. dr hab. Krzysztof Jajuga. Wydarzenie odbywało się pod honorowym patronatem Komitetu Nauk o Finansach PAN oraz Rektora Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Przemówienia inauguracyjne wygłosili: Dyrektor Instytutu Zarządzania Finansami UE, prof. zw. dr hab. Krzysztof Jajuga; Rektor UE, prof. zw. dr hab. Bogusław Fiedor oraz Burmistrz Miasta Kudowa-Zdrój, Czesław Kręcichwost. Po powitaniu uczczono minutą ciszy pamięć zmarłego prof. zw. dra hab. Adama Szewczuka.

W konferencji uczestniczyło prawie 350 osób, w tym przedstawiciele z obszaru finansów polskich uczelni, przedstawiciele najważniejszych instytucji polskiego rynku finansowego, a także reprezentanci przedsiębiorstw. Konferencja była uznanym wydarzeniem w akademickim świecie finansów, tworzyła platformę wymiany myśli i doświadczeń oraz integracji nauki i praktyki. Dyskusja plenarna dotyczyła aktualnych problemów związanych m.in. z kryzysem gospodarczym, polityką fiskalną i monetarną. Obrady w sekcjach podzielono tematycznie na działy: bankowość, finanse przedsiębiorstw, finanse publiczne, rynek finansowy i ubezpieczenia.

Efektem konferencji są recenzowane tomy Prac Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego z serii „Finanse – nowe wyzwania teorii i praktyki": „Bankowość", „Finanse przedsiębiorstw", „Finanse publiczne", „Problemy wiodące", „Rynek finansowy" i „Ubezpieczenia". Prace recenzowało ponad dwudziestu profesorów z różnych ośrodków naukowych. W ramach opracowania „Ubezpieczenia" opublikowano 17 artykułów o zróżnicowanej tematyce; można je pogrupować ze względu na następujące obszary badawcze:

– Ubezpieczenia emerytalne i społeczne – 4 artykuły,
– Ubezpieczenia w działalności gospodarczej – 3 artykuły,

– Ubezpieczenia finansowe – 4 artykuły,
– Funkcjonowanie rynków ubezpieczeniowych – 4 artykuły,
– Ubezpieczenia komunikacyjne – 1 artykuł,
– Ubezpieczenia lasów – 1 artykuł.

W drugim dniu konferencji, w ramach sesji równoległych, odbyło się spotkanie pracowników katedr naukowo zajmujących się problematyką ubezpieczeniową oraz praktyków tego obszaru rynku. Sesji poświęconej ubezpieczeniom przewodniczyła prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowec, która omówiła zagadnienia poruszane w referatach nadesłanych na konferencję przez osoby zajmujące się ubezpieczeniami. Po wysłuchaniu referatu prof. dra hab. Tadeusza Szumlicza rozpoczęto dyskusję na temat polskiego sektora emerytalnego – jego sytuacji oraz zaistniałych w nim zmian. W dalszej części dyskusji (po referatach dr Anny Jędrzychowskiej oraz dr Ewy Poprawskiej) skupiono uwagę na ubezpieczeniach komunikacyjnych, stanowiących znaczący obszar ubezpieczeń majątkowych w Polsce. Na zakończenie wszystkie rozważania połączył w swoim wystąpieniu prezes PZU, dr Witold Jaworski. Wskazał on kluczowe obszary, które są znaczące dla praktyki ubezpieczeniowej i które często pojawiają się w prezentowanych pracach naukowych, a mianowicie: rentowność produktów ubezpieczeniowych, dobry underwriting oraz sieć współpracy między ubezpieczycielami i bankami (bankassurance).

W trakcie konferencji odbyło się spotkanie Samodzielnych Pracowników Nauki. Podczas uroczystej kolacji wręczono prof. Irenie Pyce z Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach nagrodę Komitetu Nauk o Finansach PAN. W ten sposób uhonorowano ją za książkę pt. *Bank centralny na współczesnym rynku pieniężnym*.

Szczegółowe informacje: www.kkf2011.ue.wroc.pl.

dr Anna Jędrzychowska,
dr Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska,
Katedra Ubezpieczeń,
Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.