

**REDAKCJA  
NAUKOWA**

**MACIEJ CYCOŃ**

**TOMASZ JEDYNAK**

**PRZYSZŁOŚĆ  
UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH  
W KONTEKŚCIE  
GLOBALNYCH WYZWAŃ**

**PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ 2023**

FUNDACJA UNIwersYTETU EKONOMICZNEGO W KRAKOWIE



**Przyszłość ubezpieczeń gospodarczych w kontekście  
globalnych wyzwań  
Przegląd Ubezpieczeń 2023/1**

redakcja naukowa

Maciej Cycoń

Tomasz Jedynak

Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

Kraków, lipiec 2023

Recenzenci  
Dr Anna Dankiewicz  
Dr Robert Dankiewicz  
Dr hab. Robert Kurek, prof. UEW

ISBN 978-83-65907-75-2  
pdf online

Publikacja została wydana w ramach projektu „Przyszłość ubezpieczeń gospodarczych i społecznych w kontekście globalnych wyzwań” realizowanego przez Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management” oraz Katedrę Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń w latach 2022-2023.

Poszczególne rozdziały nie były przez Wydawcę zmieniane ani korygowane pod względem edytorskim i zostały zamieszczone w oryginalnej formie przygotowanej przez autora.

© Copyright by Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2023

Wydawnictwo:  
Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie  
ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków

## Spis treści

Wstęp .....	6
Rozdział 1 Ocena ryzyka upadłości przedsiębiorstw z wykorzystaniem modeli dyskryminacyjnych.....	8
1.1. Wprowadzenie .....	8
1.2. Problem upadłości przedsiębiorstw .....	10
1.3. Metody oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw .....	17
1.4. Ocena zagrożenia upadłością Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	27
1.5. Zagrożenie upadłością Pharmena S.A. na tle innych spółek notowanych na GPW z sektora produkcja leków .....	34
1.6. Zakończenie .....	39
Literatura .....	41
Rozdział 2 Reasekuracja towarzystw ubezpieczeniowych w Polsce w latach 2011-2021.....	44
2.1. Wprowadzenie .....	44
2.2. Formy prowadzenia działalności reasekuracyjnej w Polsce.....	45
2.3. Reasekuracja a ryzyko w branży ubezpieczeniowej.....	51
2.4. Reasekuracja na polskim rynku ubezpieczeń w latach 2011-2021 .....	58
2.5. Podsumowanie .....	65
Literatura .....	66
Rozdział 3 Postawy społeczeństwa polskiego wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych .....	68
3.1. Wprowadzenie .....	68
3.2. Istota przestępczości ubezpieczeniowej .....	69
3.3. Zjawisko przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych w Polsce w latach 2017-2021.....	77
3.4. Metodyka badań własnych.....	84
3.5. Świadomość Polaków w obszarze przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych.....	86
3.6. Postawy społeczeństwa wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych.....	92
3.7. Podsumowanie .....	98
Literatura .....	100
Rozdział 4 Zjawisko missellingu na polskim rynku ubezpieczeń na życie.....	101
4.1. Wprowadzenie .....	101
4.2. Istota missellingu i przesłanki jego występowania.....	102
4.3. Problem missellingu na polskim rynku ubezpieczeniowym w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego .....	109
4.4. Rozwiązania systemowe służące ochronie interesów klienta.....	116
4.5. Podsumowanie .....	122
Literatura .....	124
Rozdział 5 Funkcjonowanie polskiego rynku ubezpieczeń na życie w czasie pandemii Covid-19.....	127
5.1. Wprowadzenie .....	127
5.2. Specyfika i istota ubezpieczeń z działu I.....	128

---

5.3. Determinanty rozwoju ubezpieczeń na życie.....	134
5.4. Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2017-2021.....	139
5.4.1 Składka przypisana brutto .....	139
5.4.2 Wyłacone świadczenia z tytułu zawarcia umów ubezpieczeń na życie .....	142
5.4.3 Wynik techniczny zakładów ubezpieczeń na życie.....	143
5.5. Perspektywy dla rynku ubezpieczeń na życie.....	144
5.6. Podsumowanie .....	147
Literatura .....	148
Rozdział 6 Determinanty popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce .....	150
6.1. Wprowadzenie .....	150
6.2. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia .....	152
6.3. Determinanty rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.....	160
6.4. Popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce w świetle wyniku własnych badań ankietowych .....	171
6.5. Podsumowanie .....	182
Literatura .....	183
Rozdział 7 Wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii – analiza komparatywna .....	186
7.1. Wprowadzenie .....	186
7.2. Organizacja rynku ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii .....	188
7.2.1 Jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej .....	188
7.2.2 Publicznoprawne podstawy rynku ubezpieczeń w Polsce .....	192
7.2.3 Publicznoprawne podstawy rynku ubezpieczeń w Hiszpanii .....	196
7.3. Postawy polskich i hiszpańskich społeczeństw wobec ubezpieczeń w świetle wyników własnych badań ankietowych .....	201
7.3.1 Metodyka badań .....	201
7.3.2 Postawy społeczeństwa wobec ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii .....	202
7.4. Czynniki wpływające na wydatki na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii na podstawie wyników własnych badań ankietowych .....	208
7.5. Podsumowanie .....	215
Literatura .....	217
Spis tabel .....	219
Spis rysunków .....	221

## Wstęp

Przedkładana do rąk czytelnika monografia porusza problematykę przyszłości ubezpieczeń gospodarczych w Polsce w kontekście globalnych wyzwań. W obliczu dynamicznych zmian, takich jak rozwój technologii, zmiany klimatyczne, postępująca globalizacja, a także powiązane z nimi czynniki ekonomiczne i społeczne, sektor ubezpieczeń stanął w obliczu nowych perspektyw, które w istotnym stopniu oddziałują na kształtowanie się przyszłości branży ubezpieczeniowej. Innym czynnikiem, który istotnie wpłynął na sektor ubezpieczeń w ostatnich latach była pandemia COVID-19, która miała nie tylko poważne skutki zdrowotne i społeczne, ale również odcisnęła ogromne piętno na gospodarce. Branża ubezpieczeniowa musi także mierzyć się z pośrednimi konsekwencjami agresji rosyjskiej na Ukrainę, w tym zwiększonym ryzykiem politycznym. Ważnym dla sektora aspektem jest również dynamiczny rozwój sztucznej inteligencji, który zmienia dotychczas stosowane narzędzia oceny ryzyka, zarządzania roszczeniami, wyceny szkód i personalizacji oferty ubezpieczeniowej.

Problemy i wyzwania wynikające z zasygnalizowanych wyżej okoliczności stanowiły inspirację do podjęcia badań prezentowanych w tej monografii. Badania te prowadzone były przez studentów Koła Naukowego Ubezpieczeń „Risk Management” oraz pracowników Katedry Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie w ramach projektu „Przyszłość ubezpieczeń gospodarczych i społecznych w kontekście globalnych wyzwań”. Poza przedkładaną monografią efektem wspomnianego projektu jest również druga publikacja pt. „Przyszłość systemów zabezpieczenia emerytalnego w kontekście globalnych wyzwań” napisana pod redakcją prof. Tomasza Jedynaka i dr. Macieja Cyconia.

Autorzy poszczególnych rozdziałów składających się na tę monografię przeprowadzili wnikliwą analizę aktualnych trendów, które pozwalają spojrzeć na przyszłość ubezpieczeń gospodarczych. W naszym przekonaniu lektura niniejszej pracy pozwoli zrozumieć jak globalne wyzwania wpływają na sektor ubezpieczeń oraz jak może on dostosować się i wykorzystać pojawiające się zmiany na ścieżce dalszego rozwoju.

Autorka rozdziału pierwszego podejmuje niezwykle istotną dla zakładów ubezpieczeń oferujących gwarancje ubezpieczeniowe oraz ubezpieczenia należności handlowych problematykę oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw z wykorzystaniem modeli dyskryminacyjnych.

Rozdział drugi podejmuje tematykę funkcjonowaniu rynku reasekuracji w Polsce w latach 2011-2021 z uwzględnieniem specyfiki Działu I oraz Działu II. W rozdziale trzecim, na podstawie danych PIU autorka badała zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej w sektorze ubezpieczeń majątkowych oraz na podstawie własnych badań kwestionariuszowych podjęła się próby analizy postaw Polaków wobec tego zjawiska. W centrum rozważań rozdziału czwartego znajduje się misselling w ubezpieczeniach na życie. W pierwszej kolejności autorka podjęła próbę analizy przesłanek występowania misselingu, a następnie oceniła skalę problemu misselingu na rynku polskim. W rozdziale piątym autor opisuje rozwój rynku ubezpieczeń życiowych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pandemii COVID-19 na ten dział. Rozdział szósty koncentruje się na identyfikacji determinant popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce, która została przeprowadzona na podstawie autorskich badań ankietowych. Monografię zamyka rozdział, w którym autorka porównuje wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii, na podstawie danych zastanych oraz własnych badań prowadzonych równoległe w obu krajach.

Liczymy, że przekazywana w ręce czytelników monografia będzie stanowić wartościowe źródło wiedzy nie tylko dla studentów i ludzi nauki, ale również szerokiego grona praktyków zajmujących się problematyką ubezpieczeń. Wierzymy również, że publikacja będzie źródłem inspiracji dla kolejnych badań mających na celu zgłębienie złożonej problematyki funkcjonowania współczesnego rynku ubezpieczeniowego.

Przedkładana publikacja nie powstałaby bez wsparcia licznego grona osób. Poza autorami poszczególnych rozdziałów i redaktorami naukowymi, w badaniach, których efektem jest niniejsza książka brali również udział studenci z Koła Naukowego Ubezpieczeń „Risk Management”, których nie sposób wymienić tutaj wszystkich z imienia i nazwiska. Za okazane wsparcie w procesie wydawniczym dziękujemy pracownikom Fundacji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Ponadto szczególne podziękowania należą się recenzentom – prof. Robertowi Kurkowi z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz dr Annie Dankiewicz oraz dr. Robertowi Dankiewiczowi z Politechniki Rzeszowskiej.

*Maciej Cycoń*

*Tomasz Jedynak*

## Rozdział 1

# Ocena ryzyka upadłości przedsiębiorstw z wykorzystaniem modeli dyskryminacyjnych

Dagmara Jodłowska<sup>1</sup>

### 1.1. Wprowadzenie

Upadłość przedsiębiorstw stanowi nieodłączny element każdej światowej gospodarki oraz jest swego rodzaju regulatorem całego systemu wolnorynkowego. Dzięki niej na miejsce nieefektywnych przedsiębiorstw pojawiają się nowe, potrafiące lepiej wykorzystywać posiadane przez siebie zasoby. Upadłość przedsiębiorstw jest więc zjawiskiem naturalnym i może mieć korzystny wpływ na globalną gospodarkę. Wywołuje ona jednak wiele negatywnych skutków w skali mikro, w szczególności dla właścicieli, pracowników oraz dla jednostek, które utrzymywały stosunki gospodarcze z daną firmą. Pomimo tego, że nie da się całkowicie zapobiec zjawisku bankructw przedsiębiorstw, istnieją sposoby pozwalające na jego wcześniejsze wykrycie.

W artykule zbadane zostało ryzyko upadłości przedsiębiorstwa Pharmena S.A. w latach 2016-2021. Jest to polska firma biotechnologiczna założona przez naukowców z Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zajmuje się ona sprzedażą i produkcją dermokosmetyków, suplementów diety oraz opracowywaniem innowacyjnych preparatów leczniczych, powstałych na bazie opatentowanej cząsteczki 1-MNA.

Problem badawczy został sformułowany w postaci następujących pytań: *Jakie są symptomy oraz przyczyny zagrożenia kontynuacji działalności? Przy pomocy jakich metod można wykryć ryzyko upadłości przedsiębiorstw? Czy w latach 2016-2021 Pharmena S.A. była zagrożona upadłością? Czy ryzyko zaprzestania działalności przez Pharmena S.A. wzrastało względem pozostałych firm notowanych na GPW należących do indeksu WIG-LEKI?*

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2022 r.



Przeprowadzone badania empiryczne pozwolą na weryfikację poniższych hipotez:

H1: Pharmena S.A. była zagrożona upadłością w latach 2016-2021.

H2: W latach 2016-2021 wzrastało ryzyko upadłości Pharmena S.A. względem pozostałych spółek notowanych na rynku głównym GPW należących do sektora produkcja leków.

Głównym celem rozdziału jest ocena sytuacji finansowej przedsiębiorstwa Pharmena S.A. z punktu widzenia zagrożenia upadłością. Istotnym elementem jest także przedstawienie ryzyka zaprzestania działalności przez badaną spółkę na tle innych firm o podobnym profilu działalności. Cel badawczy obejmuje również omówienie teoretycznych aspektów dotyczących ryzyka zakończenia działalności przez jednostki oraz przedstawienie kluczowych metod wykorzystywanych do przewidywania upadłości.

Do realizacji powyższych celów badawczych wykorzystano polskie modele dyskryminacyjne prognozujące upadłość. Dokonano również porównania wyników analizy przeprowadzonej dla Pharmena S.A. z wynikami prezentowanymi przez pozostałe firmy należące do tego samego sektora.

Na początku opracowania przedstawiona została problematyka upadłości przedsiębiorstw. Wyjaśnione zostało pojęcie upadłości, jej prawny oraz ekonomiczny aspekt, a także wskazano jej symptomy oraz przyczyny. Następnie zaprezentowana została historia systemów wczesnego ostrzegania, a także opisane zostały wybrane polskie i zagraniczne modele dyskryminacyjne. Podano również wady i zalety stosowania modeli dyskryminacyjnych. W ostatnich dwóch podrozdziałach zaprezentowano wyniki badań stopnia zagrożenia upadłością Pharmena S.A w latach 2016-2021, a także przedstawiono jej kondycję na tle sektora. W tym celu przeanalizowano sprawozdania finansowe wybranych spółek wykorzystując do tego siedem polskich modeli dyskryminacyjnych.

Rozdziały teoretyczne sporządzono w oparciu o literaturę przedmiotu oraz o akty prawne, w szczególności Ustawę Prawo upadłościowe oraz Międzynarodowy Standard Rewizji Finansowej. Do badania empirycznego wykorzystano dane zawarte w jednostkowych sprawozdaniach finansowych oraz sprawozdaniach z działalności zarządu, publikowanych na stronach internetowych analizowanych firm oraz dostępnych w bazie EMIS.

## 1.2. Problem upadłości przedsiębiorstw

Upadłość przedsiębiorstw można ujmować na kilku płaszczyznach. Najczęściej rozważa się ją w aspekcie<sup>2</sup>:

- prawnym – upadłość ogłasza sąd,
- ekonomicznym – upadłość następuje, gdy jednostka trwale utraci zdolność płatniczą i/lub gdy jej zobowiązania przewyższą wartość jej majątku,
- psychologicznym – wiąże się ze świadomością dłużnika lub wierzyciela konsekwencji upadłości.

Upadłość w wymiarze prawnym, w przeciwieństwie do upadłości ekonomicznej, ustalana jest przez sąd. Od 1 stycznia 2016 roku podstawowym aktem prawnym regulującym w Polsce kwestie dotyczące upadłości likwidacyjnej jest Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe<sup>3</sup>. Zasady postępowań naprawczych i układowych określa natomiast Ustawa z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne<sup>4</sup>. Upadłość definiuje się jako rodzaj przymusu zaspokojenia wierzytelności, dopuszczonego w sytuacji, gdy dłużnik jest niewypłacalny, skierowanego do całego jego majątku<sup>5</sup>. Zgodnie z obowiązującymi przepisami upadłość ogłasza się w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny<sup>6</sup>. Niewypłacalnością nazywa się taki stan finansowy dłużnika, w którym utracił on zdolność do wykonywania swoich wymagalnych zobowiązań pieniężnych<sup>7</sup>. Nie uważa się natomiast podmiotu za niewypłacalny, jeżeli ma on tylko tymczasowe problemy z regulacją swoich długów, ponieważ zgodnie z przepisami prawnymi, zakłada się, że opóźnienie w regulowaniu zobowiązań musi przekroczyć trzy miesiące<sup>8</sup>. Obok przesłanki niewykonywania zobowiązań występuje również przesłanka bilansowa. Zgodnie z nią podmiotem niewypłacalnym jest podmiot, którego majątek ma mniejszą wartość niż jego zobowiązania i ten stan trwa co najmniej 24 miesiące<sup>9</sup>.

---

<sup>2</sup> A. Hołda, *Zasada kontynuacji działalności i prognozowanie upadłości w polskich realiach gospodarczych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006 s. 54.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. *Prawo upadłościowe*, Dz. U. 2003 poz. 535 z późn. zm., w skrócie: PrUp.

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 15 maja 2015 r. *Prawo restrukturyzacyjne*, Dz.U. 2015 poz. 978 z późn. zm.

<sup>5</sup> T. Korol, B. Prusak, *Upadłość przedsiębiorstw a wykorzystanie sztucznej inteligencji*, wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009, s. 12-13.

<sup>6</sup> Art. 10 PrUp.

<sup>7</sup> Art. 11 ust. 1 PrUp.

<sup>8</sup> Art. 11 ust. 1a PrUp.

<sup>9</sup> Art. 11 ust. 2 i ust. 5 PrUp.

O ogłoszeniu upadłości decyduje sąd gospodarczy, a postępowanie prowadzone jest na wniosek dłużnika lub któregośkolwiek z jego wierzycieli<sup>10</sup>. Upadłość przedsiębiorstwa rozpatrywana w aspekcie prawnym nie jest dobrowolna. Dłużnik jest bowiem zobowiązany, nie później niż w terminie trzydziestu dni od powstania podstaw do ogłoszenia upadłości, do zgłoszenia wniosku o upadłość<sup>11</sup>. Wierzyciel jest do tego uprawniony, więc może, ale nie musi skorzystać z tej możliwości<sup>12</sup>. W przypadku, gdy nie ma szansy na poprawę sytuacji dłużnika i jest on niewypłacalny rozpoczynane jest postępowanie upadłościowe. Jeśli jednak dłużnik jest niewypłacalny lub zagrożony niewypłacalnością i istnieje szansa na polepszenie jego sytuacji rozpoczynane jest postępowanie restrukturyzacyjne, którego celem jest uniknięcie ogłoszenia upadłości<sup>13</sup>.

Istnienie procedury upadłościowej jest kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania gospodarki wolnorynkowej. Występowanie nierentownych przedsiębiorstw, które mają problemy z regulowaniem swoich zobowiązań, ma niekorzystny wpływ na inne przedsiębiorstwa posiadające dobrą sytuację ekonomiczną. Ogłoszenie upadłości źle prosperujących firm stanowi więc ostrzeżenie dla innych uczestników rynku przed wchodzeniem z nimi w relacje biznesowe, które mogłyby wiązać się z poniesieniem strat<sup>14</sup>.

Ujęcie ekonomiczne upadłości wiąże się z sytuacją finansową jednostki. Upadłość ekonomiczna występuje, gdy zachodzi co najmniej jedna z poniższych sytuacji<sup>15</sup>:

- jednostka trwale utraci zdolność do regulowania płatności,
- jednostka nie ma wystarczających zasobów majątkowych na pokrycie swoich zobowiązań, co powoduje powstanie niedoboru majątkowego.

Można ją też definiować jako stan, w którym jednostka nie jest w stanie w dalszym ciągu prowadzić swojej działalności nie uzyskując pomocy z zewnątrz, np. nie otrzymując umorzenia części długów, dokapitalizowania, możliwości spłaty długów w późniejszym terminie lub bez przejęcia przez inne podmioty. Co ważne, nie każda upadłość w aspekcie ekonomicznym oznacza upadłość w rozumieniu prawa, jednak niemal każda upadłość w aspekcie prawnym jest

---

<sup>10</sup> Art. 18 i art. 20 ust. 1 PrUp.

<sup>11</sup> Art. 21 ust. 1 PrUp.

<sup>12</sup> P. Zimmerman, *Prawo upadłościowe. Prawo restrukturyzacyjne. Komentarz*. Wyd. 7, Warszawa 2022.

<sup>13</sup> *Upadłości i restrukturyzacje w Polsce. Wskaźniki prognozujące trudności finansowe oraz wybrane skutki zmian w przepisach z zakresu upadłości i restrukturyzacji*, pwc, [www.pwc.pl](http://www.pwc.pl), dostęp: 9.01.2022 r.

<sup>14</sup> T. Korol, B. Prusak, *op.cit.*, s.16.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 54.

jednocześnie upadłością ekonomiczną<sup>16</sup>. Upadłość w sensie ekonomicznym może być natomiast przesłanką do rozpoczęcia prawnej procedury upadłościowej lub restrukturyzacyjnej. W rzeczywistości jednak często zdarza się, że mimo upadłości ekonomicznej jednostki nie jest rozpoczynane wobec niej postępowanie prawne, jednak jednostka, wobec której rozpoczęto postępowanie restrukturyzacyjne jest bankrutem z ekonomicznego punktu widzenia<sup>17</sup>.

W literaturze dotyczącej upadłości przedsiębiorstw pojawiają się dwa bliskoznaczne pojęcia - symptom i przyczyna upadłości przedsiębiorstwa. Symptom definiuje się jako objaw, oznakę negatywnego zjawiska. Jest on sygnałem ostrzegawczym przed nadciągającym lub istniejącym już kryzysem. Symptomy kryzysu mogą pomóc w prognozowaniu upadłości, jednak nie są sposobem na jej zapobieganie. Przyczyną nazywa się natomiast czynnik, który wywołuje dane zjawisko jako swój skutek<sup>18</sup>.

Informacja o tym jak prosperuje podmiot jest szczególnie ważna nie tylko dla jego kierownictwa, ale też dla odbiorców jego sprawozdań finansowych. W związku z tym każda osoba posiadająca własne przedsiębiorstwo lub pełniąca w nim kierowniczą funkcję powinna posiadać umiejętność przewidywania i prognozowania bankructwa. Wiedza o symptomach zagrożenia kontynuacji działalności daje bowiem możliwość wcześniejszego podjęcia kroków mających na celu poprawę sytuacji jednostki, aby nie doprowadzić do jej upadłości i poniesienia strat przez wierzycieli<sup>19</sup>.

Istnieją różne przesłanki, które pozwalają na wysnucie wniosku o zagrożeniu kontynuacji działalności. Najszerzej symptomy pogarszającej się sytuacji jednostki zostały wyszczególnione w Międzynarodowym Standardzie Rewizji Finansowej nr 570. Podział symptomów zgodnie z MSRF został za-prezentowany na rysunku 1.1.

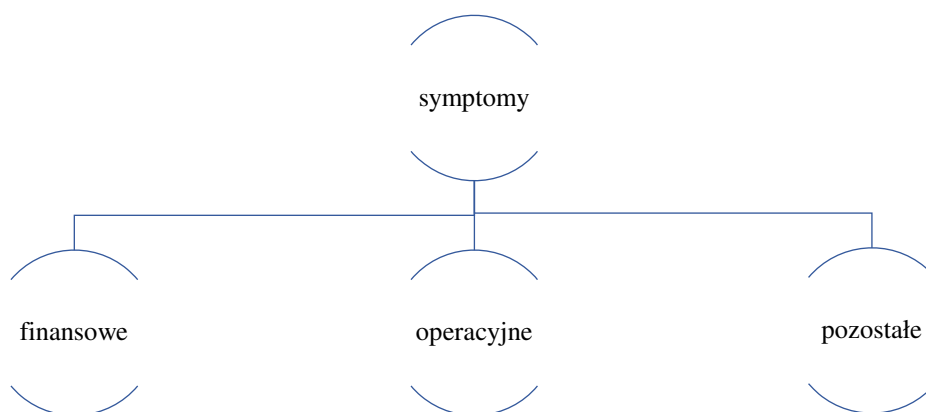
---

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 12.

<sup>17</sup> T. Maślanka, *Płynność finansowa determinantą zdolności kontynuacji działalności przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2019, s. 73.

<sup>18</sup> T. Korol, B. Prusak, *op.cit.*, s. 44.

<sup>19</sup> P. Kopczyński, *Prognozowanie upadłości spółek giełdowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016, s. 79.



**Rysunek 1.1. Podział symptomów zagrożenia kontynuacji działalności wg MSRF**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowy Standard Rewizji Finansowej nr 570 Kontynuacja działalności.

Przykładowe symptomy zagrożenia kontynuacji działalności wyszczególnione w Międzynarodowym Standardzie Rewizji Finansowej nr 570 zostały zaprezentowane w tabeli 1.1.

**Tabela 1.1. Symptomy zagrożenia kontynuacji działalności wg MSRF**

<b>OBJAWY FINANSOWE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rosnący poziom zobowiązań netto, w tym zobowiązań krótkoterminowych</li> <li>– zmiana przez dostawców sprzedaży kredytowej na sprzedaż gotówkową</li> <li>– zaległość w wypłatach dywidend lub ich niewypłacanie</li> <li>– niemożność dotrzymania warunków umów kredytowych</li> <li>– niekorzystne kształtowanie się kluczowych wskaźników finansowych</li> <li>– ujemne przepływy środków pieniężnych netto z okresów przeszłych lub przyszłych</li> <li>– znaczne straty z działalności operacyjnej</li> <li>– nieterminowe regulowanie zobowiązań</li> </ul>
<b>OBJAWY OPERACYJNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– planowana przez kierownictwo likwidacja lub zaniechanie działalności jednostki</li> <li>– utrata istotnych klientów, rynków zbytu, licencji lub głównego dostawcy</li> <li>– braki kadrowe, w tym utrata personelu kierowniczego</li> <li>– niedobór istotnych surowców</li> <li>– zagrożenie zewnętrzne, ze strony konkurentów</li> </ul>
<b>POZOSTAŁE OBJAWY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nieprzestrzeganie wymogów, w tym tych dotyczących kapitałów</li> <li>– możliwość wystąpienia roszczeń wynikających z toczących się procesów sądowych przeciwko jednostce, które najprawdopodobniej nie zostałyby przez nią zaspokojone</li> <li>– zbyt niski poziom lub brak ubezpieczenia od skutków zdarzeń losowych</li> <li>– zmiany przepisów prawa mogące mieć niekorzystny wpływ na jednostkę</li> <li>– zmiany polityki rządowej w sprawach kluczowych dla jednostki</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowy Standard Rewizji Finansowej nr 570 Kontynuacja działalności.

Symptomy wymienione w tabeli 1.1 mogą pojedynczo lub łącznie budzić niepewność co do możliwości kontynuowania przez jednostkę działalności w przyszłości. Ich wystąpienie nie

musi jednak oznaczać, że działalność ta na pewno zostanie przerwana. Symptomy finansowe mogą być stosunkowo łatwo weryfikowane i mierzone z dość dużą dokładnością, nawet na wczesnym etapie kryzysu. Trudniej jest natomiast określić wpływ symptomów niefinansowych na przedsiębiorstwo, ponieważ ich skutków nie da się jednoznacznie określić, łatwo oszacować ani przewidzieć<sup>20</sup>. Warto również zauważyć, że istnieją czynniki, które mogą spowodować upadłość przedsiębiorstwa w bardzo krótkim czasie, nie dając wcześniej wyraźnych objawów finansowych, tj. toczące się procesy sądowe, ogłoszenie informacji niesprzyjających grupie producentów, a także niewystarczająca kontrola decyzji i operacji przeprowadzanych w jednostce<sup>21</sup>.

Ważne jest również rozpoznanie przesłanek skutkujących zaniechaniem lub istotnym ograniczeniem dalszego działania przedsiębiorstwa. Dzielą się one na zdarzenia powodujące powstanie określonego stanu prawnego lub określonej sytuacji gospodarczej<sup>22</sup>. Zostały one zaprezentowane w tabeli 1.2.

**Tabela 1.2. Stany prawne i zdarzenia gospodarcze powodujące zagrożenie kontynuacji działalności jednostki**

Stany prawne skutkujące zaprzestaniem działalności jednostki	Zdarzenia gospodarcze skutkujące zaprzestaniem działalności jednostki
<ul style="list-style-type: none"> <li>– likwidacja jednostki gospodarczej</li> <li>– postawienie jednostki w stan upadłości</li> <li>– zmiana formy prawnej jednostki</li> <li>– wygaśnięcie umowy spółki, koncesji, licencji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utrata płynności finansowej</li> <li>– wygaśnięcie popytu na produkty oferowane przez jednostkę</li> <li>– niemożność dalszej współpracy ze sobą wspólników</li> <li>– sprzedaż części jednostki</li> <li>– wniesienie części jednostki jako aportu do innej jednostki</li> <li>– wyczerpanie złóż, których eksploatacja była podstawą działalności jednostki</li> </ul>

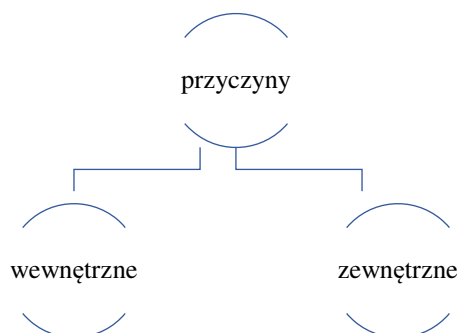
Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Nowak, Rachunkowość jako źródło informacji o sytuacji finansowej przedsiębiorstw w ocenie zagrożenia upadłością, „Barometr Regionalny” 2008, nr 2(12), s. 66.

<sup>20</sup> A. Hołda, *op. cit.*, s. 26-27.

<sup>21</sup> B. Prusak, *Zdolność jednostki do kontynuowania działalności w świetle przepisów o rachunkowości i metody jej oceny*, [w:] *Zarządzanie finansami: inwestycje i wycena przedsiębiorstw*, red. D. Zarzecki, Wyd. USz, Szczecin 2006, t. II, s. 195-196.

<sup>22</sup> E. Nowak, *Rachunkowość jako źródło informacji o sytuacji finansowej przedsiębiorstw w ocenie zagrożenia upadłością*, „Barometr Regionalny” 2008, nr 2(12), s. 66.

Klasyfikacja przyczyn upadłości przedsiębiorstw może być dokonywana na różne sposoby. W literaturze wyróżnia się między innymi podział zaprezentowany na rysunku 1.2.



### Rysunek 1.2. Przyczyny upadłości przedsiębiorstw

Źródło: A. Mazurczak-Mąka, *Weryfikacja wykonalności przyjętego przez jednostkę założenia kontynuacji działalności jako istotny element badania sprawozdania finansowego*, [w:] *Sprawozdawczość i rewizja finansowa. Problemy kwantyfikacji ryzyka gospodarczego*, red. B. Micherda, M. Andrzejewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2013, str. 131-132.

Czynniki wewnętrzne, nazywane również endogenicznymi lub mikroekonomicznymi, są związane z samym przedsiębiorstwem i jego zarządzaniem, a ich eliminacja lub zmniejszenie wpływu jest możliwa do przeprowadzenia przez kierownictwo przedsiębiorstwa. Czynniki zewnętrzne, inaczej egzogeniczne lub makroekonomiczne, wynikają natomiast z istnienia jednostki na rynku i są niezależne od niej<sup>23</sup>.

W tabeli 1.3 zaprezentowane zostały przykładowe wewnętrzne przyczyny upadłości przedsiębiorstw.

<sup>23</sup> A. Mazurczak-Mąka, *Weryfikacja wykonalności przyjętego przez jednostkę założenia kontynuacji działalności jako istotny element badania sprawozdania finansowego*, [w:] *Sprawozdawczość i rewizja finansowa. Problemy kwantyfikacji ryzyka gospodarczego*, red. B. Micherda, M. Andrzejewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2013, s. 131-132.

**Tabela 1.3. Wewnętrzne przyczyny upadłości przedsiębiorstw**

<b>PRZYCZYNY WEWNĘTRZNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– powierzenie kierownictwa przedsiębiorstwem tylko jednej osobie</li> <li>– brak doświadczenia i niekompetencja kadry zarządzającej</li> <li>– niewłaściwa struktura organizacyjna</li> <li>– brak odpowiedniego systemu finansowo-księgowego</li> <li>– zbyt duża skala prowadzenia działalności w stosunku do możliwości finansowych i technicznych</li> <li>– nietrafione inwestycje</li> <li>– zbyt szybki i niestabilizowany rozwój firmy</li> <li>– przeinwestowanie firmy</li> <li>– nieumiejętne zarządzanie finansami</li> <li>– oparcie działalności na tylko jednym produkcie, segmencie rynku</li> <li>– brak postępu technologicznego</li> <li>– oszustwa księgowe i manipulacja danymi finansowymi</li> <li>– nieodpowiedni dobór kontrahentów</li> </ul>
---------------------------------	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie D. Hadasik, *Upadłość przedsiębiorstw w Polsce i metody jej prognozowania*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1998, s. 38, E. Nowak, *Ocena zagrożeń kontynuowania działalności przedsiębiorstwa w świetle zasad rachunkowości*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy zarządzania, finansów i marketingu nr 17.” 2010, nr 593, s. 105.

Czynniki zewnętrzne mogące spowodować upadłość przedsiębiorstwa, biorąc pod uwagę zasięg ich oddziaływania, można podzielić na<sup>24</sup>:

- przyczyny związane z sytuacją branży, w której działa dane przedsiębiorstwo,
- przyczyny wynikające z działania przedsiębiorstwa w danym kraju,
- przyczyny wynikające z sytuacji panującej na świecie.

Najważniejsze egzogeniczne przyczyny upadłości przedsiębiorstw zostały wymienione w tabeli 1.4.

**Tabela 1.4. Zewnętrzne przyczyny upadłości przedsiębiorstw**

<b>PRZYCZYNY ZEWNĘTRZNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Związane z sytuacją w branży</li> <li>– silna konkurencja w branży</li> <li>– trudności w spełnieniu rosnących oczekiwań klientów</li> <li>– silna koncentracja kapitału przedsiębiorstw konkurencyjnych</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wynikające z działania przedsiębiorstwa w danym kraju</li> </ul>

<sup>24</sup> A. Hołda, K. Strojny, *Determinanty upadłości przedsiębiorców w Polsce – systematyka i badanie komparatywne opinii kadry zarządzającej i syndyków*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości” 2019, tom 101 (157), s. 14



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niestabilność przepisów prawnych dotyczących działalności gospodarczej i systemu podatkowego</li> <li>– recesja w gospodarce</li> <li>– wzrost poziomu inflacji</li> <li>– duże wahania stóp procentowych, kursów walutowych, cen</li> <li>– konieczność restrukturyzacji</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wynikające z sytuacji panującej na świecie</li> <li>– niesprzyjająca polityka handlowa państw sąsiadujących</li> <li>– niekorzystna polityka państw, które mają decydujący wpływ na światowy rynek</li> <li>– przemiany polityczne i gospodarcze w innych państwach</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Nowak, *Ocena zagrożeń kontynuowania działalności przedsiębiorstwa w świetle zasad rachunkowości*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy zarządzania, finansów i marketingu nr 17.” 2010, nr 593, s. 106, A. Hołda, K. Strojny, *Determinanty upadłości przedsiębiorców w Polsce – systematyka i badanie komparatywne opinii kadry zarządzającej i syndyków*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości” 2019, tom 101 (157), s. 14.

Najważniejszymi czynnikami zewnętrznymi mającymi wpływ na skalę upadłości w gospodarce są sytuacja ogólnoeconomiczna w kraju, polityka pieniężna, fiskalna i kursowa władz centralnych, przepisy prawne dotyczące prowadzenia działalności gospodarczej a także poziom inflacji. Wiedza o makroekonomicznych czynnikach powodujących bankructwo jest ponadto istotnym elementem polityki ekonomicznej władz centralnych, gdyż pozwala na zmniejszenie ilości nieefektywnych przedsiębiorstw w gospodarce<sup>25</sup>.

### 1.3. Metody oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw

Całkowite wyeliminowanie bankructw przedsiębiorstw jest niemożliwe, dlatego opracowano wiele metod, które mają na celu wczesne wykrywanie zagrożenia upadłością<sup>26</sup>. Początki istnienia systemów wczesnego ostrzegania sięgają lat 30. XX wieku. Podejmowano wówczas próby wyjaśnienia przyczyn upadku wielu firm na całym świecie, które miały miejsce po Wielkim Kryzysie mającym swój początek w Stanach Zjednoczonych.

Pierwszy system ostrzegający przed pogarszającą się kondycją ekonomiczno-finansową przedsiębiorstwa, składający się jedynie z dwóch mierników – wartości kapitału własnego i

<sup>25</sup> D. Hadasik, *Upadłość przedsiębiorstw w Polsce i metody jej prognozowania*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1998, s. 37-44.

<sup>26</sup> J. Kisielińska, *The effectiveness of corporate bankruptcy models / Skuteczność modeli upadłości przedsiębiorstw*, „Economic and Regional Studies” 2016, tom. 9, nr 1, s. 6.

rentowności kapitału własnego, stworzył J. P. Fitzpatrick w 1932 roku<sup>27</sup>. Skorzystał on z metody jednowymiarowej, która bazowała na porównywaniu wartości wskaźników prezentowanych przez przedsiębiorstwa wypłacalne i niewypłacalne, a następnie wybrał on dwa wskaźniki, które według niego najlepiej przewidywały możliwość upadłości przedsiębiorstwa<sup>28</sup>. Prekursorem obecnie stosowanych modeli przy ocenie zagrożenia upadłością można natomiast nazwać W. H. Beaver. W 1966 na podstawie badań sprawozdań finansowych przeprowadzonych na 79 przedsiębiorstwach niewypłacalnych i 79 wypłacalnych, opracował jednowymiarowy model dyskryminacyjny bazujący na sześciu wskaźnikach finansowych<sup>29</sup>.

Duży postęp w badaniach nad modelami ostrzegającymi przed upadłością nastąpił w latach 60. XX wieku, kiedy E. Altman stworzył pierwszy wielowymiarowy model predykcji bankructwa oparty na analizie dyskryminacyjnej<sup>30</sup>. Rozwinął on pomysł Beaver, który polegał na jednoczesnym wykorzystaniu wielu wskaźników podczas prognozowania i stworzył model Z-Score. Z-Score jest to wskaźnik, który pozwala określić prawdopodobieństwo bankructwa analizowanego przedsiębiorstwa, przy wykorzystaniu kilku wskaźników finansowych<sup>31</sup>. Aby wyznaczyć funkcję dyskryminacyjną pozwalającą zakwalifikować przedsiębiorstwa do grupy przedsiębiorstw zagrożonych bankructwem lub tych o dobrej kondycji ekonomiczno-finansowej, Altman przeanalizował sytuację 66 przedsiębiorstw, z czego połowę stanowiły przedsiębiorstwa, które zbankrutowały w latach 1946-1965, a drugą połowę przedsiębiorstwa działające w analizowanym okresie. Następnie na podstawie przeprowadzonej analizy ich sprawozdań finansowych z listy 22 wskaźników finansowych, wyznaczył 5, które cechowała najlepsza zdolność predykcji bankructwa, jednak nie były to wskaźniki, które pojedynczo najlepiej oceniały sytuację finansowo-ekonomiczną firmy. Funkcja Z-Score, zaproponowana przez Altmana w 1968 roku, ma następującą postać<sup>32</sup>:

---

<sup>27</sup> R. Kowalak, *Rola systemów wczesnego ostrzegania w procesie podejmowania decyzji o restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 472, s. 163.

<sup>28</sup> T. Korol, B. Prusak, *op. cit.*, s. 93-94.

<sup>29</sup> S. Nahotko, *Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach zagrożenia upadłością*, Wydawnictwo AJG, Bydgoszcz 2003, s. 77.

<sup>30</sup> E. Mączyńska, M. Zawadzki, *Dyskryminacyjne modele predykcji upadłości przedsiębiorstw*, „Ekonomista” 2006, nr 2 (fragmenty), s. 4.

<sup>31</sup> S. Herman, *Analiza porównawcza zdolności predykccyjnej wybranych metod prognozowania upadłości przedsiębiorstw*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2018, nr 3, s. 200.

<sup>32</sup> E.I. Altman, *Financial Ratios, Discriminant Analysis, and the Prediction of Corporate Bankruptcy*, „Journal of Finance” 1968, Volume 23, Issue 1.

$$Z_A = 1,2X_1 + 1,4X_2 + 3,3X_3 + 0,6X_4 + 0,999X_5$$

gdzie:

$X_1$  – kapitał obrotowy netto / aktywa,

$X_2$  – zysk zatrzymany / aktywa,

$X_3$  – EBIT / aktywa,

$X_4$  – wartość rynkowa kapitału własnego / księgową wartość zadłużenia,

$X_5$  – przychody ze sprzedaży / aktywa.

Wykorzystując model Altmana, na podstawie wartości funkcji Z, przedsiębiorstwa można zaklasyfikować do trzech grup<sup>33</sup>:

$Z_A > 3,00$  – przedsiębiorstwa niezagrożone upadłością

$1,81 < Z_A < 2,99$  – „szara strefa”, strefa niepewności

$Z_A < 1,80$  – przedsiębiorstwa zagrożone upadłością

Model opracowany przez Altmana w 1968 stał się wzorem dla modeli powstających w późniejszym okresie i zapoczątkował intensywny rozwój innych systemów umożliwiających przewidywanie przyszłej sytuacji w przedsiębiorstwie<sup>34</sup>. Był on również powszechnie wykorzystywany w różnych gospodarkach, mimo tego, że został opracowany dla przedsiębiorstw działających w Stanach Zjednoczonych<sup>35</sup>.

Analiza dyskryminacyjna, która jest powszechnie wykorzystywana do badania ryzyka upadłości, to statystyczna metoda, która pozwala podzielić i sklasyfikować obiekty według określonego kryterium, wykorzystując wiele zmiennych objaśniających jednocześnie<sup>36</sup>. Swoją popularność zawdzięcza wysokiej skuteczności predykcyjnej oraz temu, że pozwala ona przekształcić wielowymiarową przestrzeń w jednowymiarową, w której na podstawie jednego miernika można ocenić kondycję finansową jednostki<sup>37</sup>. Modele oceny zagrożenia upadłością bazują na liniowej funkcji dyskryminacyjnej przyjmującej postać:

$$Z = a_0 + a_1X_1 + a_2X_2 + \dots + a_kX_k$$

<sup>33</sup> T. Korol, B. Prusak, *op. cit.*, s. 98.

<sup>34</sup> E. Mączyńska, M. Zawadzki, *op. cit.*, s. 4.

<sup>35</sup> A. Hołda, *op. cit.*, s. 121.

<sup>36</sup> A. Tłuczak, *Zastosowanie dyskryminacyjnych modeli przewidywania bankructwa do oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu” 2013, nr 2, s. 424.

<sup>37</sup> M. Kasjaniuk, *Zastosowanie analizy dyskryminacyjnej do modelowania i prognozowania upadłości przedsiębiorstw*, „Barometr Regionalny” 2006, nr 6, s. 95.

gdzie:

$Z$  – zmienna objaśniana (zmienna jakościowa, sytuacja finansowa: dobra/zła),

$a_i$  – współczynniki dyskryminacyjne  $i = 1, 2, \dots, k$ ,

$a_0$  – stała,

$X_i$  – zmienne objaśniające  $i = 1, 2, \dots, k$ .

Obliczona wartość funkcji jest następnie porównywana z ustaloną wartością graniczną danego modelu<sup>38</sup>. W wyniku zastosowania modelu powstaje miernik syntetyczny, który pozwala na odpowiednie sklasyfikowanie przedsiębiorstwa. Jeżeli wartość  $Z$  jest większa niż wartość graniczna funkcji, to przedsiębiorstwo nie jest zagrożone upadłością. Jeśli jednak wartość  $Z$  jest niższa, to istnieje prawdopodobieństwo jego bankructwa<sup>39</sup>.

Modele dyskryminacyjne nazywane są również modelami Z-score. Dzięki nim można ocenić sytuację ekonomiczno-finansową przedsiębiorstwa na podstawie wartości jednego miernika, który przy użyciu różnych wag łączy wiele wskaźników. Do obliczenia wartości funkcji  $Z$  korzysta się z danych prezentowanych w sprawozdaniach finansowych. Dzięki modelom dyskryminacyjnym można jednoznacznie ocenić w jakiej sytuacji znajduje się dana jednostka<sup>40</sup>.

Metody analizy dyskryminacyjnej nazywane są również metodami scoringowymi. Ze względu na liczbę zmiennych, można je podzielić na<sup>41</sup>:

- metody jednowymiarowe (jednozmiennie),
- metody wielowymiarowe (wielozmiennie).

W początkowych latach pracy nad systemami wczesnego ostrzegania powstawały modele jednowymiarowe<sup>42</sup>. Są to najbardziej podstawowe modele, których działanie opiera się na analizowaniu pojedynczych wskaźników. Przykładem metod jednowymiarowych jest analiza wskaźnikowa, dzięki której można ocenić kondycję jednostki badając np. wskaźniki płynności i rentowności. Modele wielowymiarowe umożliwiają natomiast zbadanie sytuacji

<sup>38</sup> A. Tłuczak, *op. cit.*, s. 424.

<sup>39</sup> A. Ptak-Chmielewska, *Wykorzystanie modeli przeżycia i analizy dyskryminacyjnej do oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw*, „*Ekonometria*” 2012, nr 4, s. 161-162.

<sup>40</sup> A. Tłuczak, *op. cit.*, s. 425.

<sup>41</sup> S. Nahotko, *op. cit.*, s. 75.

<sup>42</sup> E. Bombiak, *Modele dyskryminacyjne jako metoda oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*, „*Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej w Siedlcach. Administracja i Zarządzanie*” 2010, nr 86, s. 145.

ekonomiczno-finansowej jednostki przy wykorzystaniu wielu wskaźników jednocześnie. Przykładem metody wielowymiarowej jest wielowymiarowa analiza dyskryminacyjna<sup>43</sup>.

Powszechnie uważa się, że modele predykcji bankructwa powinny być wykorzystywane w tym kraju, w którym zostały opracowane. Ograniczone możliwości używania zagranicznych modeli dyskryminacyjnych są spowodowane m.in. różnicami w prezentowaniu danych finansowych oraz specyfiką systemu rachunkowości występującą w danych krajach. Ponadto wykorzystywanie modeli powinno być ograniczone czasowo, ze względu na stale zmieniającą się gospodarkę. W związku z tym istnieje konieczność tworzenia modeli przystosowanych do polskiej gospodarki, a także ciągłego ich udoskonalania<sup>44</sup>.

Początek rozwoju polskich modeli predykcji bankructwa przypada na połowę lat 90. XX wieku. Był to okres gwałtownych przemian gospodarczych i społecznych oraz przejścia do gospodarki rynkowej, co spowodowało znaczny wzrost zapotrzebowania na systemy wczesnego wykrywania zagrożeń. Późniejszy szybki rozwój modeli ostrzegających przed upadłością spowodowany był transformacją systemową i integracją z Unią Europejską, wzrostem konkurencji rynkowej i niepewnościami występującymi w związku z licznymi zmianami<sup>45</sup>.

Jeden z pierwszych modeli dyskryminacyjnych dostosowany do polskich realiów gospodarczych stworzyła w 1994 roku E. Mączyńska, wykorzystując multiplikacyjny model uproszczonej analizy dyskryminacyjnej O. Jacobsa<sup>46</sup>. Oszacowana przez nią funkcja prezentuje się następująco<sup>47</sup>:

$$ZM = 1,50X_1 + 0,08X_2 + 10,00X_3 + 5,00X_4 + 0,30X_5 + 0,10X_6$$

gdzie:

$X_1$  – (zysk brutto + amortyzacja) / zobowiązania ogółem,

$X_2$  – suma bilansowa / zobowiązania ogółem,

$X_3$  – zysk brutto / suma bilansowa,

$X_4$  – zysk brutto / przychody ze sprzedaży,

$X_5$  – zapasy / przychody ze sprzedaży,

---

<sup>43</sup> K. Olszewska, T. Turek, *Analiza dyskryminacyjna jako narzędzie informacyjne w zakresie kondycji finansowej przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2018, nr 31, s. 178.

<sup>44</sup> A. Hołda, *op. cit.*, s. 153.

<sup>45</sup> E. Mączyńska, M. Zawadzki, *op. cit.*, s. 4-5.

<sup>46</sup> A. Hołda, *op. cit.*, s. 153.

<sup>47</sup> E. Bombiak, *op. cit.*, s. 147.

$X_6$  – przychody ze sprzedaży / suma bilansowa.

Wartość graniczna zaprezentowanej funkcji wynosi 0, a jej wyniki interpretuje się w sposób zaprezentowany poniżej<sup>48</sup>:

$Z_M < 0$  – jednostka jest zagrożona upadłością,

$Z_M > 0$  – jednostka nie jest zagrożona upadłością,

$0 < Z_M < 1$  – jednostka ma słabą kondycję finansową, lecz nie jest zagrożona upadłością,

$1 < Z_M < 2$  – jednostka ma dość dobrą kondycję finansową,

$Z_M > 2$  – jednostka charakteryzuje się bardzo dobrą kondycją finansową.

W 1998 roku D. Hadasik opublikowała pracę habilitacyjną w której opracowała 9 nowych modeli dyskryminacyjnych. Najskuteczniejszym z nich okazał się model 4, odznaczający się trafnością klasyfikacji na poziomie 95,08%, mający postać<sup>49</sup>:

$$ZHA = 0,365425X_1 - 0,765526X_2 - 2,40435X_3 + 1,59079X_4 + 0,00230258X_5 \\ - 0,01287826X_6 + 2,36261$$

gdzie:

$X_1$  – aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_2$  – (aktywa obrotowe - zapasy) / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_3$  – zobowiązania ogółem / aktywa ogółem,

$X_4$  – (aktywa obrotowe - zobowiązania krótkoterminowe) / pasywa ogółem,

$X_5$  – należności krótkoterminowe / przychody ze sprzedaży,

$X_6$  – zapasy / przychody ze sprzedaży.

Jego stworzenie poprzedziły badania sprawozdań finansowych grupy 22 przedsiębiorstw upadłych i 39 przedsiębiorstw o dobrej kondycji finansowej. Wartość graniczna dla tego modelu wynosi - 0,374345, a wyniki funkcji interpretuje się w następujący sposób<sup>50</sup>:

$Z_{HA} > - 0,374345$  – jednostka nie jest zagrożona upadłością,

$Z_{HA} < - 0,374345$  – jednostka jest zagrożona upadłością.

Kolejnym modelem wartym wymienienia jest model stworzony w 2000 roku przez D. Wierzbę, który przeanalizował sprawozdania finansowe 24 przedsiębiorstw cechujących się

<sup>48</sup> S. Nahotko, *op. cit.*, s. 91.

<sup>49</sup> D. Hadasik, *op. cit.*, s. 157, 167.

<sup>50</sup> *Ibidem*, s. 156- 157.

dobrą kondycją finansową i 24 zagrożonych upadkiem w latach 1995-1998. Oszacowana przez autora funkcja zawiera 4 wskaźniki finansowe, a jej postać jest następująca:

$$ZW = 3,26X_1 + 2,16X_2 + 0,69X_3 + 0,3X_4$$

gdzie:

$X_1$  – (wynik z działalności operacyjnej - amortyzacja) / suma bilansowa,

$X_2$  – (wynik z działalności operacyjnej - amortyzacja) / przychody ze sprzedaży,

$X_3$  – kapitał obrotowy / suma bilansowa,

$X_4$  – aktywa obrotowe / zobowiązania ogółem.

Wartość graniczna tego modelu kształtuje się na poziomie 0, a wyniki funkcji interpretuje się następująco:

$Z_w < 0$  – jednostka jest zagrożona upadłością,

$Z_w > 0$  – jednostka nie jest zagrożona upadłością.

Skuteczność powyższego modelu w próbie badawczej na rok przed upadłością wynosiła 92%<sup>51</sup>.

Następnym popularnym polskim modelem predykcji bankructwa jest model A. Hołdy z 2001 roku. Aby stworzyć model odpowiedni dla polskich warunków, poddał on analizie sprawozdania z lat 1993-1996 80 przedsiębiorstw, z czego 40 ogłosiło upadłość i 40 było w dobrej kondycji finansowej. Następnie spośród 28 rozpatrywanych wskaźników charakteryzujących płynność, zyskowość, rentowność i zadłużenie wybrał 5, które najprecyzyjniej oddawały sytuację firmy<sup>52</sup>. Były to wskaźnik bieżącej płynności, stopa zadłużenia, zyskowość ogółu majątku, wskaźnik obrotu zobowiązaniami i rotacja majątku. Po oszacowaniu funkcji dyskryminacyjnej jego model przyjął postać:

$$ZH = 0,605 + 0,681X_1 - 0,0196X_2 + 0,157X_3 + 0,00969X_4 + 0,000672X_5$$

gdzie:

$X_1$  – aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_2$  – (zobowiązania ogółem / suma bilansowa) \* 100,

$X_3$  – przychody ogółem / średnioroczny majątek ogółem,

<sup>51</sup> R. Jagiełło, *Analiza dyskryminacyjna i regresja logistyczna w procesie oceny zdolności kredytowej przedsiębiorstw*, „Materiały i Studia. Zeszyt nr 286”, Narodowy Bank Polski 2013, s. 42.

<sup>52</sup> T. Korol, B. Prusak, *op. cit.*, s. 103.

$X_4$  – (wynik finansowy netto / średnioroczny majątek ogółem) \* 100,

$X_5$  – (przeciętny stan zobowiązań krótkoterminowych / koszt sprzedanych produktów, towarów i materiałów) \* 360.

Dla zaprezentowanego powyżej modelu wartość krytyczna wynosi 0. Oznacza to, że jednostka, dla której:

$Z_H < 0$  – jest zagrożona upadłością,

$Z_H > 0$  – nie jest zagrożona upadłością,

-  $0,3 < Z_H < 0,1$  – należy do obszaru niepewności, tzw. szarej strefy.

Skuteczność modelu Hołdy przy badaniu zagrożenia bankrutwem wynosi 92,5%<sup>53</sup>.

Kolejne próby stworzenia modelu wczesnego ostrzegania podjęli M. Hamrol, B. Czajka i M. Piechocki. Model skonstruowany przez nich w 2004 roku nazywany jest modelem poznańskim. Autorzy przeprowadzili analizę sprawozdań finansowych z lat 1999 - 2002 100 polskich przedsiębiorstw, z czego połowę stanowiły przedsiębiorstwa, dla których przeprowadzono postępowanie upadłościowe lub układowe, drugą natomiast przedsiębiorstwa nie posiadające problemów finansowych. Następnie z wybranych wcześniej 31 wskaźników mogących służyć do skonstruowania modelu, wybrali 4 wskaźniki o najlepszej zdolności predykcyjnej i nie będące ze sobą zbyt silnie skorelowane. Ostateczna postać funkcji, po oszacowaniu wszystkich parametrów, prezentuje się następująco:

$$ZP = 3,562X_1 + 1,5888X_2 + 4,288X_3 + 6,719X_4 - 2,367$$

gdzie:

$X_1$  – wynik finansowy netto / majątek całkowity,

$X_2$  – (aktywa obrotowe - zapasy) / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_3$  – kapitał stały / majątek całkowity,

$X_4$  – wynik finansowy ze sprzedaży / przychody ze sprzedaży.

Wartość graniczna powyższego modelu wynosi 0. Przedsiębiorstwa kwalifikuje się do grupy zagrożonych i niezagrażonych bankrutwem w następujący sposób:

$Z_p > 0$  – jednostka nie jest zagrożona bankrutwem,

$Z_p < 0$  – jednostka jest zagrożona bankrutwem.

---

<sup>53</sup> A. Hołda, B. Micherda, *Kontynuacja działalności jednostki i modele ostrzegające przed upadłością*, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów, Warszawa 2007, s. 96, s. 123-124.



Skuteczność predykcji bankructwa modelu poznańskiego według jego autorów wynosi 96%<sup>54</sup>.

Warto przedstawić również model opracowany przez B. Prusaka w 2005 roku. Swoje badania przeprowadził on na dwóch próbach – uczącej i testowej. W skład grupy uczącej wchodziło 40 przedsiębiorstw produkcyjnych zagrożonych upadłością i 40 w dobrej kondycji finansowej, które dobrano parami. Do próby testowej należało natomiast 39 bankrutów i 39 jednostek nie zagrożonych upadłością. Po przeanalizowaniu 27 wskaźników finansowych B. Prusak stworzył dwa modele uwzględniające istnienie szarej strefy, jeden przewidujący upadłość z rocznym wyprzedzeniem, a drugi z dwuletnim. Poniżej zaprezentowany został model, prognozujący bankructwo na rok przed upadłością.

$$Z_{PR} = 6,524X_1 + 0,148X_2 + 0,406 X_3 + 2,176 X_4 - 1,568$$

gdzie:

$X_1$  – zysk operacyjny / suma bilansowa,

$X_2$  – koszty operacyjne / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_3$  – aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe,

$X_4$  – zysk operacyjny / przychody ze sprzedaży.

Wyniki funkcji interpretuje się następująco:

$Z_{PR} > - 0,13$  – jednostka nie jest zagrożona upadłością,

$Z_{PR} < - 0,13$  – jednostka jest zagrożona niewypłacalnością,

$- 0,13 < Z_{PR} < 0,65$  – „szara strefa”, poziom zagrożenia upadłością nieokreślony.

Skuteczność predykcji modelu Prusaka na próbie uczącej wynosiła 100%, a na próbie testowej 94,87% na rok przed upadłością<sup>55</sup>.

Następnym modelem wartym omówienia jest model zaprezentowany w 2008 roku przez T. Maślankę. W swoich badaniach przeanalizował on dane finansowe 80 przedsiębiorstw z lat 2001-2004. Połowę z nich stanowiły firmy, które zbankrutowały, a drugą firmy cechujące się dobrą kondycją finansową. Wykorzystując analizę dyskryminacyjną opracował on dwa modele predykcji bankructwa, w tym jeden wykorzystujący dane zawarte w rachunku przepływów pieniężnych, który prezentuje się następująco:

<sup>54</sup> M. Hamrol, B. Czajka, M. Piechocki, *Upadłość przedsiębiorstwa – model analizy dyskryminacyjnej*, „Przegląd Organizacji” 2004, nr 6, s. 35-38.

<sup>55</sup> T. Korol, B. Prusak, *op. cit.*, s. 105-106.

$$ZMA = 1,59208X_1 + 4,35604X_2 + 5,92212X_3 - 0,41052$$

gdzie:

$X_1$  – kapitał obrotowy netto / aktywa,

$X_2$  – operacyjne przepływy pieniężne netto / aktywa,

$X_3$  – (EBIT + amortyzacja) / zobowiązania ogółem.

Wartość graniczna tego modelu wynosi 0, a wyniki funkcji interpretuje się następująco:

$Z_{MA} > 0$  – niskie zagrożenie upadłością w ciągu najbliższego roku,

$Z_{MA} < 0$  – jednostka zagrożona upadłością w ciągu najbliższego roku.

Skuteczność przedstawionego modelu kształtuje się na poziomie 92,5%<sup>56</sup>.

**Tabela 1.5. Wady i zalety modeli dyskryminacyjnych**

Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none"> <li>– szeroki zakres działania i możliwości</li> <li>– przejrzystość</li> <li>– łatwość interpretacji wyników</li> <li>– prostota w zastosowaniu</li> <li>– uwzględnienie wielu zmiennych</li> <li>– wysoka skuteczność prognozy</li> <li>– mnogość zastosowań</li> <li>– możliwość wykorzystania w analizie rozwojowej, dynamicznej i przestrzennej</li> <li>– możliwość wykorzystania do celów strategicznych</li> <li>– możliwość porównywania w czasie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dezaktualizacja</li> <li>– ograniczoność terytorialna stosowania</li> <li>– brak uwzględniania zdarzeń nadzwyczajnych</li> <li>– brak uwzględnienia czynników jakościowych</li> <li>– brak wskazania obszaru problematycznego w przedsiębiorstwie</li> <li>– różnice w ocenie między różnymi modelami</li> <li>– mała ilość czynników wpływających na ocenę</li> <li>– możliwość błędnego oszacowania wag parametrów</li> <li>– konieczność wyboru odpowiedniej próby do badania</li> <li>– trudność wyboru ilości zmiennych</li> <li>– brak ujęcia dynamicznego</li> <li>– występowanie „szarej strefy”</li> <li>– bazowanie na danych historycznych</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Mączyńska, M. Zawadzki, *Dyskryminacyjne modele predykcji upadłości przedsiębiorstw*, „*Ekonomista*” 2006, nr 2 (fragmenty), s. 7, A. Tłuczak, *Zastosowanie dyskryminacyjnych modeli przewidywania bankructwa do oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw*, „*Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu*” 2013, nr 2, s. 425., D. Letkowski, *Weryfikacja skuteczności wykorzystania funkcji dyskryminacyjnej do przewidywania zmian kursów akcji*, „*Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*” 2014, nr 67, s. 320, E. Bombiak, *Modele dyskryminacyjne jako metoda oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*, „*Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej w Siedlcach. Administracja i Zarządzanie*.” 2010, nr 86, s. 148, M. Pawłowski, *Modele dyskryminacyjne w ocenie ryzyka upadłości emitenta obligacji korporacyjnych*, „*Polityki Europejskie, Finanse i Marketing*” 2018, nr 19, s. 215, T. Korol, B. Prusak, *Upadłość przedsiębiorstw a wykorzystanie sztucznej inteligencji*, wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009, s. 122.

<sup>56</sup> T. Maślanka, *Weryfikacja skuteczności modeli predykcji bankructwa polskich przedsiębiorstw*, „*Zeszyty Naukowe. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne*” 2012, nr 12, s. 199-201.

Aby efektywnie korzystać z modeli dyskryminacyjnych, ważne jest, aby mieć pełną świadomość ich zalet i wad oraz rozumieć ich ograniczenia. Pomimo, że modele te mogą dostarczyć wartościowych informacji i wspierać podejmowanie decyzji, ich skuteczność zależy od wielu czynników i wymaga starannej analizy wyników oraz uwzględnienia kontekstu, w którym są stosowane. Wady i zalety modeli dyskryminacyjnych, zostały zaprezentowane w tabeli 1.6.

Modele dyskryminacyjne są powszechnie wykorzystywane przez analityków do badania zagrożenia upadłością przedsiębiorstw. Korzystając z nich należy jednak mieć na uwadze to, że nie są one metodami pozbawionymi wad. Aby wyeliminować ich słabości, przeprowadzając analizę sytuacji finansowej danej jednostki, powinno się korzystać z wielu metod jednocześnie. Należy także zwrócić uwagę na inne czynniki mogące mieć wpływ na sytuację firmy, które nie są zawarte w jej sprawozdaniach finansowych.

#### **1.4. Ocena zagrożenia upadłością Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Pharmena S.A. jest polską firmą biotechnologiczną zajmującą się sprzedażą i produkcją kosmetyków, środków leczniczych do pielęgnacji skóry i suplementów diety oraz opracowującą innowacyjne preparaty lecznicze. Przedsiębiorstwo zostało założone w 2002 roku w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, przez polskich naukowców z Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w celu opracowania i komercjalizacji produktów powstałych na bazie substancji czynnej 1-MNA. W 2008 roku firma została przekształcona w spółkę akcyjną i działa w sektorze produkcja leków.

Ocena ryzyka upadłości Pharmena S.A. w latach 2016-2021 została przeprowadzona z wykorzystaniem wybranych modeli dyskryminacyjnych. Składała się ona z dwóch etapów: oceny stopnia zagrożenia upadłością Pharmena S.A. oraz przedstawienia ryzyka jej upadłości na tle innych polskich spółek giełdowych należących do sektora produkcja leków. Do wyboru przedsiębiorstw posłużyła metoda doboru celowego. Do badania wybrane zostały spółki giełdowe spełniające następujące kryteria: obecność na GPW w Warszawie we wszystkich latach badanego okresu 2016-2021, siedziba w Polsce, opublikowanie wymaganych do badań danych finansowych oraz zaklasyfikowanie do tego samego sektora na GPW co Pharmena S.A. tj. produkcja leków. Analizowane spółki to: Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin Wytwórnia Surowic i Szczepionek S.A., PZ Cormay S.A. oraz Master Pharm S.A.

Analiza z zastosowaniem modeli prognozowania upadłości objęła okres 6 lat od roku 2016 do roku 2021. Do badania zostały wykorzystane dane pochodzące z jednostkowych sprawozdań finansowych analizowanych spółek oraz sprawozdań z działalności zarządu zamieszczonych na ich stronach internetowych oraz dostępnych w bazie EMIS.

Do przeprowadzenia badania wybrano następujące polskie modele dyskryminacyjne: model E. Mączyńskiej, D. Hadasik, D. Wierzby, A. Hołdy, poznański, B. Prusaka i T. Maślanki. Na podstawie obliczonych wartości funkcji dyskryminacyjnych wskazane zostały lata, w których Pharmena S.A. była zagrożona upadłością oraz przeanalizowano zmiany jej kondycji finansowej.

Zaprezentowana została również sytuacja przedsiębiorstwa Pharmena S.A. na tle wybranych polskich spółek należących do indeksu WIG-LEKI. Została dla nich przeprowadzona analogiczna analiza dyskryminacyjna. W końcowym etapie badań porównano ryzyko zaprzestania działalności przez Pharmena S.A. do stopnia zagrożenia upadłością pozostałych badanych przedsiębiorstw w okresie 2016-2021.

Pierwszym modelem zastosowanym do analizy Pharmena S.A. jest model E. Mączyńskiej, który wykazał wartości zaprezentowane w tabeli 1.6.

**Tabela 1.6. Wartości modelu E. Mączyńskiej dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X1	0,3036	0,0300	0,3837	-0,8514	-0,2826	-0,0918
X2	6,0603	6,3457	9,8158	8,4261	5,0576	3,6612
X3	0,0448	-0,0024	0,0323	-0,1114	-0,0651	-0,0338
X4	0,1281	-0,0086	0,1036	-0,5014	-0,3410	-0,1240
X5	0,1837	0,2306	0,1790	0,2983	0,3494	0,2126
X6	0,3498	0,2816	0,3115	0,2223	0,1907	0,2723
<b>ZM</b>	<b>2,1192</b>	<b>0,5826</b>	<b>2,2861</b>	<b>-4,1127</b>	<b>-2,2511</b>	<b>-0,7114</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Znaczący wpływ na kondycję spółki miało osiągnięcie przez nią ujemnych wartości wskaźników X<sub>1</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub> w okresie 2019-2021, co przyczyniło się do wystąpienia zagrożenia upadłością w trzech ostatnich latach analizowanego okresu. Sytuacja jednostki była najgorsza w 2019 roku, kiedy wartość funkcji dyskryminacyjnej wynosiła poniżej -4, na co wpływ miała większa

niż w pozostałych latach strata brutto. Wartości funkcji dyskryminacyjnej E. Mączyńskiej w badanym okresie były zróżnicowane, jednak można zaobserwować znaczne pogorszenie się kondycji finansowej spółki po roku 2018.

Kolejnym modelem, który posłużył do przeanalizowania kondycji przedsiębiorstwa Pharmena S.A. jest model D. Hadasik. Wartości poszczególnych współczynników metody Hadasik zostały zaprezentowane w tabeli 1.7.

**Tabela 1.7. Wartości modelu D. Hadasik dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	1,6587	1,9644	1,3630	1,4686	0,9116	0,8952
X <sub>2</sub>	1,2315	1,3240	0,7372	0,8520	0,5310	0,5740
X <sub>3</sub>	0,1650	0,1576	0,1019	0,1187	0,1977	0,2731
X <sub>4</sub>	0,0991	0,0978	0,0323	0,0504	-0,0155	-0,0189
X <sub>5</sub>	0,4403	0,3656	0,1451	0,3010	0,3039	0,2612
X <sub>6</sub>	0,1837	0,2306	0,1790	0,2983	0,3494	0,2126
Z <sub>HA</sub>	<b>1,7856</b>	<b>1,8414</b>	<b>2,1009</b>	<b>2,0387</b>	<b>1,7854</b>	<b>1,5613</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Model D. Hadasik nie wskazuje na zagrożenie upadłością Pharmena S.A. w analizowanym okresie. Wartości funkcji w poszczególnych latach są do siebie zbliżone, jednak od roku 2019 maleją, co ocenia się negatywnie. Dodatkowo wskaźnik X<sub>4</sub> w latach 2020 i 2021 wykazywał wartość ujemną, co wynikało z posiadania przez jednostkę zobowiązań krótkoterminowych których wartość przewyższała aktywa obrotowe.

Następnym modelem wykorzystanym do zbadania zagrożenia upadłością Pharmena S.A. jest model autorstwa D. Wierzy. Wyniki przeprowadzonej analizy prezentuje tabela 1.8. Model D. Wierzy przyporządkowuje spółkę Pharmena S.A. do spółek zagrożonych upadłością w latach 2019-2021, co oznacza, że jej sytuacja w tamtych okresie była niekorzystna. Na słabą kondycję firmy miały wpływ generowanie przez nią od 2019 roku straty z działalności operacyjnej oraz utrzymywanie ujemnego poziomu kapitału obrotowego w 2020 i 2021 roku.

**Tabela 1.8. Wartości modelu D. Wierzby dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	0,0420	-0,0015	0,0315	-0,1158	-0,0722	-0,0401
X <sub>2</sub>	0,1200	-0,0053	0,1011	-0,5212	-0,3786	-0,1472
X <sub>3</sub>	1,5122	1,2641	1,1923	1,3304	0,8073	0,5910
X <sub>4</sub>	0,0864	0,0425	0,0210	0,0432	-0,0357	-0,0329
<b>Z<sub>w</sub></b>	<b>0,9094</b>	<b>0,3921</b>	<b>0,6933</b>	<b>-1,0744</b>	<b>-0,8356</b>	<b>-0,2941</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Analiza sprawozdań finansowych Pharmena S.A. z wykorzystaniem modelu A. Hołdy, wykazała wartości zaprezentowane w tabeli 1.9.

**Tabela 1.9. Wartości modelu A. Hołdy dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	1,6587	1,9644	1,3630	1,4686	0,9116	0,8952
X <sub>2</sub>	16,5008	15,7587	10,1877	11,8679	19,7724	27,3132
X <sub>3</sub>	0,3595	0,2800	0,3019	0,2458	0,2015	0,2854
X <sub>4</sub>	3,6806	-0,3678	2,5074	-9,9858	-7,9393	-3,8287
X <sub>5</sub>	506,9367	562,2915	359,2292	460,3478	578,2721	493,3085
<b>Z<sub>H</sub></b>	<b>1,8439</b>	<b>2,0521</b>	<b>1,6466</b>	<b>1,6237</b>	<b>1,1816</b>	<b>1,0185</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Wartości funkcji dyskryminacyjnej A. Hołdy osiągają bezpieczny poziom we wszystkich latach badanego okresu, jednak od roku 2018 stale maleją, co oznacza pogarszającą się kondycję finansową spółki. Najniższą wartość, wynoszącą 1,01, osiągają w 2021 roku. Ponadto warto zwrócić uwagę na ujemne wartości wskaźnika X<sub>4</sub> które były związane z wykazaniem przez spółkę straty finansowej.

Do oceny zagrożenia upadłością Pharmena S.A. w latach 2016-2021 posłużył również model poznański, dla którego wartości współczynników przedstawia tabela 1.10. Model poznański wykrył zagrożenie upadłością Pharmena S.A. jedynie w roku 2020. Od 2016 do 2018 roku wartości funkcji miały najwyższą wartość, jednak w późniejszych latach znacznie spadły, a w 2020 roku osiągnęły wartość poniżej punktu granicznego. Niskie wartości funkcji w latach

2019-2021 wynikały z ujemnych wartości wskaźników X1 i X4, które były spowodowane stratą finansową ze sprzedaży oraz stratą netto.

**Tabela 1.10. Wartości modelu poznańskiego dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	0,0359	-0,0037	0,0259	-0,0911	-0,0780	-0,0374
X <sub>2</sub>	1,2315	1,3240	0,7372	0,8520	0,5310	0,5740
X <sub>3</sub>	0,8369	0,8433	0,8995	0,8853	0,8047	0,8057
X <sub>4</sub>	0,1395	0,0291	0,1294	-0,2447	-0,3350	-0,1023
<b>Z<sub>P</sub></b>	<b>4,2436</b>	<b>3,5347</b>	<b>3,6231</b>	<b>0,8140</b>	<b>-0,6015</b>	<b>1,1791</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Po przyporządkowaniu danych do wskaźników budujących model B. Prusaka otrzymano wyniki przedstawione w tabeli 1.11.

**Tabela 1.11. Wartości modelu B. Prusaka dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	0,0473	0,0016	0,0383	-0,1054	-0,0630	-0,0314
X <sub>2</sub>	2,0006	2,6967	3,0432	3,0260	1,4543	1,6647
X <sub>3</sub>	1,6587	1,9644	1,3630	1,4686	0,9116	0,8952
X <sub>4</sub>	0,1351	0,0057	0,1231	-0,4744	-0,3305	-0,1154
<b>Z<sub>PR</sub></b>	<b>0,0039</b>	<b>-0,3484</b>	<b>-0,0463</b>	<b>-2,2440</b>	<b>-2,1129</b>	<b>-1,4142</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Model B. Prusaka wskazuje na występowanie zagrożenia upadłością Pharmena S.A. w latach 2017 i 2019-2021, natomiast w latach 2016 i 2018 spółka została zakwalifikowana do „szarej strefy”. Wartości funkcji osiągnęły najniższy poziom w roku 2019, na co wpłynęło wygenerowanie przez przedsiębiorstwo dużej straty operacyjnej.

Ostatnim modelem wykorzystanym do zbadania zagrożenia upadłością Pharmena S.A. jest model T. Maślanki. Wyniki przeprowadzonej z jego wykorzystaniem analizy dyskryminacyjnej przedstawia tabela 1.12.

**Tabela 1.12. Wartości modelu T. Maślanki dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021
X <sub>1</sub>	0,0864	0,0425	0,0210	0,0432	-0,0357	-0,0329
X <sub>2</sub>	0,0269	0,0476	0,1017	-0,1536	0,0018	-0,0239
X <sub>3</sub>	0,3185	0,0556	0,4434	-0,8007	-0,2723	-0,0833
Z <sub>MA</sub>	<b>1,7302</b>	<b>0,3452</b>	<b>2,6915</b>	<b>-5,7530</b>	<b>-2,0725</b>	<b>-1,0601</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Model T. Maślanki sygnalizuje zagrożenie upadłością Pharmena S.A. w latach 2019-2021. Można zauważyć znaczne obniżenie się wartości funkcji dyskryminacyjnej po roku 2018, co wynikało z osiągnięcia przez spółkę straty operacyjnej, generowania ujemnych przepływów netto z działalności operacyjnej oraz posiadania ujemnej wartości kapitału obrotowego netto.

Zestawienie wyników przeprowadzonej dla spółki Pharmena S.A. analizy dyskryminacyjnej z wykorzystaniem siedmiu polskich modeli prognozujących upadłość zostało przedstawione w tabeli 1.13.

**Tabela 1.13. Wartości modeli wczesnego ostrzegania dla spółki Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

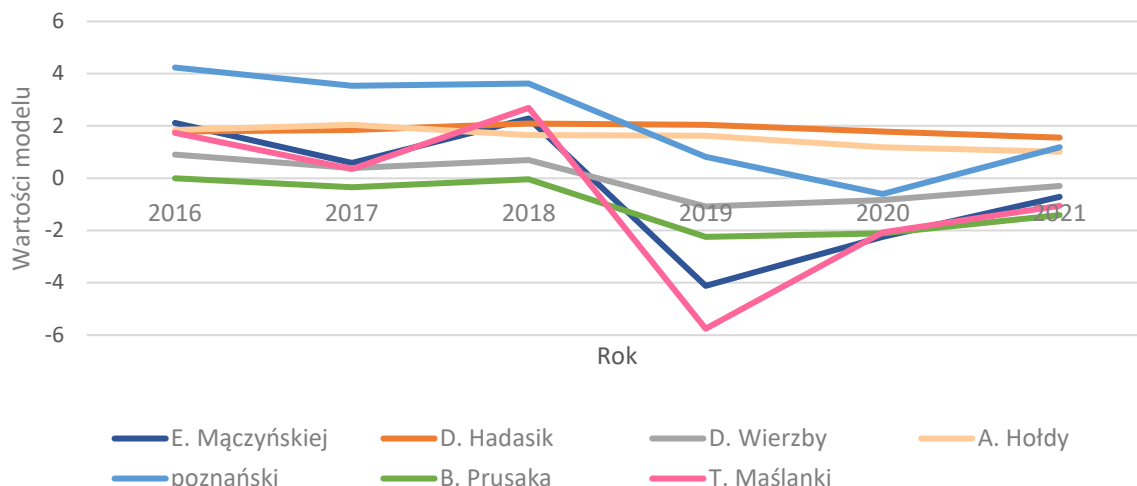
Model	2016	2017	2018	2019	2020	2021
E. Mączyńskiej	2,1192	0,5826	2,2861	-4,1127	-2,2511	-0,7114
D. Hadasik	1,7856	1,8414	2,1009	2,0387	1,7854	1,5613
D. Wierzby	0,9094	0,3921	0,6933	-1,0744	-0,8356	-0,2941
A. Hołdy	1,8439	2,0521	1,6466	1,6237	1,1816	1,0185
pozański	4,2436	3,5347	3,6231	0,8140	-0,6015	1,1791
B. Prusaka	0,0039	-0,3484	-0,0463	-2,2440	-2,1129	-1,4142
T. Maślanki	1,7302	0,3452	2,6915	-5,7530	-2,0725	-1,0601

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Modele autorstwa E. Mączyńskiej, D. Wierzby i T. Maślanki wskazały zagrożenie upadłością Pharmena S.A. w latach 2019-2021. Model B. Prusaka negatywnie ocenił kondycję finansową spółki w każdym roku analizowanego okresu. Model pozański zasygnalizował natomiast możliwość bankructwa jedynie w 2020 roku, ale informował o pogorszeniu się sytuacji przedsiębiorstwa po 2018 roku. W przeprowadzonych badaniach jedynie dwa modele nie wykazały zagrożenia upadłością w żadnym z analizowanych lat. Funkcje dyskryminacyjne A. Hołdy i D.



Hadasik w badanym okresie przyjmowały wartości powyżej poziomu granicznego, jednak od roku 2018 ich wartości malały. Zmiany wartości funkcji dyskryminacyjnych wykorzystanych do pomiaru ryzyka upadłości Pharmena S.A. zostały zaprezentowane na rysunku 1.3.



**Rysunek 1.3. Zmiana wartości funkcji dyskryminacyjnych dla spółki Pharmena S.A. w latach 2016-2021**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych Pharmena S.A.*, strona internetowa Pharmena S.A., [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

Analizując tendencję zmian funkcji dyskryminacyjnych można wywnioskować, że zagrożenie upadłością Pharmena S.A. wzrosło w trzech ostatnich latach badanego okresu. W latach 2016-2018 przedsiębiorstwo miało stabilną sytuację finansową, ponieważ tylko jeden model prezentował wartości nieznacznie poniżej punktu granicznego. Największe ryzyko upadłości badanej spółki występowało w 2019 roku, w którym cztery modele predykcji upadłości osiągnęły swój najniższy poziom. Ponadto wyniki wszystkich funkcji znacząco spadły po 2018 roku, co świadczy o niestabilnej sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstwa. W latach 2020-2021 ryzyko upadłości nieznacznie zmalało, jednakże w 2020 roku pięć, a w 2021 cztery modele informowały o możliwości upadłości.

W 2019 roku znaczący wpływ na osiągnięcie straty finansowej przez Pharmena S.A. miało poniesienie przez nią dużych kosztów związanych z wprowadzeniem na rynek nowych produktów marki Menavitin oraz nakładów na badania przedkliniczne nowego leku. Wiązało się to ze sporymi wydatkami na opracowanie innowacyjnych suplementów diety, ich dystrybucję oraz działania marketingowe<sup>57</sup>. W 2020 roku Pharmena S.A. wykazała stratę netto, która wynikała

<sup>57</sup> Pharmena S.A., *Sprawozdanie zarządu za 2019 rok*, [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), dostęp: 1.06.2022 r.

przede wszystkich z dużego spadku przychodów ze sprzedaży, który był spowodowany wybuchem pandemii COVID-19<sup>58</sup>. W 2021 roku, pomimo odnotowania wzrostu przychodów o 50% w stosunku do roku poprzedniego, spółka również osiągnęła stratę finansową. Spowodowana była ona poniesieniem przez firmę wysokich kosztów na opracowanie nowego leku przeciw-wirusowego 1-MNA, a także na skutek wzrostu kosztów wytwarzania spowodowanego dużą inflacją<sup>59</sup>.

### 1.5. Zagrożenie upadłością Pharmena S.A. na tle innych spółek notowanych na GPW z sektora produkcja leków

Badając poziom zagrożenia upadłością Pharmena S.A. warto przedstawić jej sytuację na tle innych podobnych przedsiębiorstw. W tym celu przeprowadzona została analiza dyskryminacyjna z wykorzystaniem polskich modeli prognozowania upadłości dla pięciu spółek notowanych na rynku głównym GPW działających w sektorze produkcja leków.

Pierwszym modelem zastosowanym do zbadania zagrożenia upadłością jest model E. Mączyńskiej. Wyniki analizy z wykorzystaniem tego modelu zostały przedstawione w tabeli 1.14.

**Tabela 1.14. Wartości modelu E. Mączyńskiej dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	2,1192	0,5826	2,2861	-4,1127	-2,2511	-0,7114
Bioton S.A.	2,0067	-8,1636	-3,0038	-7,4876	2,2138	1,0815
Celon Pharma S.A.	4,9583	3,4446	3,3471	1,2342	0,2429	0,0978
Biomed-Lublin S.A.	-6,8460	0,8652	-10,9866	1,4807	1,6090	1,9789
PZ Cormay S.A.	-0,3750	0,3279	-5,6597	-8,8508	0,9343	0,4741
Master Pharm S.A.	3,3679	3,0495	5,2814	4,1570	1,0633	0,6763

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

W badanym okresie dwie spółki – Celon Pharma S.A. i Master Pharm S.A., zgodnie z modelem E. Mączyńskiej nie były zagrożone upadłością w żadnym z analizowanych lat. Ich kondycja jednak znacznie się pogorszyła od 2016 roku, kiedy prezentowały one bardzo wysokie wartości funkcji. Pozostałe firmy minimum dwukrotnie w ciągu 6 lat wykazywały wartości

<sup>58</sup> Pharmena S.A., *Sprawozdanie zarządu za 2020 rok*, [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), dostęp: 1.06.2022 r.

<sup>59</sup> Pharmena S.A., *Sprawozdanie zarządu za 2021 rok*, [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), dostęp: 1.06.2022 r.

poniżej punktu granicznego. Można również zauważyć brak zagrożenia upadłością spółek z sektora produkcja leków, za wyjątkiem Pharmena S.A., od roku 2020. W latach 2020-2021 Pharmena S.A. miała więc najgorszą kondycję finansową na tle sektora, który prezentował bezpieczne wartości funkcji.

Kolejnym modelem wykorzystanym do porównania zagrożenia upadłością Pharmena S.A. do innych spółek z sektora produkcja leków jest model D. Hadasik. Wyniki analizy prezentuje tabela 1.15.

**Tabela 1.15. Wartości modelu D. Hadasik dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	1,7856	1,8414	2,1009	2,0387	1,7854	1,5613
Bioton S.A.	1,7497	1,7175	1,7204	1,4937	1,7258	1,8652
Celon Pharma S.A.	-6,2688	-3,6408	-2,2790	1,2937	1,3106	1,1894
Biomed-Lublin S.A.	0,1442	0,9866	0,6376	0,8569	0,8781	1,2772
PZ Cormay S.A.	2,0316	1,8667	1,7665	1,7171	1,2113	1,5555
Master Pharm S.A.	1,0203	1,4611	1,1734	1,4569	1,5801	1,6812

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

Model D. Hadasik zakwalifikował badane firmy, za wyjątkiem Celon Pharma S.A., do spółek o dobrej kondycji finansowej we wszystkich latach analizowanego okresu. Spółka Celon Pharma wykazała ujemne wartości modelu, ponieważ utrzymywała zbyt duże wartości środków pieniężnych, które jednak inwestowała w płynne instrumenty finansowe bądź lokaty bankowe. W latach 2016-2021 Pharmena S.A. według modelu D. Hadasik wykazywała zbliżoną kondycję finansową do Bioton S.A., PZ Cormay S.A. i korzystniejszą sytuację ekonomiczną niż pozostałe firmy.

Do oceny zagrożenia upadłością badanych spółek w latach 2016-2021 posłużył również model D. Wierzy, dla którego wartości współczynników przedstawia tabela 1.16.

**Tabela 1.16. Wartości modelu D. Wierzy dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	0,9094	0,3921	0,6933	-1,0744	-0,8356	-0,2941
Bioton S.A.	-0,3439	0,0588	-0,9172	-0,6324	0,3691	-0,0948
Celon Pharma S.A.	2,4271	1,3513	1,1040	-0,0331	-0,4981	-0,0670

<b>Biomed-Lublin S.A.</b>	-2,8553	-0,0624	-4,3320	0,5930	0,1263	0,4975
<b>PZ Cormay S.A.</b>	-0,2628	-0,1262	-2,0276	-2,9256	-0,8369	0,1952
<b>Master Pharm S.A.</b>	2,0814	1,6756	2,2545	1,8435	1,2530	1,3216

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS.

Jedyną firmą, która od 2016 roku wykazywała bezpieczny poziom funkcji D. Wierzby jest Master Pharm S.A. Pozostałe spółki osiągały wartości ujemne przynajmniej w 3 latach badanego okresu. Pharmena S.A. od 2016 do 2018 roku miała lepszą kondycję finansową niż Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. oraz PZ Cormay S.A. Od roku 2020, jej stopień zagrożenia upadłością znacznie wzrósł i był najwyższy spośród firm z sektora produkcja leków. Warto również zauważyć, że średnio 3 firmy w każdym roku wykazywały niekorzystną wartość modelu Wierzby.

W tabeli 1.17 przedstawiono wyliczone dla badanych firm wartości modelu A. Hołdy.

**Tabela 1.17. Wartości modelu A. Hołdy dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

<b>Spółka</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Pharmena S.A.</b>	1,8439	2,0521	1,6466	1,6237	1,1816	1,0185
<b>Bioton S.A.</b>	1,5010	1,1349	1,2464	0,7459	1,1516	1,2700
<b>Celon Pharma S.A.</b>	18,8940	12,9731	10,5486	2,4406	1,0301	b.d.
<b>Biomed-Lublin S.A.</b>	0,2761	0,8767	-0,1163	0,3282	0,5163	1,8974
<b>PZ Cormay S.A.</b>	1,5649	1,4467	0,9683	0,8977	0,8112	1,4551
<b>Master Pharm S.A.</b>	3,6444	2,6314	3,6608	2,9063	2,4412	2,3139

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

Model A. Hołdy nie wykazał zagrożenia upadłością żadnej z analizowanych firm, jednak w 2018 roku zakwalifikował Biomed-Lublin S.A. do spółek o niepewnej sytuacji finansowej. Pharmena S.A. w latach 2016-2018 wykazywała gorszą kondycję finansową od Celon Pharma S.A. i Master Pharm S.A., a w latach 2019-2021 mniej korzystną niż Master Pharm S.A. Ponadto można zauważyć malejące wartości funkcji dla większości badanych firm od 2016 roku.

Analiza sprawozdań finansowych z wykorzystaniem modelu poznańskiego wykazała wartości zaprezentowane w tabeli 1.18.

**Tabela 1.18. Wartości modelu poznańskiego dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	4,2436	3,5347	3,6231	0,8140	-0,6015	1,1791
Bioton S.A.	1,5983	1,7007	1,0718	0,2868	2,5848	2,1108
Celon Pharma S.A.	43,3824	29,8266	24,1001	5,1408	2,0777	5,7448
Biomed-Lublin S.A.	-1,3597	0,9458	0,0364	2,4504	2,5324	5,6032
PZ Cormay S.A.	2,2093	2,7744	1,2040	0,9367	2,4197	3,2217
Master Pharm S.A.	9,5388	6,8980	9,4957	7,5335	5,8145	5,4985

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

Model poznański zakwalifikował przedsiębiorstwa Bioton S.A., Celon Pharma S.A., PZ Cormay S.A. i Master Pharm S.A. do firm niezagrażonych upadłością w latach 2016-2021. Wykrył on natomiast możliwość upadku Biomed-Lublin S.A. w roku 2016 oraz Pharmena S.A. w 2020 roku. Najlepszą kondycję finansową w całym analizowanym okresie miała spółka Master Pharm S.A., która wykazywała wysokie oraz stabilne wartości modelu. Bardzo wysokie wyniki funkcji Celon Pharma S.A. w latach 2016-2021 wynikają z posiadania przez nią dużych ilości środków pieniężnych, jednak po roku 2019 znacząco one spadły. Pharmena S.A. w latach 2016-2018 posiadała lepszą kondycję finansową niż Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. oraz PZ Cormay S.A. Od roku 2020 wykazywała natomiast niższe wartości funkcji dyskryminacyjnej od pozostałych firm. Oznacza to, że Pharmena S.A. w latach 2020-2021 była firmą z najłabszą kondycją finansowo-ekonomiczną w rozpatrywanym sektorze, a jej sytuacja w ciągu 6 lat się pogorszyła.

Wyniki analizy dyskryminacyjnej z wykorzystaniem modelu B. Prusaka zostały zaprezentowane w tabeli 1.19. Model B. Prusaka już od pierwszego roku badanego okresu wykrył zagrożenie upadłością czterech z sześciu analizowanych firm. Jedynie spółka Master Pharm S.A. utrzymywała bezpieczne wartości funkcji dyskryminacyjnej w niemal wszystkich latach, za wyjątkiem roku 2020, kiedy została zakwalifikowana do „szarej strefy”. Pharmena S.A. pomimo niskich wyników modelu, miała lepszą sytuację finansową w latach 2016-2018 niż Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. oraz PZ Cormay S.A. Jednakże od roku 2020 jej zagrożenie upadłością wzrosło i było wyższe niż dla pozostałych firm. Wartości modelu B. Prusaka dla firm z sektora produkcja leków były niskie, ponieważ uwzględnia on koszty operacyjne oraz zysk operacyjny, a

spółki z tego sektora charakteryzują się wysokimi kosztami operacyjnymi i często prezentują stratę operacyjną.

**Tabela 1.19. Wartości modelu B. Prusaka dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	0,0039	-0,3484	-0,0463	-2,2440	-2,1129	-1,4142
Bioton S.A.	-1,3185	-0,8728	-1,8512	-1,4386	-0,1823	-0,7248
Celon Pharma S.A.	11,9892	7,6693	6,4839	0,2072	-1,0892	-0,1125
Biomed-Lublin S.A.	-4,3846	-0,4290	-6,1619	-0,2512	-0,2206	0,4655
PZ Cormay S.A.	-0,7926	-0,5398	-3,2953	-4,5251	-1,4271	-0,2297
Master Pharm S.A.	1,6182	1,0441	2,1019	1,4151	0,5422	0,9349

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

Ostatnim modelem, który posłużył do oceny zagrożenia upadłością jest model T. Maślanki. Wyniki przeprowadzonej z jego pomocą analizy prezentuje tabela 1.20.

**Tabela 1.20. Wartości modelu T. Maślanki dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021**

Spółka	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pharmena S.A.	1,7302	0,3452	2,6915	-5,7530	-2,0725	-1,0601
Bioton S.A.	-0,2657	0,3312	-0,9474	-0,0831	1,5972	0,6709
Celon Pharma S.A.	6,2949	3,3243	2,8120	0,7540	1,0803	1,4878
Biomed-Lublin S.A.	-1,7842	0,7393	-3,7022	2,6271	0,9964	1,6857
PZ Cormay S.A.	-0,2216	0,3370	-4,4585	-6,3650	0,4430	0,5907
Master Pharm S.A.	4,3881	3,5278	7,1495	5,0056	2,8244	3,9526

Źródło: opracowanie własne na podstawie *jednostkowych sprawozdań finansowych* Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin S.A., PZ Cormay S.A., Master Pharm S.A. za lata 2016-2021 publikowanych na ich stronach internetowych oraz w bazie danych EMIS, dostęp: 19.05.2022 r.

Analiza dyskryminacyjna z wykorzystaniem modelu T. Maślanki wykazała zagrożenie upadłością czterech badanych spółek w przynajmniej 2 latach. Jedynie spółki Celon Pharma S.A. i Master Pharm S.A. we wszystkich latach od 2016 roku charakteryzowały się dobrą kondycją finansową. Pharmena S.A. w 2016 i 2018 roku prezentowała wyższe wartości funkcji modelu niż Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. i PZ Cormay S.A. Od roku 2019 ryzyko zaprzestania przez nią działalności znacznie wzrosło i było większe niż dla pozostałych firm z badanego sektora.

Analiza dyskryminacyjna z wykorzystaniem polskich modeli upadłościowych, przeprowadzona dla spółek notowanych na GPW z sektora produkcja leków wykazała, że w latach 2016-2018 jedynie dwie spółki - Celon Pharma S.A. i Master Pharm S.A., charakteryzowały się korzystniejszą sytuacją finansową niż Pharmena S.A. Późniejszy gwałtowny spadek kondycji finansowej przedsiębiorstwa Pharmena S.A. spowodował, że w 2019 roku wyższe zagrożenie upadłością od niego miała wyłącznie spółka PZ Cormay S.A. Od roku 2020 przedsiębiorstwo Pharmena S.A. według modeli E. Mączyńskiej, D. Wierzyby, B. Prusaka i T. Maślanki charakteryzowało się największym ryzykiem zaprzestania działalności spośród badanych firm. Wartości funkcji modelu A. Hołdy, pomimo osiągnięcia bezpiecznych poziomów, wskazały na spadek kondycji finansowo-ekonomicznej badanej spółki. Model poznański wykazał natomiast, że w latach 2020-2021 posiadała ona mniej korzystną sytuację finansową niż pozostałe firmy. Jedynie według modelu D. Hadasik sytuacja Pharmena S.A. była lepsza niż pozostałych firm.

Na przestrzeni badanych lat zagrożenie upadłością badanych spółek, za wyjątkiem Pharmena S.A., znacznie zmalało. W okresie 2016-2021 sytuacja finansowa Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. oraz PZ Cormay S.A. uległa poprawie, na co wskazuje spadek ilości modeli wykrywających zagrożenie kontynuacji ich działalności w ostatnich latach badanego okresu, a także wzrost wartości obliczonych dla nich funkcji dyskryminacyjnych. Wartości modeli wczesnego ostrzegania prezentowane przez Celon Pharma S.A. zmalały w analizowanym okresie, jednakże ryzyko upadłości spółki wzrosło w mniejszym stopniu niż w przypadku Pharmena S.A. Przedsiębiorstwo Master Pharm S.A. w badanym okresie nie było zagrożone upadłością, jedynie w 2019 roku model B. Prusaka zakwalifikował go do szarej strefy.

Przeprowadzone badania wskazują, że przedsiębiorstwo Pharmena S.A. w latach 2020-2021 charakteryzowało się gorszą sytuacją finansową niż pozostałe firmy notowane na GPW należące do indeksu WIG-LEKI. Ponadto jego zagrożenie upadłością wzrosło względem pozostałych analizowanych firm, których kondycja finansowa w ostatnich latach się poprawiła. Warto także zaznaczyć, że pomimo występowania pandemii, zagrożenie upadłością spółek z sektora produkcja leków, za wyjątkiem Pharmena S.A., nie zwiększyło się.

## 1.6. Zakończenie

Upadłość przedsiębiorstw jest zjawiskiem powszechnie występującym w gospodarce wolnorynkowej. Pomimo korzystnego wpływu na globalną gospodarkę poprzez eliminacje

nieefektywnych firm, ma ona jednak wiele negatywnych skutków. Ważne jest zatem, aby znać symptomy pojawiające się, gdy przedsiębiorstwo coraz gorzej funkcjonuje, ponieważ daje to możliwość wcześniejszego podjęcia kroków mających na celu poprawę sytuacji jednostki, aby nie doprowadzić do jej upadłości i poniesienia strat. Jednymi z przesłanek zagrożenia kontynuacji działalności są problemy z płynnością finansową, niekorzystne poziomy wskaźników finansowych, braki kadrowe oraz znaczne straty z działalności operacyjnej. Natomiast przyczynami upadłości są między innymi braki doświadczenia i niekompetencja kadry kierowniczej, brak postępu technologicznego, nietrafione inwestycje, zbyt szybki rozwój przedsiębiorstwa, a także silna konkurencja w branży. Na problemy przedsiębiorstw wpływ mają także recesja w gospodarce oraz wzrost poziomu inflacji.

Na przestrzeni lat, wielu badaczy w Polsce i na świecie podjęło próbę stworzenia skutecznych systemów wczesnego ostrzegania, między innymi opartych na analizie dyskryminacyjnej. Jednymi z modeli stworzonych przez polskich autorów są modele zaproponowane przez E. Mączyńską, D. Hadasik, D. Wierzbę, A. Hołdę, M. Hamrola, B. Czajkę i M. Piechockiego, B. Prusaka oraz T. Maślankę. Ich głównymi zaletami jest wysoka skuteczność prognozy, łatwe do interpretacji wyniki oraz fakt, że uwzględniają jednocześnie wiele zmiennych.

Do oceny ryzyka upadłości Pharmena S.A. w okresie 2016-2021 wykorzystano siedem polskich modeli wczesnego ostrzegania. Analizując tendencję zmian wartości funkcji dyskryminacyjnych można wywnioskować, że zagrożenie upadłością badanej spółki wzrosło w trzech ostatnich latach. Modele E. Mączyńskiej, D. Wierzby i T. Maślanki zasygnalizowały ryzyko zaprzestania działalności spółki w okresie 2019-2021. Natomiast model B. Prusaka negatywnie ocenił kondycję finansową firmy w każdym roku analizowanego okresu. Model poznański osiągnął ujemną wartość wyłącznie w 2020 roku, lecz także wskazał na pogorszenie się sytuacji spółki po 2018 roku. Jedynie wartości modeli A. Hołdy i D. Hadasik od 2016 roku przekraczały poziom graniczny, jednakże z roku na rok malały.

Zastosowanie modeli dyskryminacyjnych dla spółek notowanych na GPW należących do indeksu WIG-LEKI wykazało, że przedsiębiorstwo Pharmena S.A. w latach 2020-2021 było w większym stopniu zagrożone upadłością niż pozostałe firmy. Analiza wartości modeli E. Mączyńskiej, D. Wierzby, B. Prusaka i T. Maślanki wykazała, że przedsiębiorstwo Pharmena S.A. w okresie 2020-2021 charakteryzowało się największym ryzykiem zaprzestania działalności spośród badanych firm. Natomiast model poznański wykrył, że w latach 2020-2021 Pharmena



S.A. posiadała mniej korzystną sytuację finansową niż pozostałe firmy, jednakże nie była ona zagrożona upadłością. W przeciwieństwie do pozostałych analizowanych firm, zagrożenie upadłością spółki Pharmena S.A. na przestrzeni lat znacznie wzrosło i w okresie 2019-2021 było dużo większe niż wcześniej. Od 2020 roku sytuacja finansowa Bioton S.A., Biomed-Lublin S.A. oraz PZ Cormay S.A. uległa poprawie. Wartości modeli prezentowane przez Celon Pharma S.A. i Master Pharm S.A. wykazały spadek w porównaniu do wyników osiągniętych w 2016 roku, lecz mimo to, zagrożenie upadłością tych spółek znacząco się nie zwiększyło.

Obydwie postawione w pracy hipotezy badawcze zostały pozytywnie zweryfikowane. Przeprowadzone badania potwierdziły założenia o zagrożeniu kontynuacji działalności Pharmena S.A. w okresie 2016-2021. Analiza dyskryminacyjna z wykorzystaniem polskich modeli prognozowania upadłości zasygnalizowała zagrożenie upadłością spółki w latach 2019-2021. Wykryła ona również, gwałtowne pogorszenie się jej sytuacji po roku 2018 oraz znaczny wzrost ryzyka zaprzestania przez nią działalności na przestrzeni sześciu lat. Zastosowanie modeli upadłościowych do zbadania sytuacji Pharmena S.A., Bioton S.A., Celon Pharma S.A., Biomed-Lublin Wytwórnia Surowic i Szczepionek S.A., PZ Cormay S.A. oraz Master Pharm S.A. potwierdziło natomiast hipotezę, iż latach 2016-2021 wzrastało ryzyko upadłości Pharmena S.A. względem pozostałych spółek notowanych na rynku głównym GPW należących do sektora produkcja leków. Przeprowadzona analiza wykazała, że zagrożenie upadłością Pharmena S.A., w przeciwieństwie do pozostałych firm, znacznie wzrosło pod koniec analizowanego okresu i w latach 2020-2021 było największe spośród badanych jednostek.

## Literatura

### Piśmiennictwo:

- Altman E.I., *Financial Ratios, Discriminant Analysis, and the Prediction of Corporate Bankruptcy*, „Journal of Finance” 1968, Volume 23, Issue 1.
- Bombiak E., *Modele dyskryminacyjne jako metoda oceny sytuacji finansowej przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej w Siedlcach. Administracja i Zarządzanie.” 2010, nr 86.
- Hadasik D., *Upadłość przedsiębiorstw w Polsce i metody jej prognozowania*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1998.
- Hamrol M., Czajka B., Piechocki M., *Upadłość przedsiębiorstwa – model analizy dyskryminacyjnej*, „Przegląd Organizacji” 2004, nr 6 .
- Herman S., *Analiza porównawcza zdolności predykcyjnej wybranych metod prognozowania upadłości przedsiębiorstw*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2018, nr 3.

- Hołda A., Micherda B., *Kontynuacja działalności jednostki i modele ostrzegające przed upadłością*, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów, Warszawa 2007.
- Hołda A., Strojny K., *Determinanty upadłości przedsiębiorców w Polsce – systematyka i badanie komparatywne opinii kadry zarządzającej i syndyków*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości” 2019, tom 101 (157).
- Hołda A., *Zasada kontynuacji działalności i prognozowanie upadłości w polskich realiach gospodarczych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006.
- Jagiello R., *Analiza dyskryminacyjna i regresja logistyczna w procesie oceny zdolności kredytowej przedsiębiorstw*, „Materiały i Studia. Zeszyt nr 286”, Narodowy Bank Polski 2013.
- Kasjaniuk M., *Zastosowanie analizy dyskryminacyjnej do modelowania i prognozowania upadłości przedsiębiorstw*, „Barometr Regionalny” 2006, nr 6.
- Kisielińska J., *The effectiveness of corporate bankruptcy models / Skuteczność modeli upadłości przedsiębiorstw*, „Economic and Regional Studies” 2016, tom. 9, nr 1.
- Kopczyński P., *Prognozowanie upadłości spółek giełdowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.
- Korol T., Prusak B., *Upadłość przedsiębiorstw a wykorzystanie sztucznej inteligencji*, wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
- Kowalak R., *Rola systemów wczesnego ostrzegania w procesie podejmowania decyzji o restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 472.
- Letkowski D., *Weryfikacja skuteczności wykorzystania funkcji dyskryminacyjnej do przewidywania zmian kursów akcji*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014, nr 67.
- Maślanka T., *Płynność finansowa determinantą zdolności kontynuacji działalności przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2019.
- Maślanka T., *Weryfikacja skuteczności modeli predykcji bankructwa polskich przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne” 2012, nr 12.
- Mazurczak-Mąka A., *Weryfikacja wykonalności przyjętego przez jednostkę założenia kontynuacji działalności jako istotny element badania sprawozdania finansowego*, [w:] *Sprawozdawczość i rewizja finansowa. Problemy kwantyfikacji ryzyka gospodarczego*, red. B. Micherda, M. Andrzejewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2013.
- Mączyńska E., Zawadzki M., *Dyskryminacyjne modele predykcji upadłości przedsiębiorstw*, „Ekonomista” 2006, nr 2 (fragmenty).
- Nahotko S., *Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach zagrożenia upadłością*, Wydawnictwo AJG, Bydgoszcz 2003.
- Nowak E., *Ocena zagrożeń kontynuowania działalności przedsiębiorstwa w świetle zasad rachunkowości*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy zarządzania, finansów i marketingu.” 2010, nr 593.
- Nowak E., *Rachunkowość jako źródło informacji o sytuacji finansowej przedsiębiorstw w ocenie zagrożenia upadłością*, „Barometr Regionalny” 2008, nr 2(12).
- Olszewska K., Turek T., *Analiza dyskryminacyjna jako narzędzie informacyjne w zakresie kondycji finansowej przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie.” 2018, nr 31.
- Pawłowski M., *Modele dyskryminacyjne w ocenie ryzyka upadłości emitenta obligacji korporacyjnych*, „Polityki Europejskie, Finanse i Marketing” 2018, nr 19.
- Prusak B., *Zdolność jednostki do kontynuowania działalności w świetle przepisów o rachunkowości i metody jej oceny*, [w:] *Zarządzanie finansami: inwestycje i wycena przedsiębiorstw*, red. Zarzecki D., Wyd. USz, Szczecin 2006, t. II.
- Ptak-Chmielewska A., *Wykorzystanie modeli przeżycia i analizy dyskryminacyjnej do oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw*, „Ekonometria” 2012, nr 4.

Tłuczak A., *Zastosowanie dyskryminacyjnych modeli przewidywania bankructwa do oceny ryzyka upadłości przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu” 2013, nr 2.

Zimmerman P., *Prawo upadłościowe. Prawo restrukturyzacyjne. Komentarz*. Wyd. 7, Warszawa 2022.

#### **Akty prawne**

Międzynarodowy Standard Rewizji Finansowej 570, *Kontynuacja działalności*.

Ustawa z dnia 15 maja 2015 r. *Prawo restrukturyzacyjne*, Dz.U. 2015 poz. 978 z późn. zm.

Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. *Prawo upadłościowe*, Dz. U. 2003 poz. 535 z późn. zm.

#### **Źródła internetowe:**

EMIS, [www.emis.com](http://www.emis.com), dostęp: 19.05.2022 r.

*Jednostkowe sprawozdanie finansowe Biomed-Lublin Wytwórnia Surowic i Szczepionek*

S.A., 2015-2021, [www.biomedlublin.com](http://www.biomedlublin.com), dostęp: 19.05.2022 r.

*Jednostkowe sprawozdanie finansowe Bioton S.A.*, 2015-2021, [www.bioton.com](http://www.bioton.com), dostęp: 19.05.2022 r.

*Jednostkowe sprawozdanie finansowe Celon Pharma S.A.*, 2015-2021, [www.celonpharma.com](http://www.celonpharma.com), dostęp: 19.05.2022 r.

*Jednostkowe sprawozdanie finansowe Master Pharm S.A.*, 2015-2021, [www.masterpharm.pl](http://www.masterpharm.pl), dostęp: 19.05.2022 r.

*Jednostkowe sprawozdanie finansowe PZ Cormay S.A.*, 2015-2021, [www.cormay.pl](http://www.cormay.pl), dostęp: 19.05.2022 r.

*Sprawozdanie zarządu Pharmena S.A.*, 2019-2021, [www.pharmena.eu](http://www.pharmena.eu), dostęp: 16.05.2022 r.

*Upadłości i restrukturyzacje w Polsce. Wskaźniki prognozujące trudności finansowe oraz wybrane skutki zmian w przepisach z zakresu upadłości i restrukturyzacji*, pwc, [www.pwc.pl](http://www.pwc.pl), dostęp: 9.01.2022 r.

## Rozdział 2

# Reasekuracja towarzystw ubezpieczeniowych w Polsce w latach 2011-2021

Klaudia Żelichowska<sup>1</sup>

### 2.1. Wprowadzenie

Bez wątplenia, każda działalność prowadzona przez podmioty gospodarcze, jest obarczona ryzykiem. Ryzyko to jest odmienne dla różnych branż czy przedsiębiorstw i zależy przede wszystkim od otoczenia, w którym działa dany podmiot, jego formy organizacyjno-prawnej czy też kultury organizacyjnej. Specyfika branży ubezpieczeniowej powoduje, że działalność w niej jest szczególnie narażona na ryzyko. Stąd też niezbędne jest stosowanie rozwiązań, które zapewnią ochronę przed nadmiernym rozprzestrzenianiem się ryzyka oraz umożliwią kontynuację działalności zakładów ubezpieczeniowych. Głównym narzędziem pozwalającym ograniczyć ryzyko na rynku ubezpieczeniowym jest reasekuracja, która jest jedną z najczęściej stosowanych metod w procesie zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym.

Celem niniejszego opracowania jest próba oceny wpływu reasekuracji na działalność zakładów ubezpieczeniowych działających w formie spółek akcyjnych oraz towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. W nawiązaniu do tak określonego problemu badawczego sformułowano hipotezę, zgodnie z którą reasekuracja ma istotne znaczenie w ograniczaniu ryzyka działalności zakładów ubezpieczeń majątkowych oraz pozostałych osobowych, zarówno spółek akcyjnych jak i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. W celu weryfikacji postawionej hipotezy omówiono możliwe formy prowadzenia działalności reasekuracyjnej w Polsce. Następnie przedstawiono wybrane definicje oraz funkcje ryzyka w działalności ubezpieczeniowej, a także omówiono metodę reasekuracji wpływającej na jego ograniczenie. Ostatnia część artykułu traktuje o zastosowaniu metody reasekuracji na rynku ubezpieczeniowym w Polsce w latach 2011-

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

2021. W artykule wykorzystano źródła krajowe, w tym akty prawne oraz raporty publikowane przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Komisję Nadzoru Finansowego.

## 2.2. Formy prowadzenia działalności reasekuracyjnej w Polsce

Podstawą prawną dla prowadzenia działalności reasekuracyjnej w Polsce jest Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej<sup>2</sup> oraz Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE)<sup>3</sup>. Powyższe akty prawne opisują możliwe formy organizacyjno-prawne prowadzenia działalności reasekuracyjnej, uwarunkowania oraz niezbędne czynności, które trzeba spełnić, aby taką działalność wykonywać. Wśród takich form wymienia się spółkę akcyjną, товариство ubezpieczeń wzajemnych oraz spółkę europejską.

Ustrój spółki akcyjnej jest regulowany przez przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Kodeks spółek handlowych, z zastrzeżeniem pierwszeństwa regulacji ubezpieczeniowych nad przepisami kodeksu<sup>4</sup>. Przez spółkę akcyjną rozumie się spółkę kapitałową, która posiada osobowość prawną oraz kapitał zakładowy utworzony z wkładów akcjonariuszy<sup>5</sup>. Statut takiej spółki prowadzącej działalność reasekuracyjną wymaga przed zarejestrowaniem zatwierdzenia przez organ nadzoru. Ponadto, minimalny kapitał zakładowy różni się od tego określonego w kodeksie spółek handlowych i ma charakter gwarancyjny. Nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego wymaganego dla tego zakładu. Kapitał zakładowy jest pokrywany wkładem pieniężnym i podlega wpłaceniu w całości przed zarejestrowaniem spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Kolejnym uwarunkowaniem założenia spółki jest to, że środki na opłacenie kapitału nie mogą pochodzić z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł oraz nie mogą mieć związku z finansowaniem terroryzmu<sup>6</sup>. Bardziej rygorystyczne podejście niż w przypadku tradycyjnych spółek akcyjnych prawa handlowego dotyczy także akcji. Co do zasady, akcje zakładu reasekuracji mogą być jedynie akcjami imiennymi. Wyłączone z tej zasady są akcje zdematerializowane,

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844)

<sup>3</sup> Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE).

<sup>4</sup> P. Gołąb, *Współczesne formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 3, s. 93.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037 z późn. zm.), art. 301.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.), art. 79, 80.

dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym zgodnie z przepisami ustawy o obrocie instrumentami finansowymi. Zbycie akcji imiennych wymaga, wydanej w drodze decyzji, zgody organu nadzoru jeżeli następuje w okresie do 12 miesięcy od dnia dokonania wpisu krajowego zakładu reasekuracji do Krajowego Rejestru Sądowego. Zbycie tych akcji bez zgody organu nadzoru jest nieważne<sup>7</sup>.

Innym ograniczeniem jest obowiązek zawiadomienia organu nadzoru o zamiarze objęcia lub nabycia akcji. Podmiot, który zamierza bezpośrednio lub pośrednio nabyć lub objąć akcje lub prawa z akcji krajowego zakładu reasekuracji w liczbie zapewniającej osiągnięcie albo przekroczenie odpowiednio jednej dziesiątej, jednej piątej, jednej trzeciej, jednej drugiej ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu lub udziału w kapitale zakładowym, zawiadamia organ nadzoru o zamiarze ich nabycia albo objęcia. Podmiot, który zamierza bezpośrednio lub pośrednio stać się jednostką dominującą zakładu reasekuracji w sposób inny niż przez nabycie albo objęcie akcji lub praw z krajowego zakładu reasekuracji w liczbie zapewniającej większość ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu, zawiadamia o tym zamiarze organ nadzoru – Komisję Nadzoru Finansowego<sup>8</sup>.

Organami reasekuracyjnej spółki akcyjnej są: walne zgromadzenie akcjonariuszy, rada nadzorcza i zarząd. Kompetencje i zasady działania walnego zgromadzenia są opisane w Kodeksie spółek handlowych<sup>9</sup>. Natomiast opis składu i wymagań w stosunku do członków organów zarządzających oraz kompetencji zarządu jest zawarty w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Członkiem zarządu reasekuracyjnej spółki akcyjnej może być osoba, która spełnia następujące wymagania<sup>10</sup>:

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- posiada wyższe wykształcenie uzyskane w Rzeczypospolitej Polskiej lub uzyskane w innym państwie wykształcenie będące wykształceniem wyższym w rozumieniu właściwych przepisów tego państwa;

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, art. 80.

<sup>8</sup> *Ibidem*, art. 82.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037 z późn. zm.), art.393.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.), art. 48.

- nie była skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe prawomocnym wyrokiem sądu;
- daje rękojmię prowadzenia spraw zakładu w sposób należyty.

Z kolei członek rady nadzorczej musi spełniać łącznie powyższe wymagania (pkt.1-3) oraz dodatkowo dawać rękojmię należytego wykonywania swojej funkcji<sup>11</sup>.

Zarząd spółki akcyjnej prowadzącej działalność reasekuracyjną składa się z co najmniej dwóch członków, w skład zarządu wchodzi prezes. Ponadto, co najmniej połowa członków zarządu, w tym prezes zarządu oraz członek zarządu odpowiedzialny za zarządzanie ryzykiem, musi posiadać udowodnioną znajomość języka polskiego oraz posiadać doświadczenie zawodowe niezbędne do zarządzania zakładem ubezpieczeń lub zakładem reasekuracji<sup>12</sup>.

Przepisy ustawy nakładają dodatkowo ograniczenie, które nie pozwalają na łączenie innych funkcji członka organów zarządzających. Zatem członkiem zarządu zakładu reasekuracji nie może być osoba będąca członkiem organu zarządzającego<sup>13</sup>:

- towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub zarządzającego ASI w rozumieniu ustawy o funduszach inwestycyjnych prowadzącej działalność na podstawie zezwolenia;
- podmiotu prowadzącej działalność maklerską w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1500, 1488 i 1933) lub inną działalność w zakresie obrotu instrumentami finansowymi w rozumieniu tej ustawy;
- powszechnego towarzystwa emerytalnego;
- banku.

Alternatywną do reasekuracyjnej spółki akcyjnej formą prowadzenia działalności reasekuracyjnej jest towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo reasekuracji wzajemnej. Formę tą cechuje zupełnie inny charakter niż w przypadku spółek akcyjnych, ponieważ definiuje się ją jako zakład reasekuracji, który przyjmuje ryzyko cedowane przez swoich członków na zasadzie wzajemności<sup>14</sup>. Zatem towarzystwo działa w interesie jego członków, a nie jak w przypadku spółki akcyjnej – czynnika zewnętrznego – akcjonariusza<sup>15</sup>. Istotą towarzystwa jest

---

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> *Ibidem*, art. 50.

<sup>13</sup> *Ibidem*, art. 53.

<sup>14</sup> *Ibidem*, art. 103.

<sup>15</sup> M. Płonka, *Zasada wzajemności jako przesłanka konkurencyjności w sektorze ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Polskie Towarzystwo Ekonomiczne” 2011, nr 11, s. 4.

prowadzenie działalności w oparciu o ideę wzajemności, solidaryzmu społecznego. Jest to idea najstarsza historycznie związana z pomocą wzajemną, samopomocą grupy w obliczu określonego zagrożenia np. określonych rodzajów ryzyka<sup>16</sup>. Towarzystwa działają w oparciu o ustanowiony we własnym zakresie statut oraz odpowiednią podstawę prawną, którą stanowi Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11.09.2015 r.<sup>17</sup>. Statut T UW musi być sporządzany w formie aktu notarialnego, przed zarejestrowaniem konieczne jest jego zatwierdzenie przez organ nadzoru. Statut określa w szczególności<sup>18</sup>:

- nazwę i siedzibę towarzystwa;
- terytorialny zasięg działalności;
- liczbę członków zarządu i rady nadzorczej;
- zakres rzeczowy działalności z określeniem działu, grup i rodzajów ubezpieczeń oraz zakres działalności reasekuracyjnej;
- wysokość kapitału zakładowego;
- zasady wykorzystania nadwyżki bilansowej oraz sposób pokrycia strat;
- zasady umarzania udziałów;
- zasady uzyskania i utraty członkostwa oraz rodzaje członkostwa;
- sposób rozwiązania towarzystwa;
- zasady dokonywania ogłoszeń towarzystwa, w tym oznaczenie pisma do ogłoszeń;
- organ uprawniony do zatwierdzania ogólnych warunków ubezpieczenia.

Jeżeli statut towarzystwa reasekuracji wzajemnej nie stanowi inaczej - uzyskanie członkostwa w towarzystwie reasekuracji wzajemnej jest związane z zawarciem umowy reasekuracji, a jego utrata - z wygaśnięciem stosunku reasekuracji. Ponadto, kapitał zakładowy towarzystwa reasekuracji wzajemnej nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego wymaganego dla zakładu reasekuracji, o którym mowa odpowiednio w art. 272 ust. 1 pkt 4 lub 5<sup>19</sup>. Do organów towarzystwa reasekuracji wzajemnej zalicza się:

---

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn zm.), art. 8.

<sup>18</sup> *Ibidem*, art. 106.

<sup>19</sup> *Ibidem*, art. 112-114.



zarząd towarzystwa, radę nadzorczą towarzystwa oraz walne zgromadzenie członków towarzystwa<sup>20</sup>.

Zarząd towarzystwa prowadzi sprawy towarzystwa oraz go reprezentuje. W skład zarządu mogą wchodzić osoby spośród członków towarzystwa lub spoza ich grona, przy czym członków zarządu powołuje i odwołuje walne zgromadzenie, chyba że statut towarzystwa stanowi inaczej<sup>21</sup>. W kwestiach dotyczących umów oraz ewentualnych sporów między towarzystwem a członkami zarządu, towarzystwo reprezentuje rada nadzorcza lub pełnomocnik wybrany przez walne zgromadzenie. Rada nadzorcza składa się co najmniej z pięciu członków powoływanych i odwoływanych przez walne zgromadzenie, jednakże członek zarządu, likwidator i pracownik towarzystwa zajmujący stanowisko głównego księgowego, radcy prawnego lub inne podlegające bezpośrednio członkowi zarządu nie mogą być równocześnie członkami rady nadzorczej<sup>22</sup>. Najwyższym organem towarzystwa jest walne zgromadzenie, które uchwała m.in. regulamin dla rady nadzorczej określający jej organizację i sposób wykonywania przez nią czynności. Uchwały walnego zgromadzenia zapadają bezwzględną większością głosów oddanych, jeżeli statut towarzystwa lub przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Ze względu na to, że działalność reasekuracyjna towarzystw opiera się o ideę solidaryzmu społecznego i działania w interesie jego członków, uchwała walnego zgromadzenia, która jest sprzeczna ze statutem towarzystwa lub dobrymi obyczajami może być zaskarżona w drodze powództwa o uchylenie uchwały wytoczonego przeciwko towarzystwu<sup>23</sup>.

Kluczowe różnice występujące między działalnością reasekuracyjną w formie spółki akcyjnej a towarzystwem reasekuracji wzajemnej zawiera tabela 2.1.

**Tabela 2.1. Podstawowe różnice między spółką akcyjną a towarzystwem reasekuracji wzajemnej**

Wyszczególnienie	Spółka akcyjna	Towarzystwo reasekuracji wzajemnej
Cel działalności	Działalność nastawiona głównie na osiągnięcie jak najwyższego zysku	Działalność niekomercyjna, wartość społeczna, solidaryzm
Forma działalności i osoby decyzyjne	Spółka akcyjna, akcjonariusze	Towarzystwo reasekuracji wzajemnej, członkowie

<sup>20</sup> *Ibidem*, art. 116.

<sup>21</sup> *Ibidem*, art. 117.

<sup>22</sup> *Ibidem*, art. 123-126.

<sup>23</sup> *Ibidem*, art. 144.

Udział w rynku	Duży	Niewielki, mniejsza popularność
Koszty prowadzenia działalności	Wysokie koszty, ze względu na różne akcje marketingowe, np. reklamy	Niskie koszty
Grupy interesów	Wyróżnia się tutaj klienta jako ubezpieczonego oraz właściciela jako akcjonariusza	Klient oraz właściciel utożsamiani są z członkiem towarzystwa
Jakość obsługi	Różna	Z reguły szybka, działając w interesie członków towarzystwa dbają o szybką likwidację zagrożeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Płonka, *Zasada wzajemności jako przesłanka konkurencyjności w sektorze ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Polskie Towarzystwo Ekonomiczne” 2011, nr 11, s. 4; *Jaka jest różnica pomiędzy towarzystwem ubezpieczeniowym, a towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych?*, <https://rankomat.pl/samochod/roznica-pomiedzy-tu-a-tuw>, dostęp: 6.02.2023 r.

Trzecią formą organizacyjną prawną pozwalającą na prowadzenie działalności reasekuracyjnej jest spółka europejska. Podstawę prawną tej formy jest Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE)<sup>24</sup> oraz uzupełniająco dyrektywa Rady 2001/86/WE z dnia 8 października 2001 r. uzupełniającej statut spółki europejskiej w odniesieniu do uczestnictwa pracowników (tj. Dz. Urz. UE Nr L 294 z 10 listopada 2001 r.)<sup>25</sup>. Dodatkowo, w prawie polskim spółki europejskiej dotyczą regulacje art. 15 i nast. ustawy z dnia 4 marca 2005 r. o europejskim zgrupowaniu interesów gospodarczych i spółce europejskiej (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 234, poz. 1391 ze zm.). Celem powstania tej formy była chęć wprowadzenia jednolitych rozwiązań prawnych, które pozwoliłyby i ułatwiły prowadzenie działalności gospodarczej w skali międzynarodowej<sup>26</sup>. Działalność spółki europejskiej jest uregulowana w prawie wspólnotowym, stanowi ona europejską odmianę spółki akcyjnej i podlega prawu państwa członkowskiego, w którym ma ona swoją statutową siedzibę. Spółkę Europejską mogą tworzyć tylko spółki kapitałowe zarejestrowane w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Spółka ta jako forma spółki akcyjnej posiada następujące cechy: osobowość prawną, kapitał zakładowy podzielony na akcje, wyłączenie odpowiedzialności akcjonariuszy

<sup>24</sup> Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE).

<sup>25</sup> Dyrektywa Rady 2001/86/WE z dnia 8 października 2001 r. uzupełniająca statut spółki europejskiej w odniesieniu do uczestnictwa pracowników (Dz. Urz. UE Nr L294 z 10 listopada 2001 r.).

<sup>26</sup> B. Wiankowski, Z. Bogustawski, J. Borzęcki, D. Korona, *Grupy kapitałowe w Unii Europejskiej i w Polsce*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle „Orgmasz”, Warszawa 2002 s. 71.

za zobowiązania spółki oraz korporacyjną strukturę organów<sup>27</sup>. Cechy odróżniające spółki europejskie od standardowych spółek akcyjnych przedstawia tabela 2.2.

**Tabela 2.2. Cechy spółek europejskich**

Spółka europejska
<ul style="list-style-type: none"> <li>– statut personalny wyznaczony przez regulacje wspólnotowe zawarte w rozporządzeniu,</li> <li>– „wielowarstwowy” katalog źródeł prawa, któremu podlega SE,</li> <li>– szczególne sposoby tworzenia SE, zakładające uczestnictwo spółek z różnych państw członkowskich lub spółek prowadzących działalność wykraczającą poza granice jednego państwa,</li> <li>– siedziba statutowa SE musi znajdować się na terytorium Wspólnoty, w tym samym państwie członkowskim, co jej główny zarząd,</li> <li>– istnieje możliwość przeniesienia siedziby statutowej SE do innego państwa członkowskiego z zachowaniem jej tożsamości podmiotowej,</li> <li>– minimalny kapitał zakładowy wyrażony w euro, i wynoszący 120 000 euro,</li> <li>– możliwość prowadzenia rachunkowości w walucie euro,</li> <li>– możliwość wyboru modelu organów SE pomiędzy systemem dualistycznym (niemieckim) a monistycznym (brytyjskim).</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P. Gołąb, *Współczesne formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 3, s. 96; K. Niedzielska, *Europejska spółka akcyjna*, C.H.Beck, Warszawa 2005, s. 35.

### 2.3. Reasekuracja a ryzyko w branży ubezpieczeniowej

Nieodłącznym elementem działalności reasekuracyjnej jest towarzyszące jej ryzyko. Pojęcie ryzyka jest wieloznaczne i złożone, zatem można je definiować na różne sposoby w zależności od analizowanej sytuacji, okoliczności czy aspektu, którego dotyczy. Najczęściej ryzyko definiuje się na gruncie nauki, której dotyczy dany problem badawczy<sup>28</sup>.

W działalności ubezpieczeniowej ryzyko odgrywa istotną rolę, ponieważ niejako stanowi przedmiot jej działalności. Ze względu na specyficzny charakter działalności ubezpieczeniowej wyróżnia się następujące kategorie ryzyka<sup>29</sup>:

- ryzyko ubezpieczeniowe, dotyczące przedmiotu ubezpieczenia;

<sup>27</sup> Rozporządzenie Rady nr 2157/2001 w sprawie statutu spółki europejskiej (SE) Dz. Urz. UE Nr L 294 z 10 listopada 2001 r., art. 1, art. 38.

<sup>28</sup> W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe – współczesne wyzwania dla zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia i finanse. Rozwój perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 117.

<sup>29</sup> K. Jonas, K. Świetla, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014, s. 390.

- ryzyko ubezpieczyciela, związane z podmiotem ubezpieczenia – zakładem ubezpieczeniowym;
- ryzyko ubezpieczającego, wynikające z zawarcia umowy ubezpieczenia.

Spośród tych kategorii największe znaczenie przypisuje się ryzyku ubezpieczeniowemu ze względu na to, że charakteryzuje się ono dynamiką i elastycznością zmian w czasie wynikającą ze zmieniającego się otoczenia ekonomicznego czy prawnego<sup>30</sup>. Ze względu na brak ogólnie przyjętej definicji ryzyka ubezpieczeniowego, literatura przedmiotu wyróżnia kilka koncepcji jego podziału oraz próby zdefiniowania. Poszczególne koncepcje zawiera tabela 2.3.

**Tabela 2.3. Wybrane sposoby ujmowania ryzyka ubezpieczeniowego**

Sposób ujęcia, zdefiniowania	Treść
Ryzyko czyste	Realizacja ryzyka przynosi tylko stratę a brak jego realizacji nie przynosi ani straty, ani zysku
Ryzyko spekulatywne	Trzy możliwości realizacji ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> <li>– strata</li> <li>– zysk</li> <li>– brak straty i zysku</li> </ul>
Ryzyko osobowe	Powoduje straty w dobrach osobistych, dotyczących życia, zdrowia czy zdolności do pracy
Ryzyko majątkowe	Przyczynia się do powstawania różnych strat wynikających z posiadania nieruchomości, mienia ruchomego, prowadzenia działalności gospodarczej, korzystania z różnych usług finansowych czy wykonywania różnych zawodów
Ryzyko jako niebezpieczeństwo	Potoczny charakter, wynikający z niezrozumienia złożoności ryzyka
Ryzyko jako prawdopodobieństwo wyniku innego niż oczekiwany	Utożsamianie ryzyka jako odchylenie wyniku rzeczywistego od zakładanego
Ryzyko jako niepewność	Niepewność danego zdarzenie, podejście to jest często kwestionowane w literaturze

Źródło: opracowanie własne na podstawie: T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka* [w:] *Podstawy ubezpieczeń, t. I: Mechanizmy i funkcje*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000, s. 28; K. Jonas, K. Świetla, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014, s. 390.

Istotną praktyką zakładów ubezpieczeniowych oraz reasekuracyjnych jest umiejętne zarządzanie ryzykiem. Proces ten związany jest z następującymi etapami<sup>31</sup>:

<sup>30</sup> W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe...*, op. cit., s. 118.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

- identyfikacją i klasyfikacją ryzyka ubezpieczeniowego,
- podjęciem decyzji o ubezpieczeniu i wybór metody ubezpieczenia,
- oceną i pomiarem ryzyka ubezpieczeniowego,
- kalkulacją składki ubezpieczeniowej jako podstawa finansowania ryzyka ubezpieczeniowego,
- transferem ryzyka ubezpieczeniowego poprzez stosowanie reasekuracji.

Identyfikacja i klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego powinna być poprzedzona selekcją oraz klasyfikacją wniosków o zawarcie umowy ubezpieczeniowej, a następnie zawarciem kontraktu<sup>32</sup>. Proces ten wiąże się z wyborem metodologii określenia ryzyka oraz niezbędnych w tym zakresie narzędzi wykorzystywanych do identyfikacji. Przykładowe metody oraz narzędzia wykorzystywane do identyfikacji ryzyka przedstawiono w tabeli 2.4.

**Tabela 2.4. Wybrane metody służące identyfikacji ryzyka**

Metody identyfikowania ryzyka
Metoda oparta na analizie przeszłych szkód związanych z obserwowanym obiektem, który ma być ubezpieczony. W metodzie tej wykorzystuje się takie narzędzia jak rachunek prawdopodobieństwa, statystyka matematyczna, a przy uwzględnieniu dynamiki zjawiska - teorię procesów stochastycznych.
Listy kontrolne zawierające wszystkie możliwe rodzaje ryzyka towarzyszące danej Działalności
Kwestionariusze analizy ryzyka
Systemy ekspertowe
Analiza dokumentów
Wyceny nieruchomości
Analiza kondycji finansowej dłużników oparta na sprawozdaniach finansowych oraz prognozy gospodarcze dotyczące konkretnej branży
Wyniki badań instytutów meteorologicznych, hydrologicznych i seismologicznych oraz instytutów naukowych zajmujących się badaniem zjawisk katastrof, w przypadku ryzyka związanego z żywiołami przyrodniczymi

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe – współczesne wyzwania dla zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia i finanse. Rozwój perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 119.

<sup>32</sup> W. Lewicki, *Zarządzanie ryzykiem na przykładzie ubezpieczeń komunikacyjnych – studium badawcze roli agenta ubezpieczeniowego w procesie weryfikacji danych wpływających na kształtowanie się składki ubezpieczeniowej*, „Organizacja i zarządzanie” 2016, nr 12, s. 1.

Etap oceny oraz pomiaru ryzyka związany jest z oszacowaniem siły oddziaływania określonych rodzajów ryzyka oraz wartości strat<sup>33</sup>. Do efektywnego pomiaru ryzyka stosuje się nowoczesną teorię ryzyka opartą na odpowiednich modelach. Modele służą zmniejszeniu złożoności rozpatrywanych zjawisk w stopniu umożliwiającym ich poznanie oraz ułatwiają zrozumienie zjawisk przeszłych i umożliwiają przewidywanie zjawisk przyszłych<sup>34</sup>.

Proces kalkulacji składki ubezpieczeniowej wiąże się z jej oszacowaniem w taki sposób, aby wielkość tej składki stanowiła rekompensatę finansową wynikającą z podjęcia ryzyka przez zakład ubezpieczeń<sup>35</sup>. Zatem oszacowany poziom składki powinien być tak ustalony, aby zapewnić środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń oraz tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej<sup>36</sup>.

Transfer ryzyka stanowi kluczowy etap całego procesu zarządzania ryzykiem ze względu na to, że w wyniku zawarcia umowy część ryzyka zostaje przeniesiona na drugą stronę kontraktu, co z kolei wpływa na minimalizację ryzyka ponoszonego przez instytucje ubezpieczające<sup>37</sup>. W efekcie dla zakładów ubezpieczeniowych istotnym jest minimalizacja oraz zabezpieczenie się w jak największym stopniu przed ryzykiem wystąpienia takiej sytuacji, w wyniku której następuje niekorzystne odchylenie rzeczywistych roszczeń w stosunku do ich wartości kalkulacyjnej. Głównym narzędziem służącym takiemu zabezpieczeniu jest działalność reasekuracyjna<sup>38</sup>.

Zgodnie z literaturą przedmiotu, reasekuracja jest umową zawieraną między zakładem ubezpieczeń (cedentem) a reasekuratorem (innym zakładem ubezpieczeń lub zakładem reasekuracji), której celem jest odstąpienie części lub całości ubezpieczonego ryzyka wraz z odpowiednią częścią składki reasekuratorowi, który zobowiązuje się do wypłaty cedentowi odpowiedniej części świadczeń wypłacanych ubezpieczonemu<sup>39</sup>. Zatem reasekuracja jest metodą,

---

<sup>33</sup> A. Rurka, *Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym*, „Studia i Materiały / Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski” 2005, nr 1, s. 54.

<sup>34</sup> W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe...*, op.cit., s. 119.

<sup>35</sup> W. Lewicki, *Zarządzanie ryzykiem na przykładzie ubezpieczeń komunikacyjnych...*, op. cit., s. 1.

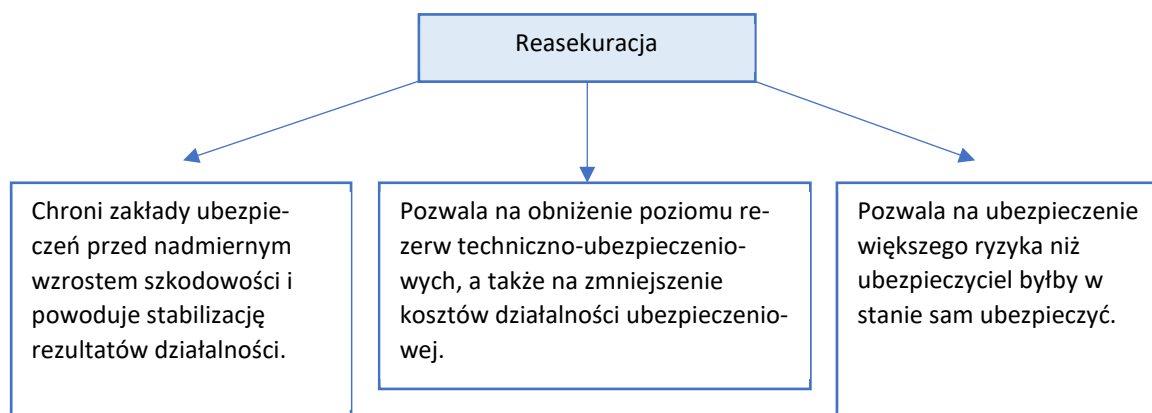
<sup>36</sup> W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe...*, op. cit., s. 120.

<sup>37</sup> A. Rurka, *Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym...*, op. cit., s. 54.

<sup>38</sup> K. Jonas, K. Świetla, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń...*, op. cit., s. 391.

<sup>39</sup> L. Gąsioriewicz, *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka.*, C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 257.

która pozwala na rozproszenie ryzyka poprzez włączenie do procesu wypłaty odszkodowań innych podmiotów<sup>40</sup>. Inne cechy reasekuracji zobrazowano na rysunku 2.1.



**Rysunek 2.1. Wybrane cechy reasekuracji**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Jonas, K. Świetła, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014, s. 391.

Do głównych funkcji reasekuracji zalicza się<sup>41</sup>:

- funkcję stabilizatora wyników finansowych ubezpieczyciela,
- funkcję zwiększania możliwości akceptacyjnych ubezpieczyciela,
- funkcję wzmacniania podstaw finansowych ubezpieczyciela.

Jednakże reasekuracja pełni również wiele dodatkowych funkcji oraz zadań, wśród których wymienia się<sup>42</sup>:

- rolę reasekuracji jako czynnika umożliwiającego objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyk o charakterze katastrofalnym,
- funkcję stymulatora rozwoju ubezpieczeń,
- rolę reasekuracji jako czynnika ułatwiającego organizację nowych rodzajów lub wariantów ubezpieczeń,
- rolę reasekuracji jako czynnika umożliwiającego uzyskanie pomocy fachowej (świadzonej przez reasekuratora swoim ubezpieczycielom-cedentom),

<sup>40</sup> K. Jonas, K. Świetła, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń...*, op. cit., s. 391.

<sup>41</sup> Z. Dudkowiak, *Reasekuracja, jej formy i funkcje*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, OW Branta, Bydgoszcz 1994, s. 217.

<sup>42</sup> *Ibidem*.

- rolę reasekuracji zagranicznej jako czynnika istotnie wpływającego na kształtowanie się bilansu płatniczego z zagranicą,
- funkcję stymulatora handlu morskiego i zagranicznego.

Reasekurację można sklasyfikować biorąc pod uwagę różne czynniki. W przypadku gdy tym czynnikiem jest podział ryzyka wyróżnia się reasekurację proporcjonalną oraz nieproporcjonalną. Reasekuracja proporcjonalna jest najczęściej stosowana dla takich rodzajów ubezpieczeń, gdy wielkość ryzyka jest z góry znana, a jej przedmiotem jest wielkość sum ubezpieczenia<sup>43</sup>. Natomiast reasekuracja nieproporcjonalna występuje wówczas, gdy nie jest możliwe oszacowanie limitu odpowiedzialności, a przedmiotem jest szkoda bądź szkodowość, gdzie istotnym jest ustalenie w jaki sposób zakład ubezpieczeń i reasekurator będą uczestniczyli w wypłaconych odszkodowaniach<sup>44</sup>.

Kryterium rodzaju zawartej umowy pozwala wyodrębnić reasekurację obligatoryjną, fakultatywną oraz fakultatywno-obligatoryjną<sup>45</sup>. Charakterystykę poszczególnych umów reasekuracyjnych zawiera tabela 2.5.

**Tabela 2.5. Klasyfikacja reasekuracji ze względu na typ zawartej umowy**

Reasekuracja		
Umowa obligatoryjna	Umowa fakultatywna	Umowa fakultatywno-obligatoryjna
W ramach tej umowy cedent zobowiązuje się do przekazania reasekuratorowi określonej z góry części ryzyka, a reasekurator do jego przyjęcia.	Umowa umożliwia cedentowi zdecydować o wielkości przekazywanego ryzyka, z kolei reasekuratorowi o jego przyjęciu bądź odmowie.	W przypadku tej umowy cedent decyduje o wielkości przekazywanego ryzyka, natomiast reasekurator jest zobligowany do jego przyjęcia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Pilch, *Wpływ reasekuracji na wynik techniczny wybranych zakładów ubezpieczeń* [w:] *Między klasycznym a nowoczesnym modelem ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd ubezpieczeń 2020*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2020, s. 125-126.

Uwzględniając funkcję jaką pełnią strony umowy reasekuracyjnej wyróżnia się reasekurację czynną oraz bierną. Reasekuracja czynna polega na przejęciu ryzyka od innego zakładu

<sup>43</sup> A. Grzebieniak, *Rodzaje reasekuracji stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami*, Rocznik Naukowy Wydziału Zarządzania, nr 3, Ciechanów 2009, s. 6.

<sup>44</sup> K. Ciuman, *Reasekuracja jako czynnik rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*, WAE w Krakowie, Kraków 2007, s.15.

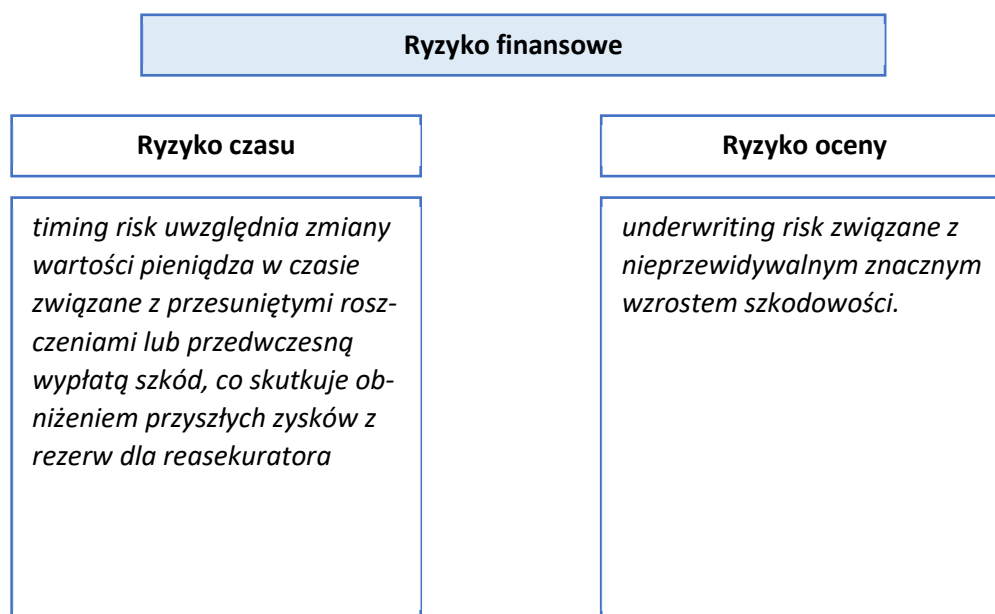
<sup>45</sup> B. Pilch, *Wpływ reasekuracji na wynik techniczny wybranych zakładów ubezpieczeń* [w:] *Między klasycznym a nowoczesnym modelem ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd ubezpieczeń 2020*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2020, s. 125-126.



ubezpieczeń, z kolei podstawą reasekuracji biernej jest przeniesienie części ryzyka do innego zakładu ubezpieczeń, reasekuratora<sup>46</sup>. Najczęstszymi przesłankami do zastosowania reasekuracji biernej są dwie sytuacje<sup>47</sup>:

- gdy portfel ubezpieczeń charakteryzuje się dużą szkodowością mierzoną stosunkiem wypłaconych odszkodowań i świadczeń skorygowanych o rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe do zebranej składki ubezpieczeniowej,
- gdy suma ubezpieczenia dotycząca pojedynczego ryzyka znacznie przekracza przeciętną sumę ubezpieczenia w portfelu.

Istotną rolę w branży ubezpieczeniowej odgrywa reasekuracja finansowa. Wiąże się ona z zarządzaniem ryzykiem ubezpieczyciela poprzez transfer zarówno ryzyka ubezpieczeniowego jak i ryzyka finansowego. Ryzyko finansowe obejmuje ryzyko czasu oraz ryzyko oceny<sup>48</sup>. Definicje wspomnianych ryzyk przedstawiono na rysunku 2.2.



**Rysunek 2.2. Definicja ryzyka czasu i oceny**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe – współczesne wyzwania dla zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia i finanse. Rozwój perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 120.

<sup>46</sup> K. Jonas, K. Świetla, *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń...*, op.cit., s. 392.

<sup>47</sup> W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko ubezpieczeniowe...*, op. cit., s. 120.

<sup>48</sup> *Ibidem*.

## 2.4. Reasekuracja na polskim rynku ubezpieczeń w latach 2011-2021

Aby zbadać poziom wykorzystania metody reasekuracji przez zakłady ubezpieczeń w Polsce poddano analizie udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto w latach 2011-2021 (zob. tabela 2.6).

**Tabela 2.6. Reasekuracja w Polsce w latach 2011-2021**

Rok	Wartość reasekurowanej składki przypisanej brutto w Dziale I (w tys. zł)	Udział w składce przypisanej brutto dla Działu I (w %)	Wartość reasekurowanej składki przypisanej brutto w Dziale II (w tys. zł)	Udział w składce przypisanej brutto dla Działu II (w %)	Razem
2011	284 352	0,90%	3 562 146	14,10%	3846498 (6,70%)
2012	888 213	2,40%	3 711 500	14,10%	4599713 (7,30%)
2013	441 057	1,40%	3 767 628	14,20%	4208685 (7,30%)
2014	442 990	1,50%	3 710 047	14,10%	4153037 (7,60%)
2015	498 329	1,80%	4 699 147	17,20%	5197476 (9,50%)
2016	404 835	1,70%	6 360 061	19,80%	6764896 (12,10%)
2017	153 374	0,60%	7 049 187	18,70%	7202560 (11,60%)
2018	289 701	1,30%	6 947 590	17,20%	7237291 (11,60%)
2019	329 186	1,50%	7 610 457	17,90%	7939643 (12,40%)
2020	404 889	2,00%	7 928 248	18,60%	8333137 (13,10%)
2021	492 219	2,20%	9 647 229	20,50%	10139448 (14,60%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 9.02.2023 r.

W latach 2011-2021 udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto w ramach ubezpieczeń działu I był zdecydowanie mniejszy niż w przypadku ubezpieczeń działu II. Jednakże, warto zaznaczyć, że niezmiennie od 2017 roku do 2021 roku udział reasekuratorów ubezpieczeń na życie wykazuje tendencję rosnącą. Natomiast analizując dane można zauważyć, że reasekuracja w dziale I na rynku ma niskie znaczenie, zważywszy na to, iż jej udział w składce przypisanej brutto waha się pomiędzy 0,6 a 2,2%. Z kolei w przypadku pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych, reasekuracja odgrywa istotną rolę co oznacza, że jest dość popularnym narzędziem wykorzystywanym w celu minimalizacji ryzyka. Porównując rok 2011 z rokiem 2021 można zauważyć, że udział reasekuracji w dziale II jest wyższy o około 73%. Zatem, zakłady ubezpieczeniowe zajmujące się ubezpieczeniami majątkowymi i osobowymi w większym stopniu wykorzystują reasekurację w swojej działalności, a jej udział zwłaszcza na przestrzeni ostatnich pięciu lat osiąga poziom prawie 19%. Warto zauważyć, że w samym 2021 roku udział reasekuratorów działu II sięga poziomu 20,5% co w porównaniu do roku 2020 jest ponad 20% wzrostem. Natomiast w latach 2011-2021 udział reasekuratorów ogółem mierzony składką przypisaną brutto kształtował się na poziomie 6,7% a 14,6%.

W celu dokładniejszej analizy stopnia wykorzystania reasekuracji warto przyjrzeć się udziałowi reasekuratorów w składce przypisanej brutto w ramach działu I oraz II ubezpieczeń odpowiednio dla wybranych zakładów ubezpieczeniowych działających w formie spółek akcyjnych oraz w ramach towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Wybór zakładów podyktowany jest dostępnością danych. Dane dotyczące udziału reasekuracji w portfelach poszczególnych zakładów ubezpieczeń, spółek akcyjnych, działu I oraz II zostały przedstawione odpowiednio w tabeli 2.7 oraz 2.8.

Z przedstawionych danych wynika, że stopień wykorzystania reasekuracji w działalności ubezpieczeniowej w ramach działu I jest różny. W przypadku powyższych podmiotów reasekuracja jest wykorzystywana w bardzo niewielkim stopniu o czym świadczy bardzo niski jej udział w składce brutto, niekiedy mniejszy od jedności w ciągu badanego okresu. Ponadto, na przestrzeni analizowanych lat można zauważyć, że niektórzy ubezpieczyciele m.in. jak ING SA wycofali się z działalności reasekuracyjnej. Jednakże, są takie podmioty, których udział reasekuracji jest wyższy od pozostałych spółek. Przykładem jest AVIVA ŻYCIE SA, której udział wzrósł w 2021 roku o 0,4 punkty procentowe w porównaniu do 2020 roku oraz o 1 punkt procentowy w stosunku do roku 2011.

**Tabela 2.7. Udział reasekuracji w portfelach wybranych zakładów ubezpieczeń działu I (w %) – reasekuracja bierna**

Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>AREGON SA</b>	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%
<b>AVIVA ŻYCIE SA</b>	0,3%	0,2%	0,4%	0,2%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%	0,9%	1,3%
<b>ING SA</b>	12,8%	5,9%	0,2%	8,2%	-	-	-	-	-	-	-
<b>PZU ŻYCIE SA</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>CARDIF POLSKA SA</b>	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	4,6%	1,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 9.02.2023 r.

W inny sposób kształtuje się udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto działu II wybranych ubezpieczycieli działających w formie spółki akcyjnej. Dane te zostały przedstawione w tabeli 2.8.

**Tabela 2.8. Udział reasekuracji w portfelach wybranych zakładów ubezpieczeń działu II (w %) – reasekuracja bierna**

Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>ALLIANZ POLSKA SA</b>	15,6%	17,5%	18,9%	17,9%	15,6%	16,7%	13,3%	15,0%	15,0%	12,3%	16,3%
<b>AVIVA OGÓLNE SA</b>	9,1%	9,7%	9,4%	9,3%	7,7%	7,7%	7,8%	9,2%	9,2%	11,4%	11,7%
<b>AXA SA</b>	54,8%	55,7%	40,0%	39,0%	35,8%	33,8%	-	-	-	-	-
<b>GENERALI SA</b>	59,6%	49,3%	50,1%	50,5%	50,7%	43,3%	53,5%	49,6%	51,4%	55,6%	47,5%
<b>ERGO HESTIA SA</b>	7,2%	9,9%	10,9%	7,6%	21,5%	21,0%	16,5%	7,6%	6,4%	9,1%	9,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 9.02.2023 r.

Istotnym jest, że w przypadku zakładów ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych udział reasekuracji w składce brutto jest zdecydowanie wyższy niż w przypadku zakładów ubezpieczeń na życie. Ponadto, w niektórych przypadkach jak na przykładzie spółki akcyjnej GENERALI SA, udział reasekuracji wynosi około 50%. We wszystkich powyższych podmiotach udział reasekuracji mierzony składką przypisaną brutto jest prawie dziesięć razy większy w

odniesieniu do udziału reasekuratorów działu I co z kolei oznacza, że w przypadku zakładów ubezpieczeniowych działających w formie spółek akcyjnych, reasekuracja w znaczącej przeważnie wykorzystywana jest w pozostałych ubezpieczeniach osobowych i majątkowych.

Warto porównać powyższe dane z danymi dotyczącymi udziału reasekuracji w portfelach poszczególnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych działu I oraz II, które zostały przedstawione w tabeli 2.9.

**Tabela 2.9. Udział reasekuracji w portfelach wybranych TUW działu I i II (w %) – reasekuracja bierna**

Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto w dziale I										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MACIF ŻYCIE TUW	24,6%	25,2%	24,4%	21,3%	16,2%	13,2%	14,0%	15,5%	17,4%	-	-
REJENT LIFE TUW	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto w dziale II										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CONCORDIA POLSKA TUW	33,0%	38,4%	48,4%	44,7%	46,3%	47,6%	43,6%	40,9%	-	-	-
CUPRUM TUW	2,3%	2,3%	2,1%	1,5%	2,3%	2,9%	2,6%	2,6%	3,4%	1,8%	3,4%
POCZTOWE TUW	60,3%	47,6%	27,5%	13,1%	42,5%	40,9%	35,6%	52,2%	62,4%	52,7%	58,7%
SKOK TUW	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,3%	0,3%	-	-	-	-	-
TUW TUW	15,3%	15,7%	14,8%	15,5%	15,4%	75,6%	58,9%	57,4%	56,2%	54,9%	54,8%
TUZ TUW	22,2%	20,4%	28,0%	32,4%	55,1%	57,1%	60,5%	58,4%	49,5%	51,3%	47,8%
POLSKI GAZ TUW	-	-	-	-	-	-	73,4%	70,8%	77,8%	76,8%	70,9%
PZUW TUW	-	-	-	-	-	95,3%	87,3%	88,6%	83,9%	76,3%	75,9%
SALTUS TUW	-	-	-	-	-	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 9.02.2023 r.

Na podstawie powyższych danych można zauważyć, że tak jak w przypadku udziału reasekuratorów wśród spółek akcyjnych w dziale ubezpieczeń na życie, udział TUW mierzony

składką przypisaną brutto jest znikomy (z wyłączeniem towarzystwa MACIF ŻYCIE TUW, który zakończył swoją działalność). Może być to wynikiem tego, iż na rynku ubezpieczeniowym jest mniej zakładów działających w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych niż w formie spółek akcyjnych oraz część z nich często dokonuje przekształcenia formy organizacyjno-prawnej właśnie na spółkę akcyjną. Znaczącą różnicę można zauważyć w przypadku udziału reasekuratorów w dziale pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych. W tym przypadku udział ten jest bardzo wysoki, w większości przypadków przekracza 50% a niekiedy sięga nawet 80%. W badanym okresie niektóre towarzystwa jak CONCORDIA POLSKA TUW dokonało przekształcenia w spółkę akcyjną jednakże, w ciągu tego okresu rozpoczęły działalność nowe towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, takie jak POLSKI GAZ TUW, PZUW TUW, w których udział reasekuratorów w składce przypisanej brutto jest znaczący i niezmiennie od 2017 roku waha się pomiędzy 70 a 90%<sup>49</sup>. Udział reasekuratorów w składce brutto pobranej przez podmioty takie jak TUW TUW oraz TUZ TUW począwszy od 2011 roku do 2015 wykazywał tendencję rosnącą i przekraczał 50%., od roku 2016 roku ich udziały nieznacznie malały, natomiast w dalszym ciągu utrzymywały się na wysokim poziomie około 55%. Na podstawie przedstawionych danych można zauważyć, że w ostatnich latach udział reasekuracji w portfelach TUW działu II jest bardzo wysoki i utrzymuje się na względnie stałym poziomie począwszy od 2017 roku.

Ważnym aspektem jest także udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach. W tym przypadku reasekuracja jest gwarancją pokrycia określonej w umowie części świadczenia i odszkodowania wypłacanych z umów ubezpieczenia zawartych przez cedenta<sup>50</sup>. Udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach wybranych zakładów ubezpieczeniowych w formie spółek akcyjnych, a następnie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych zawiera odpowiednio tabela 2.10 oraz 2.11.

**Tabela 2.10. Udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach wybranych zakładów ubezpieczeniowych SA działu I i II (w %) – reasekuracja bierna**

Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach w dziale I										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AEGON SA	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

<sup>49</sup> Raporty roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 10.02.2023 r.

<sup>50</sup> Reasekuracja, <https://rankomat.pl/slownik/reasekuracja>, dostęp: 11.02.2023 r.

<b>BENEFIA NA ŻYCIE SA</b>	0,9%	12,3%	14,6%	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CARDIF POLSKA SA</b>	0,2%	0,2%	0,2%	1,1%	0,6%	0,4%	0,6%	1,2%	0,0%	2,7%	2,9%
<b>COMPENSA ŻYCIE SA</b>	0,1%	1,3%	1,1%	6,3%	1,5%	1,8%	1,7%	1,3%	1,5%	1,1%	1,6%
<b>INTER-ŻYCIE SA</b>	0,0%	0,0%	4,2%	3,2%	5,7%	13,9%	10,5%	7,1%	7,3%	5,3%	7,2%
<b>PRAMERICA SA</b>	3,8%	1,8%	1,2%	2,3%	1,3%	5,8%	3,5%	-	-	-	-
<b>PZU ŻYCIE SA</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>UNIQA ŻYCIE SA</b>	0,0%	0,1%	0,5%	0,4%	1,0%	0,4%	0,1%	6,8%	2,9%	0,1%	2,9%
<b>Nazwa ubezpieczyciela</b>	<b>Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach w dziale II</b>										
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>ALLIANZ POLSKA SA</b>	14,9%	24,6%	17,0%	14,5%	13,6%	12,0%	18,2%	10,0%	17,3%	10,6%	9,5%
<b>AVIVA - OGÓLNE SA</b>	7,2%	20,5%	14,4%	23,3%	3,6%	2,7%	11,1%	17,6%	6,2%	7,7%	9,4%
<b>COMPENSA SA</b>	20,5%	22,3%	22,9%	23,5%	24,6%	25,3%	27,0%	24,2%	23,2%	23,5%	25,5%
<b>BENEFIA SA</b>	15,5%	16,4%	18,9%	18,7%	-	-	-	-	-	-	-
<b>ERGO HESTIA SA</b>	9,1%	7,5%	9,4%	6,3%	10,7%	608,2%	521,6%	14,3%	9,4%	10,8%	7,1%
<b>GENERALI SA</b>	41,6%	41,6%	86,2%	53,9%	53,8%	233,1%	1042,4%	49,9%	56,1%	70,9%	43,7%
<b>PZU SA</b>	6,2%	2,7%	6,2%	1,4%	1,5%	4,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,7%	1,8%
<b>UNIQA SA</b>	38,7%	38,9%	39,1%	36,7%	41,1%	46,4%	42,8%	44,9%	45,6%	45,5%	38,2%
<b>WARTA SA</b>	6,6%	12,4%	8,9%	6,3%	12,0%	16,5%	14,5%	5,2%	4,2%	5,6%	3,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 11.02.2023 r.

Na podstawie powyższych danych można zauważyć, że w okresie od 2011 roku do 2021 roku udział reasekuratorów mierzony wypłatą odszkodowań oraz świadczeń w zakładach ubezpieczeniowych działających w formie spółek akcyjnych w dziale I jest niewielki, w niektórych spółkach takich jak PZU ŻYCIE SA wynosi nawet 0%. W większości wymienionych ubezpieczycieli ubezpieczeń na życie udział waha się od 0,1 do 2,9%. Wyjątek stanowi spółka INTER ŻYCIE SA, gdzie udział ten w ostatnich pięciu latach przekracza 5%. Natomiast, zupełnie inaczej kształtuje się udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach zakładów ubezpieczeniowych zajmujących się pozostałymi ubezpieczeniami osobowymi oraz majątkowymi. Wartość ta jest bardzo wysoka, w większości przypadków znacząco przekracza 40%, a nawet osiąga

poziom wyższy niż 100%. Przykładem są spółki akcyjne ERGO HESTIA SA oraz GENERALI SA, gdzie w latach 2016-2017 udział ten znacząco przekroczył 200%. Świadczy to o tym, że zakłady ubezpieczeniowe często sięgają po umowy reasekuracyjne, aby wzmocnić swoją pozycję finansową oraz podjąć większe ryzyko<sup>51</sup>.

**Tabela 2.11. Udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach wybranych zakładów ubezpieczeniowych TUV działu I i II (w %) – reasekuracja bierna**

Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach w dziale I										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MACIF ŻYCIE TUV	39,1%	43,0%	50,3%	23,3%	19,5%	15,7%	15,0%	16,9%	22,6%	-	-
REJENT LIFE TUV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nazwa ubezpieczyciela	Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach w dziale II										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CONCORDIA POLSKA TUV	49,4%	50,5%	38,0%	45,3%	35,2%	66,5%	39,8%	30,4%	40,2%	47,4%	-
CUPRUM TUV	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,4%	0,6%	-	-	-	-
POCZTOWE TUV	62,8%	62,6%	51,4%	40,9%	35,6%	43,6%	46,1%	39,3%	48,5%	59,5%	57,6%
SKOK TUV	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,2%	0,0%	-	-	-	-	-
TUV TUV	19,7%	21,0%	10,6%	11,3%	10,7%	44,5%	48,2%	48,9%	48,7%	49,6%	52,1%
TUZ TUV	24,2%	25,2%	31,2%	39,6%	50,3%	64,3%	48,2%	62,5%	58,4%	56,1%	54,2%
POLSKI GAZ TUV	-	-	-	-	-	-	23,6%	50,9%	65,8%	48,8%	44,6%
PZUW TUV	-	-	-	-	-	76,0%	85,2%	86,0%	87,5%	81,5%	63,8%
SALTUS TUV	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 11.02.2023 r.

Podobnie jak w przypadku spółek akcyjnych, zakłady ubezpieczeniowe działające w formie towarzystwa w dziale I mają niewielki udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach, z wyjątkiem towarzystwa MACIF ŻYCIE TUV, którego udział w latach 2011-2019 był dość duży,

<sup>51</sup> *Ibidem*.



jednakże zakończył on swoją działalność. Z kolei, udział reasekuracji w dziale II jest dużo wyższy i w większości towarzystw w okresie od 2016 roku do 2021 sięga powyżej 40%. Udział takich zakładów jak TUW TUW oraz TUZ TUW jest znacznie wyższy w porównaniu do 2011 roku, gdzie osiągał poziom około 20%. Niektóre TUW jak POLSKI GAZ TUW czy PZUW TUW rozpoczęły działalność na przełomie 2016/2017 roku a ich udział był bardzo wysoki już od samego początku działalności, w granicach 50 a 88%. Z kolei stopień wykorzystywania reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach przez towarzystwo POCZTOWE TUW malał od 2011 roku do 2015 roku, a następnie od 2016 roku z niewielkimi wahaniami ponownie wzrastał. Natomiast, w pozostałych analizowanych podmiotach udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach jest różny i posiada odmienne tendencje. W TUW TUW tendencja jest wzrostowa niezmienne od 2019 roku, z kolei udział TUZ TUW uległ zmniejszeniu z poziomu 62,5% w 2018 roku do około 55% i utrzymuje się na względnie stałym poziomie z wahaniami około 1%. Jednakże, od 2016 roku udział reasekuracji w wymienionych podmiotach jest bardzo wysoki i w zasadzie (z niewielkimi wyjątkami) kształtuje się na takim samym, w miarę stabilnym poziomie.

## 2.5. Podsumowanie

Działalność ubezpieczeniowa, ze względu na wiążące się z nią ryzyko, wymaga stosowania rozwiązań, które pozwoliłyby je ograniczyć i zapewnić możliwość długotrwałej kontynuacji działalności. Nie ulega wątpliwości, iż w tej kwestii niezbędna jest reasekuracja, która pozwala na transfer ryzyka pomiędzy zakładami. Metoda reasekuracji daje możliwość m.in. ochrony zakładów przed ich likwidacją, zabezpieczenia przed szkodami o dużych wartościach czy wzmocnienia pozycji finansowej zakładów. Na podstawie przeprowadzonej analizy danych w Polsce w latach 2011-2021 można dokonać oceny stopnia wykorzystywania metody reasekuracji na rynku ubezpieczeniowym w Polsce. Badanie udziału reasekuracji biernej w składce przypisanej brutto oraz udziału reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach, z zastosowaniem podziału ubezpieczeń na dział I oraz II pozwoliło zauważyć, że reasekuracja ma różny wpływ w zależności od działu ubezpieczeń. W przypadku polskich zakładów ubezpieczeniowych, zarówno spółek akcyjnych jak i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, reasekuracja w dziale ubezpieczeń na życie ma marginalne znaczenie, w przypadku niektórych towarzystw nie sięga nawet 0,1%, co oznacza, że praktycznie nie jest stosowana przez ubezpieczycieli. Natomiast w dziale ubezpieczeń majątkowych oraz pozostałych osobowych reasekuracja jest

istotnym oraz niezbędnym rozwiązaniem pozwalającym zabezpieczyć zakłady przed nadmiernym stosowaniem ryzyka oraz zagrożeniem braku kontynuacji działalności. Podsumowując, na podstawie przeprowadzonej analizy, można stwierdzić, że reasekuracja na rynku ubezpieczeniowym w Polsce stanowi ważną metodę w procesie ograniczania ryzyka działalności ubezpieczycieli w formie spółek akcyjnych oraz TUW i odgrywa istotną, znaczącą rolę w odniesieniu do działu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych, co potwierdza postawioną we wstępie hipotezę.

## Literatura

### Piśmiennictwo:

- Ciuman K., *Reasekuracja jako czynnik rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*, WAE w Krakowie, Kraków 2007.
- Dudkowiak Z., *Reasekuracja, jej formy i funkcje*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. A. Wąsiewicz, OW Branta, Bydgoszcz 1994.
- Gąsioriewicz L., *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka.*, C.H. Beck, Warszawa 2009.
- Gołąb P., *Współczesne formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 3.
- Grzebieniak A., *Rodzaje reasekuracji stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami*, Rocznik Naukowy Wydziału Zarządzania, nr 3, Ciechanów 2009.
- Jonas K., Świetla K., *Rola reasekuracji w ograniczaniu ryzyka prowadzonej działalności zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014.
- Lewicki W., *Zarządzanie ryzykiem na przykładzie ubezpieczeń komunikacyjnych – studium badawcze roli agenta ubezpieczeniowego w procesie weryfikacji danych wpływających na kształtowanie się składki ubezpieczeniowej*, „Organizacja i zarządzanie” 2016, nr 12.
- Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka* [w:] *Podstawy ubezpieczeń, t. I: Mechanizmy i funkcje*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000.
- Niedzielska K., *Europejska spółka akcyjna*, C.H.Beck, Warszawa 2005.
- Pilch B., *Wpływ reasekuracji na wynik techniczny wybranych zakładów ubezpieczeń* [w:] *Między klasycznym a nowoczesnym modelem ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd ubezpieczeń 2020*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2020.
- Płonka M., *Zasada wzajemności jako przesłanka konkurencyjności w sektorze ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Polskie Towarzystwo Ekonomiczne” 2011, nr 11.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ryzyko ubezpieczeniowe – współczesne wyzwania dla zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia i finanse. Rozwój perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017.
- Rurka A., *Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym*, „Studia i Materiały / Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski” 2005, nr 1.
- Wiankowski B, Bogusławski Z, Borzęcki J, Korona D., *Grupy kapitałowe w Unii Europejskiej i w Polsce*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „Orgmasz”, Warszawa 2002.

### Akty prawne:

Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późnm zm.).

Rozporządzenie Rady nr 2157/2001 w sprawie statutu spółki europejskiej (SE) Dz. Urz. UE Nr L 294 z 10 listopada 2001 r

Dyrektywa Rady 2001/86/WE z dnia 8 października 2001 r. uzupełniająca statut spółki europejskiej w odniesieniu do uczestnictwa pracowników (Dz. Urz. UE Nr L294 z 10 listopada 2001 r.).

Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE).

**Źródła internetowe:**

*Reasekuracja*, <https://rankomat.pl/slownik/reasekuracja>, dostęp: 11.02.2023 r.

*Raporty roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2021*, PIU, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>, dostęp: 9.02.2023 r.

## Rozdział 3

# Postawy społeczeństwa polskiego wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Ewa Otczyk<sup>1</sup>

### 3.1. Wprowadzenie

Życie codzienne wiąże się z ogromną niepewnością, przy jednoczesnej konieczności podejmowania wielu ryzykownych decyzji. Szczególną sytuacją w życiu jest stan posiadania majątku, gdyż niosąc ze sobą wiele możliwości wiąże się również z istotnym prawdopodobieństwem jego utraty lub uszczerbku na nim. Kluczową rolę w takim momencie odgrywają zakłady ubezpieczeń, które oferują ochronę ubezpieczeniową w zamian za wnoszone składki ubezpieczeniowe. Mechanizm działalności ubezpieczeniowej w znacznej mierze opiera się jednak na dużej grupie podmiotów oraz wzajemnym zaufaniu. Należy jednak pamiętać, że natura ludzka bywa zawodna i może powodować chęć wzbogacenia się kosztem innych uczestników rynku ubezpieczeń. W ramach niniejszego opracowania postanowiono zatem zgłębić i szerzej opisać temat przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Problem ten wydaje się być obecnie istotny, a liczba wykrytych wyłudzeń odszkodowań z roku na rok stale wzrasta.

W celu zbadania problemu przestępczości na rynku ubezpieczeń gospodarczych w Polsce, postanowiono odszukać odpowiedzi na następujące pytania:

- jak można zdefiniować przestępczość ubezpieczeniową?
- jakie są obszary przestępczości ubezpieczeniowej na polskim rynku ubezpieczeń majątkowych?
- jakie postawy wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych przyjmuje społeczeństwo polskie?

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2022 r.

Głównym celem badawczym jest analiza postaw społeczeństwa polskiego wobec przestępczości ubezpieczeniowej. Pytaniem badawczym było zatem: „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”. Cel podstawowy zawiera w sobie następujące cele cząstkowe:

1. określenie wpływu ryzyka na zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej,
2. charakterystyka przestępczości ubezpieczeniowej,
3. analiza porównawcza danych dotyczących przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce z lat 2017-2021,
4. analiza świadomości społeczeństwa w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej,
5. rozpoznanie czynników społecznej akceptacji przestępczości ubezpieczeniowej.

W ramach realizacji przyjętych celów badawczych postanowiono poddać weryfikacji poniższe hipotezy badawcze:

H1: W latach 2017-2021 liczba wykrytych wyłudzeń odszkodowań w sektorze ubezpieczeń majątkowych w Polsce stale wzrastała;

H2: Społeczeństwo polskie nie wykazuje się dostateczną świadomością w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej;

H3: W Polsce istnieje społeczna akceptacja przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych.

Wszystkie powyższe cele oraz hipotezy badawcze miały wpływ na skonstruowanie odpowiedniej budowy tego opracowania. Dokonano przy tym przeglądu literatury krajowej oraz zagranicznej, a także analizy raportów i aktów prawnych. W części empirycznej posłużono się badaniem ankietowym, w którym zbadano świadomość oraz postawy społeczeństwa polskiego wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych. W badaniu wzięły udział 104 osoby dobrane w sposób nieprobabilistyczny, a na podstawie udzielonych przez nich odpowiedzi przeprowadzono analizę danych. Metodą wykorzystywaną w tym celu był test statystyczny Chi-kwadrat, za pomocą którego zbadano zależności pomiędzy wybranymi predyktorami i akceptacją zachowań przestępczych.

### **3.2. Istota przestępczości ubezpieczeniowej**

Ryzyko, jak już wspomniano wcześniej jest nieodłącznym elementem życia codziennego oraz obrotu gospodarczego, co znacząco wpływa na wiele działań podejmowanych przez

podmioty. Według jednej z definicji ryzykiem nazywane jest „prawdopodobieństwo, że podmiot gospodarczy poniesie straty w następstwie podjęcia danej decyzji ekonomicznej. Także takie działanie, czy przedsięwzięcie, w którym nie wszystkie zmienne są oszacowane lub nie dadzą się oszacować na bazie rachunku prawdopodobieństwa. Ryzyko różni się od niepewności tym, że dotyczy zjawisk powtarzalnych, które można w pewnej mierze skalkulować”<sup>2</sup>. Bardzo istotne jest tutaj to postawienie granicy między niepewnością a prawdopodobieństwem, gdyż na gruncie ekonomicznym niewłaściwym jest utożsamianie ze sobą tych dwóch terminów. Niepewność wiąże się z brakiem wiedzy na temat przyszłych zdarzeń, a ryzyko to sytuacja, w której podejmuje się próby przewidywania skutków realizacji tychże zdarzeń, bądź też oszacowania prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Można zatem stwierdzić, iż niepewność ma charakter jedynie informacyjny, a ryzyko ilościowy, jako że za pomocą różnych dostępnych narzędzi można dokonać jego pomiaru<sup>3</sup>.

W aspekcie finansowym ryzyko koncentruje się głównie na prawdopodobieństwie, jako że jest identyfikowane z prawdopodobieństwem uzyskania wyniku różnego od oczekiwanego. W praktyce jednak bardziej zasadne jest rozpatrywanie jednocześnie dwóch aspektów ryzyka, czyli prawdopodobieństwa zajścia danej sytuacji oraz konsekwencji, jakie ona przyniesie. Czasami bowiem prawdopodobieństwo zmaterializowania się pewnego zdarzenia jest relatywnie niskie, ale wymiar straty z nim związanej znacznie większy. O takim stanie rzeczy można mówić na przykład w przypadku utraty życia, będącej zdarzeniem w ubezpieczeniu na życie, lub też przy tzw. „czarnym łabędziu”<sup>4</sup>.

W literaturze przedmiotu przy próbach definiowania ryzyka bierze się pod uwagę wytworzone na przestrzeni lat trzy nurty: klasyczny, defensywny oraz ofensywny. Nurt defensywny odzwierciedla najlepiej to, jak postrzegane jest ryzyko w teorii ubezpieczeń. Zgodnie z jego założeniami ryzyko postrzegane jest, jako zjawisko negatywne utożsamiane z niebezpieczeństwem, czy błędnym podjęciem decyzji. Może mieć ono charakter obiektywny, gdy źródłem zagrożenia są fizyczne właściwości przedmiotu lub osoby, a także subiektywny poszukujący

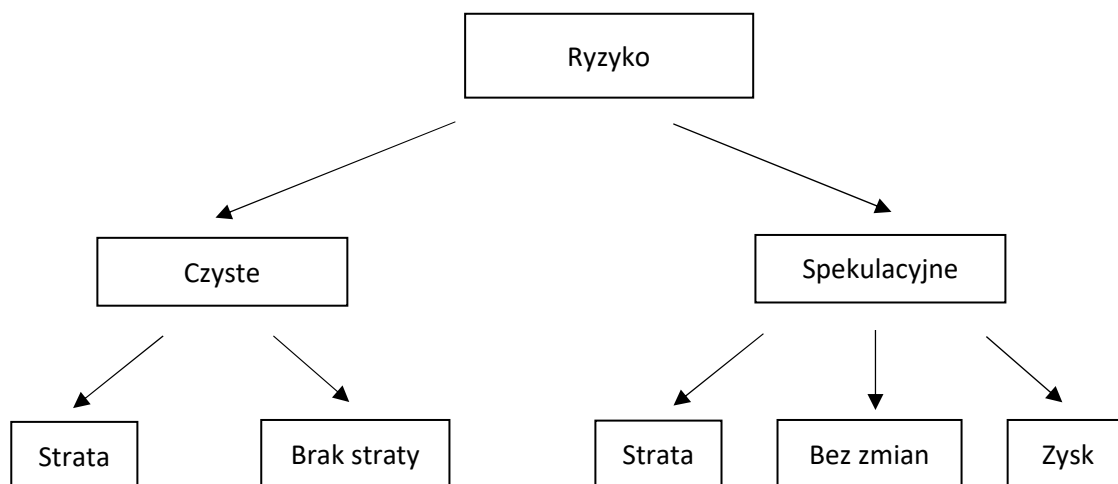
---

<sup>2</sup> W. Šmid, *Boss leksykon*, Dr Lex, Kraków 2012, s. 476.

<sup>3</sup> D. Maśniak, Ł. Kamiński, *Spór o ryzyko w naukach prawnych i jego skutki prawne*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018, s. 48-49.

<sup>4</sup> M. Szreder, *Tradycyjne i nowe źródła danych w analizie ryzyka*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018, s. 13.

przyczyn ryzyka w samym właścicielu danego przedmiotu, jego stylu życia lub charakterze<sup>5</sup>. W nurcie ofensywnym stworzono zbiór wielu cech określających ryzyko na podstawie, których podjęto się dalszego definiowania tego pojęcia. Z ekonomicznego punktu widzenia najistotniejszym jest rozróżnienie ryzyka ze względu na charakter następstw, jakie ze sobą przynosi, gdyż to właśnie ono ma główny wpływ na podejmowane decyzje gospodarcze i cel, jaki próbuje osiągnąć podmiot. Według tego kryterium wyodrębniono ryzyko czyste (statystyczne) oraz ryzyko spekulacyjne. Wykres zamieszczony na rysunku 3.1 przedstawia istotę tego podziału.



**Rysunek 3.1. Rodzaje ryzyka ze względu na skutki**

Źródło: G. Calvert, *High wire Management. Risk Taking. Tactics for Leaders. Innovators and Trailbasers*, San Francisco 1993, s. 7.

Jak widać, ryzyko czyste obejmuje tylko dwie możliwości, czyli stratę lub brak straty. Strata występuje w przypadku zajścia zdarzenia objętego ryzykiem, a brak straty oznacza sytuację, gdy zdarzenie takie nie zachodzi i jest to odczytywane jako element pozytywny. Ryzyko spekulacyjne jako brak straty postrzega również to, gdy podmiot odnosi zysk i jest to zasadnicza różnica między tymi dwoma typami ryzyka, gdyż czyste ma charakter bardziej zachowawczy, jako że skupia się głównie na uniknięciu straty. Warto wspomnieć także, iż to właśnie ryzyko czyste jest ubezpieczalne, a jego celowe spowodowanie jest postrzegane jako przestępstwo oszustwa asekuracyjnego<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> G. Strupczewski, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 15.

<sup>6</sup> W. Dadak, *Ryzyko i niepewność a zachowania naruszające zasady obrotu gospodarczego – aspekty kryminologiczne*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2009, nr 2, s. 232-233.

Z punktu widzenia prawa karnego materialnego wysuwa się koncepcja tak zwanego ryzyka dozwolonego, w której podejmuje się prób odpowiedzi na pytanie, jaki jest dopuszczalny poziom ryzyka, którego przekroczenie nie grozi odpowiedzialnością karną. Problem ten istnieje już od lat w doktrynie prawa karnego, ponieważ nie da się rozpatrywać go w sposób jednolity. Rozwój cywilizacyjny powoduje wzrost zagrożeń dla dóbr prawnie chronionych, dlatego ważne jest stworzenie instrumentów prawa karnego, które w swojej rygorystyczności nie ograniczałyby zbyt postępu, ale też nie powinny charakteryzować się przesadną swobodą, by nie stwarzać jeszcze większych zagrożeń. Do tej pory wyodrębniono dwa rodzaje ryzyka dozwolonego, tj. ryzyko dnia codziennego oraz ryzyko nowatorskie. Pierwsze związane jest z wykonywaniem rutynowych czynności codziennych, bez obaw o przypisanie odpowiedzialności karnej, a drugie łączy się z podejmowaniem ryzyka w celu przeprowadzenia badań prowadzących do odkrycia nowych rozwiązań, w szczególności są to eksperymenty medyczne<sup>7</sup>. Proces ryzyka od momentu powstania niebezpieczeństwa do zaistnienia szkody jest uzależniony od wielu czynników określanych jako hazard. Hazardem nazywany jest kompleks warunków i okoliczności bezpośrednio wpływających na akt realizacji niebezpieczeństwa. Wyróżnia się trzy typy hazardu: fizyczny, motywacyjny oraz moralny. Hazard fizyczny obejmuje wszystkie czynniki zewnętrzne lub cechy samego podmiotu, które mogą potęgować prawdopodobieństwo zaistnienia straty, a ich istnienie jest niezależne od podmiotu objętego ryzykiem. Można natomiast łatwo go przewidzieć i obliczyć szansę na jego zaistnienie, co uwzględniane jest przy ustalaniu składki ubezpieczeniowej.

Hazard motywacyjny z kolei to osobisty stosunek podmiotu do ochrony ubezpieczeniowej, charakteryzujący się brakiem dbałości o przedmiot ubezpieczenia. Każdy ubezpieczony jest narażony na tego typu zachowania, jako iż jest to postawa wtórna a nie wrodzona. Hazard moralny to czynnik, który charakteryzuje skłonność podmiotu do nadużyć i defraudacji. Jest on cechą wrodzoną i jednocześnie bardzo trudną do wykrycia, gdyż nie istnieją narzędzia, które byłyby w stanie ujawnić nieuczciwe intencje ubezpieczającego. To właśnie ten czynnik ryzyka jest najściślej powiązany z tematem niniejszej pracy, gdyż jego konsekwencją jest zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> J. Raglewski, *Ryzyko w prawie karnym materialnym – aspekt legislacyjny*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018, s. 67-70.

<sup>8</sup> G. Strupczewski, *op. cit.*, s. 17-18.



Problem przestępczości w obrocie gospodarczym już od wielu dekad jest tematem rozważań ekonomistów, kryminologów oraz przedstawicieli innych dyscyplin naukowych, którzy starają się znaleźć i zrozumieć przyczyny działań przestępców w tzw. „białych kołnierzykach”. Jedną z teorii stworzoną przy próbie wyjaśnienia etiologii przestępstw gospodarczych przez Donalda R. Cressey’a (lata 40 XX wieku) przedstawia wniosek, iż u podstaw przestępstw gospodarczych leżą trzy przesłanki: przymus finansowy, okazja bezkarnego nadużycia oraz racjonalizacja, czyli przekonanie o braku znamion przestępczych popełnianego czynu (tzw. „trójkąt oszustwa”)<sup>9</sup>. Cressey w swoich badaniach przeprowadził wywiady ze 133 więźniami skazanymi za oszustwo, na podstawie których stwierdził, że przestępczość gospodarcza jest tym rodzajem przestępczości, którego trzeba się nauczyć. Oszuści muszą przyswoić sobie umiejętność racjonalnego usprawiedliwiania swoich czynów, by neutralizować popełniane przestępstwa<sup>10</sup>.

Przestępstwo ubezpieczeniowe może być definiowane w sposób wieloraki i tak na przykład T. Rydzek opisuje to pojęcie, jako czyn godzący bezpośrednio lub pośrednio w interesy zakładu ubezpieczeń oraz rynku ubezpieczeniowego jako całości<sup>11</sup>. Definicja ta obejmuje przestępstwa popełniane zarówno w związku z działalnością ubezpieczeniową, jak i te godzące w interesy zakładów ubezpieczeń a niezwiązane z czynnościami określonymi w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Chcąc skupić się na przestępstwach związanych ze stosunkiem ubezpieczenia można również przytoczyć definicję E. Kędry zgodnie, z którą „przestępstwem ubezpieczeniowym jest umyślna realizacja zamiaru otrzymania nienależnego odszkodowania w oparciu o umowę ubezpieczenia, ze szkodą dla interesu zakładu ubezpieczeń”<sup>12</sup>. Podobnie definiuje to W. Jaroch, gdyż według niego do przestępstw ubezpieczeniowych zaliczane są czyny polegające na wykorzystaniu stosunku ubezpieczeniowego łączącego klienta z zakładem ubezpieczeń w celu żądania bezpodstawnego odszkodowania lub innego świadczenia albo otrzymania takiego odszkodowania bądź świadczenia w wyniku oszustwa<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> J. Kraciuk, *Przestępstwa gospodarcze w przedsiębiorstwach i sposoby ich przeciwdziałania*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia” 2012, nr 51, s. 803.

<sup>10</sup> W. Zalewski, S. Cora, B. Kędziński, *Przestępczość ubezpieczeniowa: Etiologia i pomiar, zjawiska, obraz sprawy przestępstwa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2016, s. 22-23.

<sup>11</sup> T. Rydzek, *Przestępczość ubezpieczeniowa w świetle teorii i praktyki*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 2, s. 67.

<sup>12</sup> E. Kędra, *Oszustwa asekuracyjne i inne przestępstwa na szkodę wierzycieli*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1996, nr 4/6, s. 17.

<sup>13</sup> W. Jaroch, *Przestępczość ubezpieczeniowa (uwagi systematyzujące)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2002, nr 5/6, s. 32.

Polskie prawo karne nie przewiduje jednej legalnej definicji przestępstwa ubezpieczeniowego, jednakże istnieją różne przepisy, którymi można się posłużyć przy próbie zidentyfikowania takiego czynu. Podstawowym zapisem istniejącym w Kodeksie Karnym, do którego należy się odwołać jest paragraf 1 artykułu 286 k.k. traktujący o oszustwie, czyli umyślnym wprowadzaniu drugiej strony w błąd w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Oprócz tego trzeba zwrócić również uwagę na artykuł 298 k.k. mówiący o wyłudzeniu odszkodowania oraz przewidzianej karze w zamian za spowodowanie zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, t.j.: „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. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wypłacie odszkodowania.”. W literaturze wyłudzenie to określane jest również, jako oszustwo asekuracyjne.

W historii polskiego rynku ubezpieczeń oszustwo asekuracyjne pojawiło się stosunkowo dawno, gdyż miało swoje zapisy w ustawodawstwie karnym państw zaborczych. Szczególnym przypadkiem było oszustwo asekuracyjne w zaborze rosyjskim, ponieważ rozpatrywano je dwutorowo. Z jednej strony było to roszczenie odszkodowawcze w przypadku braku szkody lub zatajenia przyczyny wykluczającej z prawa do otrzymania takiego odszkodowania, a z drugiej strony umyślne spowodowanie szkody dla korzyści majątkowych. Ustawodawcy zaborów niemieckiego i austriackiego skupiali się głównie na przestępstwach związanych z podpaleniem mienia lub osadzenia statku na mieliźnie<sup>14</sup>. Obecnie istniejący zapis w polskim kodeksie karnym wykształcił się dopiero wraz z przemianami społeczno-gospodarczymi mającymi miejsce po roku 1989, które związane były z denacjonalizacją sektora ubezpieczeń.

Warto zwrócić uwagę, iż zapis ten praktycznie ma zastosowanie jedynie do upozorowania zdarzenia ubezpieczeniowego, każdy inny czyn powodujący wyłudzenie będzie bowiem rozpatrywany na gruncie wcześniej wymienionego artykułu 286 k.k. o oszustwie gospodarczym. Istnieją zatem w literaturze opinie, iż oszustwo asekuracyjne opisane w art. 298 k.k. stanowi niejako czynność przygotowawczą do typowego oszustwa z art. 286 k.k. Sprawca dokonuje oszustwa asekuracyjnego z chwilą upozorowania zdarzenia będącego wypadkiem ubezpieczeniowym, a zgłaszając się do zakładu ubezpieczeń po wypłatę odszkodowania usiłuje już popełnić

---

<sup>14</sup> K. Buczkowski, *Podmiot czynu [w:] Oszustwo asekuracyjne jako jeden z przejawów przestępczości ubezpieczeniowej*, wyd. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2015, s. 53-54.

oszustwo z art. 286 k.k. Również wszystkie następne czynności podejmowane przez przestępcę będą kwalifikować się do tego przepisu<sup>15</sup>.

Nie zawsze jednak próby wyłudzenia odszkodowań wynikają z istniejącego związku pomiędzy dopuszczającym się przestępstwa a zakładem ubezpieczeń. Zdarzają się bowiem sytuacje, gdy takiej relacji pomiędzy stronami nie ma, a mimo to dochodzi do nadużyć, na przykład na podstawie sfałszowanych dokumentów. W takich przypadkach nie będzie możliwe zastosowanie szeregu sankcji określonych w Kodeksie Karnym, ponieważ czyny te w świetle prawa mogą nie być identyfikowane jako przestępstwa ubezpieczeniowe. Europejski Komitet Ubezpieczeniowy uwzględnia takie okoliczności i w sformułowanej przez siebie definicji określa przestępstwo ubezpieczeniowe, jako żądanie bezpodstawnego odszkodowania, albo otrzymanie takiego odszkodowania w drodze oszustwa, a więc nie ma tu założenia o konieczności istnienia stosunku ubezpieczenia<sup>16</sup>.

Oprócz przeważających w Polsce przestępstw z udziałem ubezpieczającego należy wspomnieć również o nadużyciach dokonywanych przez inne podmioty, takie jak personel zakładu ubezpieczeń bądź też inne podmioty z nim współpracujące. Na tej podstawie dokonano podziału przestępstw na zewnętrzne oraz wewnętrzne. Zewnętrzne należy rozumieć, jako te wywołane przez osoby fizyczne będące ubezpieczającymi lub wspomnianymi już wcześniej oszustami posługującymi się sfałszowanymi dokumentami oraz przez grupy przestępcze. Wewnętrzne natomiast to wszystkie z udziałem pracowników, pośredników ubezpieczeniowych, ale także menedżerów<sup>17</sup>.

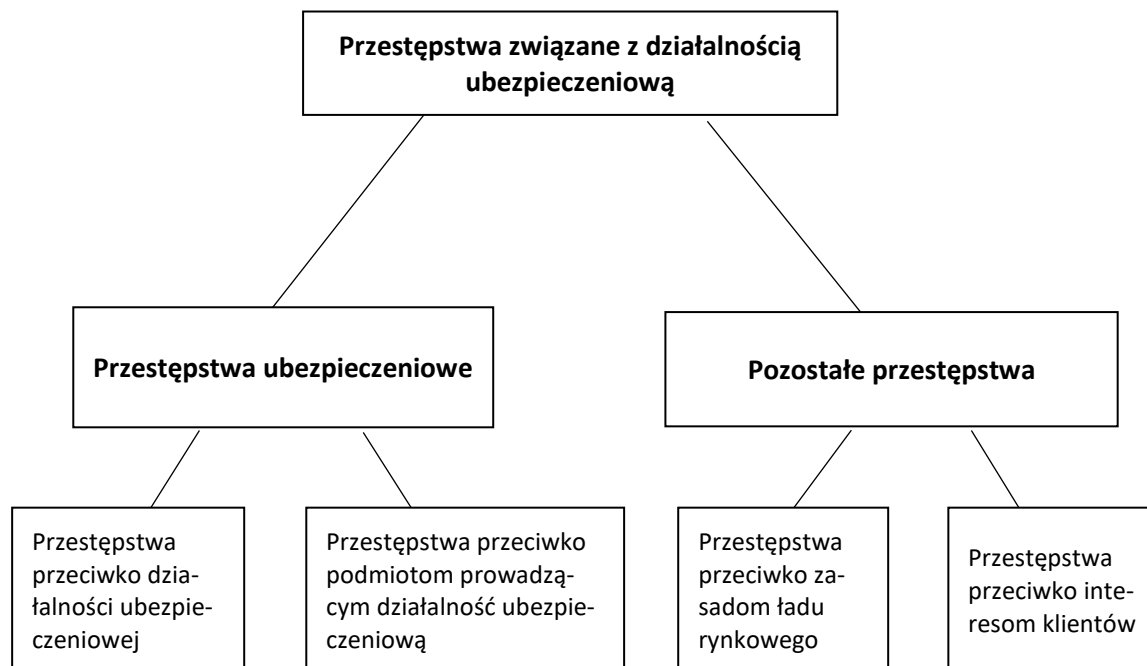
W. Dadak w swoim podziale przestępstw ubezpieczeniowych wyodrębnia jeszcze kategorię pozostałych przestępstw, które z kolei dzielą się na czyny godzące w zasady ładu rynkowego oraz te przeciw interesom klientów. Podział ten obrazuje poniższy wykres przedstawiony na rysunku 3.2.

---

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 89.

<sup>16</sup> W. Dadak, *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2006, nr 1, s. 155.

<sup>17</sup> P. Błażejewska, K. Łyda, *Analiza prawnych, ekonomicznych i społecznych aspektów przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian, Przegląd ubezpieczeń 2017*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Kraków 2017, s. 36.



**Rysunek 3.2. Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową**

Źródło: W. Dadak, *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2006, nr 1, s. 157.

W pierwszym przypadku, jak można się domyślić chodzi o wszelkie zachowania zagrażające stabilności makroekonomicznej, takie jak na przykład wprowadzanie w błąd organu nadzoru, bezprawne używanie nazwy zakładu ubezpieczeń, wykonywanie czynności ubezpieczeniowych bez zezwolenia, czy zawieranie umów ubezpieczenia bez upoważnienia.

Przestępstwa przeciwko interesom ubezpieczonych mają z kolei charakter niejako pośredni, gdyż każde przestępstwo bądź oszustwo ubezpieczeniowe działa negatywnie na wynik finansowy zakładu ubezpieczeń. Poza podmiotami pokrzywdzonymi negatywne skutki odczuwają także inni uczestnicy rynku ubezpieczeniowego, co może wpływać na przykład na podwyższenie składki, a zatem godzi to w interesy klientów. Wszystko to może ostatecznie zakończyć się również niechęcią do zawierania umów ubezpieczeniowych oraz spadkiem zaufania wobec instytucji ubezpieczeniowych<sup>18</sup>.

Analizując problem przestępczości ubezpieczeniowej nasuwa się pytanie: kim jest sprawca przestępstwa? Sformułowanie jednoznacznej charakterystyki nie jest możliwe, gdyż z punktu widzenia nauk kryminologicznych istotne jest zbadanie przyczyn popełnionego występku, w odróżnieniu od prawno-karnych aspektów, w których zwraca się uwagę jedynie na

<sup>18</sup> W. Dadak, *op. cit.*, s. 157-159.

winę ciążącą na sprawcy. W tym momencie powraca kwestia „trójkąta oszustwa”, gdyż według badaczy chęć wzbogacenia się czy presja ze strony rodziny to najistotniejsze przyczyny popełnianych przestępstw. Współcześnie jednakże nieco odchodzi się już od teorii E. Sutherlanda, który skupiał się w swoich badaniach przeważnie na wysoko postawionych pracownikach korporacji (tzw. „białych kołnierzykach”), jako głównych sprawcach nadużyć. Badacze dowodzą, iż obecnie przestępstw ubezpieczeniowych dopuszczają się także pospolite osoby niebędące członkami „elit”. Różnorodność grup społecznych znajdujących się w gronie winnych przestępstw znacznie utrudnia zatem obecnie stworzenie jednoznacznego i dokładnego profilu sprawcy przestępstw ubezpieczeniowych<sup>19</sup>.

### **3.3. Zjawisko przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych w Polsce w latach 2017-2021**

W wieku XX kryminolodzy zwrócili uwagę na to, iż znane dotychczas spojrzenie na proces przestępstwa nie było dostateczne. W ich mniemaniu, aby dostrzec pełny jego obraz należy wziąć pod uwagę trzy elementy: przestępstwo, jego sprawcę oraz ofiarę, a nie jedynie sprawcę, jak miało to miejsce do tej pory. Z koncepcją tą ściśle wiążą się pojęcia wiktylizacji oraz wiktylogii. Według definicji słownikowej wiktylizacja to „działanie wyrządzające komuś krzywdę, sprawiające, że dana osoba staje się jego ofiarą”<sup>20</sup>. Generalnie rzecz ujmując jest to zatem proces stawania się ofiarą, a wiktylogia to nic innego, jak nauka badająca ten proces, w której próbuje się obrać perspektywę ofiary.

Z punktu widzenia nauk ekonomicznych i kryminologii, w obrocie gospodarczym za główną przyczynę ryzyka wiktylizacji uważa się asymetrię informacji dotyczących wymiany rynkowej. Tylko w koncepcji rynku idealnego wszystkie podmioty mają pełny i jednakowy dostęp do wszystkich związanych z nim informacji. W realiach rynkowych natomiast dostęp ten jest rozłożony nierównomiernie, przez co bardzo łatwo podmioty poinformowane w mniejszym stopniu mogą paść ofiarami tych o większym zasobie informacji<sup>21</sup>. W Polsce, między innymi dzięki obecności Polskiej Izby Ubezpieczeń (zwanej dalej PIU) na rynku ubezpieczeniowym, która monitoruje zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej, można podejmować próby

<sup>19</sup> W. Zalewski, S. Cora, B. Kędziński, *op. cit.*, s. 31-33.

<sup>20</sup> PWN, Wiktylizacja, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/wiktylizacja.html>, dostęp 22.02.2022 r.

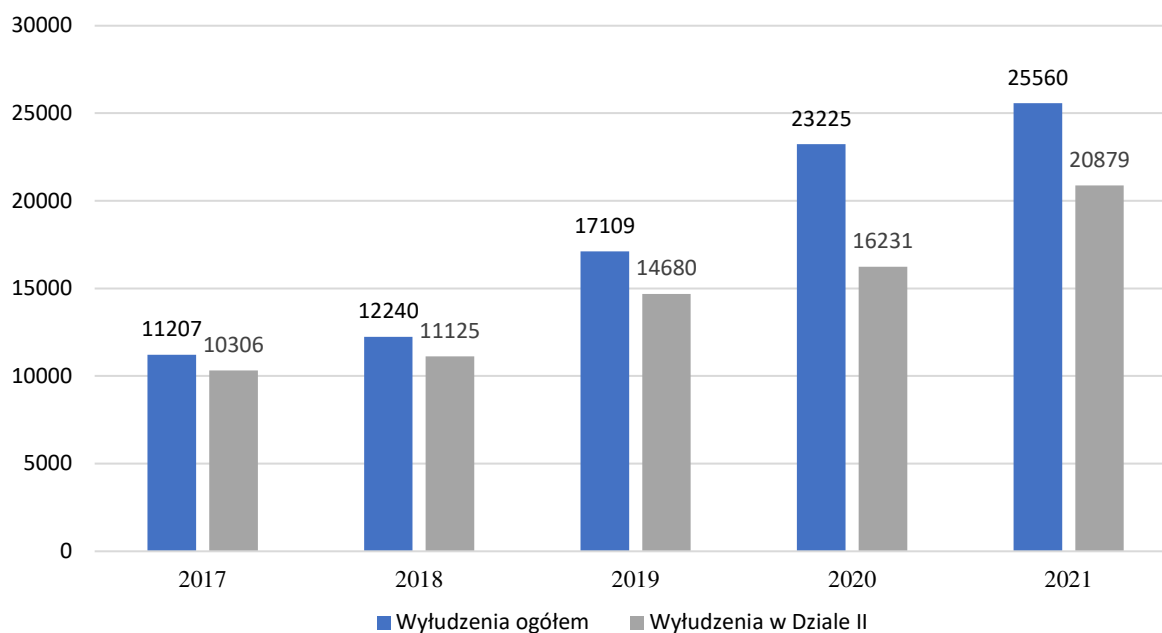
<sup>21</sup> W. Dadak, *Ryzyko wiktylizacji uczestników obrotu gospodarczego*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2010, nr 2, s. 107.

zapobiegania tego typu zdarzeniom. Zgodnie ze Statutem PIU jej podstawowymi zadaniami jest „reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej”. Do zadań PIU należy także „tworzenie i wykonywanie informatycznych baz danych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej, a w szczególności baz danych o przebiegu szkodowości w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń oraz baz danych niezbędnych do przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej, (...) oraz (informacji) o osobach, przeciwko którym było prowadzone postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przez nie przestępstwa na szkodę zakładu ubezpieczeń (...)”<sup>22</sup>. Dlatego też każdego roku Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej przeprowadza i publikuje dokładną analizę przestępstw ubezpieczeniowych, aby przeciwdziałać tym zdarzeniom w przyszłości. Badania przeprowadzane są poprzez skierowanie kwestionariuszy ankietowych do wszystkich zakładów ubezpieczeń, za sprawą których ujawniane są wszystkie nadużycia i nieprawidłowości ujęte zarówno ilościowo, jak i jakościowo oraz z podziałem na usiłowania i wyłudzenia<sup>23</sup>.

Według najnowszego raportu opublikowanego we wrześniu 2022 r., w Polsce w roku 2021 wykryto łącznie ponad 25 tys. przypadków wyłudzeń odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych na ok. 442 mln zł, w tym aż 20 879 w sektorze ubezpieczeń majątkowych - na kwotę ok. 408 mln zł. Na rysunku 3.3. przedstawiono obrazowo problem skali wyłudzeń na przestrzeni lat 2017-2021.

<sup>22</sup> Statut Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, 2019, ([www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl)), dostęp: 23.02.2022.

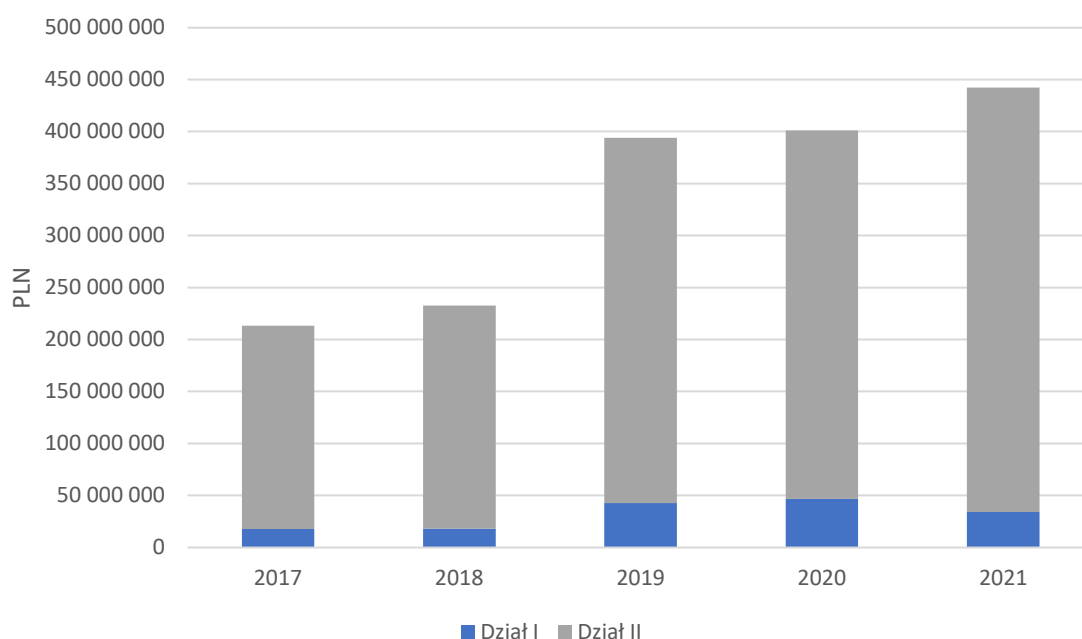
<sup>23</sup> Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2016 roku, Polska Izba Ubezpieczeń ([www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl)), dostęp: 23.02.2022 r.



**Rysunek 3.3. Ujawnione wyłudzenia odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych w ujęciu ilościowym w latach 2017-2021 w Polsce, z wyszczególnieniem Działu II**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 11.01.2023 r.

Wartość ujawnionych wyłudzonych odszkodowań i świadczeń na przestrzeni badanego okresu stale wzrastała, co świadczy o nieustannym zagrożeniu przestępczością na rynku ubezpieczeniowym. Niemniej jednak należy zauważyć przy tym, iż skuteczność zakładów ubezpieczeń w wykrywaniu przestępczości również się poprawiła, a wzrost liczby ujawnionych wyłudzeń ogółem pomiędzy rokiem 2017 i 2021 (powyżej 28%) może być skutkiem wdrażania w tym czasie Zintegrowanej Platformy Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przestępczości Ubezpieczeniowej. Na słupkach liczbowych można zauważyć, iż co roku niezmiennie znaczną częśćią wszystkich przestępstw są nadużycia z pozostałymi ubezpieczeniami osobowymi i z ubezpieczeniami majątkowymi. Wartość udziału wyłudzeń w obszarze Działu II w stosunku do całości w każdym roku stanowi ponad połowę, jednakże warto zauważyć, że w okresie 2017-2020 ich udział stopniowo zmniejszał się na rzecz ubezpieczeń na życie. Na przestrzeni tych lat odsetek wyłudzeń w Dziale II w stosunku do całego rynku obniżył się z 92% do 69,9%, jednak w roku 2021 wyniósł on już 81,7%. Wciąż bowiem to przestępstwa w Dziale II wartościowo dominują, co wynikać może z samej struktury ubezpieczeń polskiego rynku, na którym ubezpieczenia komunikacyjne stanowią większość w ilości zawieranych umów. Rozkład przestępstw ubezpieczeniowych z działu I i II w przestępstwach ogółem został zaprezentowany na rysunku 3.4.



**Rysunek 3.4. Udział przestępstw ubezpieczeniowych z działu I i II w przestępstwach ubezpieczeniowych ogółem w Polsce w latach 2017-2021 w ujęciu wartościowym**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 11.01.2023 r.

Analizując raporty z poszczególnych lat, można zauważyć że co roku wśród przestępstw mających miejsce w Dziale II stale przodują te związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. Oprócz tego dużą popularnością wśród przestępców cieszyły się także ubezpieczenia mieszkań i domów, NNW (następstw nieszczęśliwych wypadków), oraz inne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W tabelach 3.1 i 3.2 umieszczone zostały dane o przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II według rodzaju ubezpieczenia we wszystkich badanych latach.

**Tabela 3.1. Liczba wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2017-2021**

Ryzyko	2017	2018	2019	2020	2021
OC komunikacyjne	6 894	6 619	9 243	9 324	12 574
Autocasco	1 783	1 929	2 494	2 862	4 254
OC rolników	192	490	201	153	126
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	39	166	35	99	63
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	29	36	78	83	69
Ubezpieczenia mieszkań i domów	303	584	931	1 308	1 922



<b>Turystyczne i Assistance</b>	28	23	28	16	15
<b>NNW</b>	430	479	426	681	288
<b>Inne OC</b>	361	614	851	1 377	1177
<b>Kredytu, Finansowe, D&amp;O</b>	9	11	15	19	19
<b>Gwarancja ubezpieczeniowa</b>	6	5	2	40	9
<b>Inne</b>	232	169	376	269	363
<b>Razem ubezpieczenia</b>	10 306	11 125	14 680	16 231	20 879

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 11.01.2023 r.

Ubezpieczenia komunikacyjne wciąż pozostają głównym zainteresowaniem przestępców, ponieważ jest to grupa produktów ubezpieczeniowych, w przypadku których próba wyłudzenia odszkodowania wydaje się czynnością stosunkowo łatwą. Powodem takiego stanu rzeczy jest powszechność użytkowania samochodów, a co za tym idzie także duża liczba wypadków drogowych. Według raportu polskiej policji z roku 2020 w Polsce doliczono się prawie 33 mln zarejestrowanych pojazdów silnikowych oraz odnotowano aż 23 540 wypadków drogowych mających miejsce na drogach publicznych, w strefach zamieszkania lub strefach ruchu<sup>24</sup>. Ubezpieczycieli nie dziwi więc fakt, iż roszczenia odszkodowawcze z umów OC i AC są zgłaszane przez ubezpieczających bardzo często, a to może prowadzić do zmniejszonej czujności w tym zakresie.

**Tabela 3.2. Wartość wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2017-2021 (w zł)**

Ryzyko	2017	2018	2019	2020	2021
<b>OC komunikacyjne</b>	91 618 834	96 098 080	175 696 775	185 430 501	188 715 536
<b>Autocasco</b>	46 234 321	59 718 449	96 081 682	95 444 473	98 939 750
<b>OC rolników</b>	5 381 937	6 808 056	7 825 932	3 413 630	5 420 667
<b>Od kradzieży z włamaniem (biznes)</b>	2 441 376	3 455 638	5 132 442	10 465 132	12 286 292
<b>Od ognia i innych żywiołów (biznes)</b>	3 691 024	10 644 612	5 309 869	6 617 729	30 269 356

<sup>24</sup> Raport *Wypadki drogowe w 2020 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html>, dostęp: 23.02.2022 r.

<b>Ubezpieczenia mieszkań i domów</b>	5 528 239	7 912 500	7 319 952	9 835 913	16 697 763
<b>Turystyczne i Assistance</b>	651 862	155 038	310 250	319 800	52 241
<b>NNW</b>	2 707 976	4 643 747	4 467 655	4 691 737	10 255 528
<b>Inne OC</b>	7 104 733	9 435 849	19 493 492	19 921 376	19 793 363
<b>Kredytu, Finansowe, D&amp;O</b>	320 383	476 893	1 150 016	866 244	1 270 706
<b>Gwarancja ubezpieczeniowa</b>	2 219 898	0	1 975 676	148 261	181 500
<b>Inne</b>	27 518 102	15 251 618	26 244 591	17 076 498	24 280 421
<b>Razem ubezpieczenia</b>	195 418 686	214 600 479	351 008 331	354 231 292	408 163 125

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 11.01.2023 r.

Częstymi przypadkami oszustw są również wielokrotne ubezpieczenia jednego pojazdu, fałszowanie faktur związanych z naprawą, a także zgłaszanie bardzo trudnych do zidentyfikowania szkód osobowych<sup>25</sup>. W 2021 roku zgłoszone roszczenia za rzekome uszkodzenie ciała wyniosły aż 2 594 przypadków na kwotę blisko 93 mln zł<sup>26</sup>.

Poza ubezpieczeniami komunikacyjnymi każdego roku udaremniane są znaczne liczby wyłudzeń w zakresie ubezpieczeń mieszkań i domów. Często ubezpieczający nieuczciwie zgłaszają roszczenia z powodu rzekomej utraty bądź zniszczenia sprzętu AGD i RTV, ale wciąż popularne są znane już praktyki celowych podpaleń mienia i przedstawiania fikcyjnych dowodów utraconych w pożarze przedmiotów<sup>27</sup>.

Przestępstwa ubezpieczeniowe nie mają jedynie charakteru zewnętrznego w postaci wyłudzeń odszkodowań, ponieważ w poprzednim podrozdziale wskazano również w klasyfikacji nadużyć na czyny wewnętrzne z udziałem personelu i innych podmiotów współpracujących z zakładami ubezpieczeń. W Dziale II największym problemem w tej kwestii od lat pozostaje defraudacja składek ubezpieczeniowych, ale także liczne oszustwa związane z dystrybucją ubezpieczeń. Jednakże w roku 2020 przeciwdziałanie tego typu przestępstwom przyniosło

<sup>25</sup> P. Błażejewska, K. Łyda, *op. cit.*, s. 40.

<sup>26</sup> *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń ([www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl)), s. 18, dostęp: 11.01.2023 r.

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 24.

znacznie lepszy skutek niż w latach poprzednich, gdyż udaremniono oszustwa poza obszarem wypłaty świadczeń na ponad 4,5 mln zł, co w porównaniu z ponad 20 mln w roku poprzednim jest spadkiem w wielkości powyżej 70%. W tabeli 3.3. przedstawiono wartościowo przypadki przestępczości ubezpieczeniowej wewnętrznej w latach 2017-2020.

**Tabela 3.3. Wartość przestępstw ubezpieczeniowych poza obszarem wypłaty odszkodowań w latach 2017-2020 (w zł)**

Rodzaj nieprawidłowości	2017	2018	2019	2020
Przywłaszczenie składek	5 096 828	2 243 063	3 407 051	1 047 464
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	836 562	253 712	664 788	8 800
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	1 367 003	7 207	57 285	0
Przestępstwa przeciwko dokumentom	436 023	357 243	317 927	217 998
Inne	192 085	5 459 788	16 134 277	3 299 576
<b>RAZEM</b>	<b>7 928 501</b>	<b>8 321 013</b>	<b>20 581 328</b>	<b>4 573 837</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 23.02.2022 r.

W obliczu nieustającego postępu technologicznego coraz częściej można zaobserwować zupełnie nowe tendencje związane z przestępczością ubezpieczeniową. Do takich nowych trendów można zaliczyć przestępstw finansowe - na przykład te związane z wyłudzeniem podatku VAT po uprzednim przygotowaniu fałszywej dokumentacji księgowej. Można zauważyć również przypadki wyłudzeń w branży bankowej w postaci przywłaszczenia środków inwestycyjnych przez sprawców podających się za uprawnione do tego osoby, wykorzystując przy tym różne nowoczesne metody, tj. metody socjotechniczne lub kradzież tożsamości<sup>28</sup>. Wynikająca z tego konkluzja jest taka, iż pomimo tego, że zakłady ubezpieczeń z coraz większą skutecznością radzą sobie z wykrywaniem defraudacji, to nie oznacza to że mają ustawać w opracowywaniu nowych metod śledzenia i udaremniania przestępczości, adekwatnych do zmieniającego się świata.

<sup>28</sup> *Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2019 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń ([www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl)), s. 27, dostęp: 23.02.2022 r.

### 3.4. Metodyka badań własnych

Celem badań przeprowadzonych w ramach niniejszego opracowania było zgłębienie wiedzy dotyczącej świadomości oraz postaw społeczeństwa polskiego wobec problemu, jakim jest przestępczość ubezpieczeniowa w Polsce. Informacje pozyskane w ten sposób mogłyby posłużyć do badania zależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi i zostać przeciwstawione zagadnieniom teoretyczno-historycznym, opisywanym we wcześniejszym podrozdziale i wykształcić nowy ogląd sytuacji.

Metodą badawczą było badanie ankietowe, czyli jedno z najczęściej stosowanych narzędzi w naukach społecznych. Według M. Łobockiego<sup>29</sup> jest to „sposób zbierania informacji za pomocą zestawu pytań, dotyczących bezpośrednio lub pośrednio ściśle określonych problemów badawczych”. Badanie przeprowadzono w dniach 12-30 kwietnia 2022 roku za pośrednictwem utworzonego specjalnie do tych celów formularza Google. Odnośnik do ankiety zawartej w tym formularzu rozpowszechniany był za pomocą narzędzi wykorzystujących połączenie internetowe, głównie poprzez portal społecznościowy Facebook, a oprócz tego za pośrednictwem osobistej poczty elektronicznej ankietera oraz rodziny i znajomych. Ankieta składała się z 16 pytań oraz dołączonej do nich metryczki. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty, jednakże w czterech z nich ankieter umożliwił ankietowanemu odpowiedź w formie otwartej w celu dodania przez nich opcji niezawartych wcześniej w kwestionariuszu. W dwóch pytaniach do udzielania odpowiedzi wykorzystano również skalę na przedziale liczbowym, między innymi skalę Likerta<sup>30</sup>. Nie wszystkie pytania miały charakter obowiązkowy, a o przejściu do takich pytań decydowała udzielona wcześniej odpowiedź. Poza samą metryczką ankieta dotyczyła trzech obszarów tematycznych, tj. ogólny wywiad na temat ubezpieczonego i posiadanych przez niego produktów ubezpieczeniowych (nieobowiązkowe, jeśli ankietowany nie posiadał

---

<sup>29</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2009, s. 139.

<sup>30</sup> Cyt.: „Nazwa pochodzi od nazwiska amerykańskiego badacza społecznego, założyciela Instytutu Badań Społecznych - Rensisa Likerta (1903-1981). Miał on na celu przełamanie ograniczeń skal prostych w 1932 roku. Na skali Likerta respondenci dokonują wyboru jednej z kategorii odpowiadając na dane stwierdzenie (zwykle są to kolejne liczby naturalne, od kilku do kilkunastu pozycji). Dowolny jest dobór źródeł, na których podstawie są one przygotowywane. Może być to wiedza na temat problemu, literatura przedmiotu, doświadczenie badacza, wyniki badań empirycznych lub informacje pochodzące z mediów. Zgodnie z operacyjną teorią pomiaru możemy traktować te liczby jako wyniki pomiaru na skali przedziałowej, jeżeli zostaną odpowiednio zagregowane i przekształcone, oraz jeżeli metody pomiaru zapewniają, że różnice na skali odpowiadają w przybliżeniu różnicom w natężeniu cech psychologicznych. Potrzeba jednak zastosowania trafnego i rzetelnego narzędzia pomiaru.”, [https://mfiles.pl/pl/index.php/Skala\\_Likerta](https://mfiles.pl/pl/index.php/Skala_Likerta), dostęp: 05.05.2022 r.

ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych), świadomość w kwestii przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce oraz stosunek do zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej.

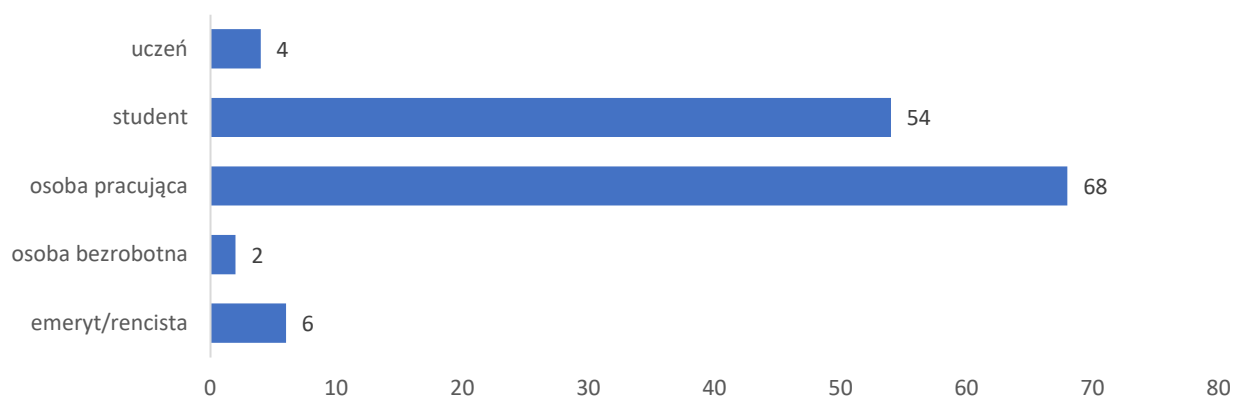
W założeniu próba badawcza miała wynosić 100 osób, jednak rzeczywiście w badaniu wzięły udział 104 osoby, dobrane do próby w sposób nieprobabilistyczny. Spośród ankietowanych 7 osób pracuje lub pracowało niegdyś, jako agent ubezpieczeniowy, jedna osoba jako broker ubezpieczeniowy, a jeszcze jedna osoba określiła swoją profesję, jako doradca finansowy. Większość respondentów stanowiły osoby płci żeńskiej, których było prawie 60%, w porównaniu do 40% odpowiedzi udzielonych przez mężczyzn. Można zauważyć to w tabeli 3.4. przedstawionej poniżej.

**Tabela 3.4. Struktura procentowa płci wśród ankietowanych**

Płeć	Liczba	%
Kobieta	62	59,6
Mężczyzna	42	40,4
<b>RAZEM</b>	104	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

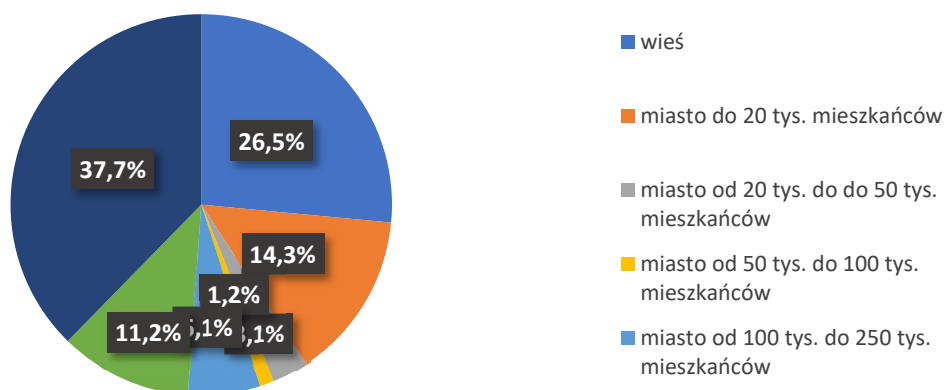
Spośród wszystkich ankietowanych największą grupę stanowiły osoby z przedziału wiekowego 18-26 – 66 osób (63,5%), dalej w wieku 40-65 lat – 21 osób (20,2%), następnie 27-39 lat – 14 osób (13,5%) oraz tylko 3 osoby powyżej 65 lat (2,9%). W pytaniu o wykształcenie dominowała odpowiedź „średnie” (57,7%), jednakże niewiele mniej spośród badanych osób posiada wykształcenie wyższe (41,3%), a tylko jedna osoba ma ukończony etap edukacji na poziomie podstawowym. Stąd też przeważająca liczba osób określiła swój status jako student (52%), osoba pracująca (65%) lub dwie z tych opcji jednocześnie (21%), co widoczne jest na wykresie przedstawionym na rysunku 3.5.



**Rysunek 3.5. Status badanych**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Znacznie bardziej zróżnicowana okazała się jednak struktura pod względem wielkości miejscowości zamieszkania, co pokazano na wykresie na rysunku 3.6.



**Rysunek 3.6. Struktura procentowa wielkości miejscowości zamieszkania**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

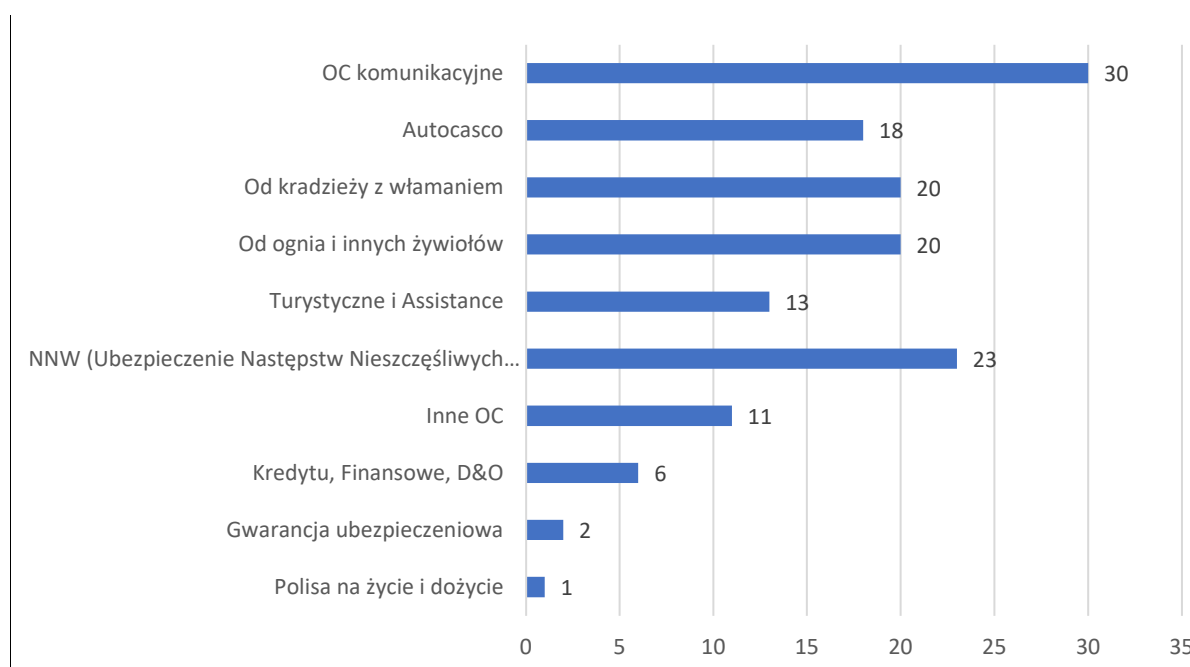
Najwięcej badanych pochodzi z miasta powyżej 500 tys. mieszkańców (37,7%), na drugim miejscu znaleźli się ankietowani pochodzący ze wsi (26,5%), następnie z miasta do 20 tys. mieszkańców (14,3%), z miasta od 250 tys. do 500 tys. mieszkańców (11,2%), dalej z miasta od 100 tys. do 250 tys. mieszkańców (6,1%) i miasta od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców (3,1%), a najmniej osób wybrało opcję miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców (1,2%).

### 3.5. Świadomość Polaków w obszarze przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Warunkiem koniecznym, aby przejść do następnej sekcji tematycznej było udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych?”. Celem stworzenia odrębnej części kwestionariusza dla osób

posiadających takowe ubezpieczenie było sprawdzenie popularności poszczególnych produktów ubezpieczeniowych wśród ankietowanych oraz ich oceny w kwestii wysokości wypłacanych odszkodowań i świadczeń, a także samego procesu takich wypłat. Przyjęto założenie wstępne, iż negatywny stosunek do tych dwóch materii mógłby stanowić predyktor w badaniu zależności tej cechy z przychylną postawą wobec zjawisk przestępczości ubezpieczeniowej.

Nie jest zaskoczeniem, iż najczęściej posiadanym wśród ankietowanych produktem ubezpieczeniowym jest OC komunikacyjne, na drugim miejscu znalazło się ubezpieczenie NNW, następnie ex aequo ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem oraz ubezpieczenie od ognia i innych żywiołów. Zestawienie liczby posiadaczy poszczególnych produktów ubezpieczeniowych znajduje się na rysunku 3.7.



**Rysunek 3.7. Liczba ankietowanych posiadających poszczególne produkty ubezpieczeniowe**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Spośród ankietowanych posiadających ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych, odszkodowań i świadczeń nie otrzymało jeszcze 33,3%. 23,1% ankietowanych uważa wysokość otrzymanych odszkodowań i świadczeń za zadowalającą, a łącznie 43,6% osób nie jest z nich w pełni zadowolona. Ponadto 17,9% uważa, iż zakłady ubezpieczeń sprawiają wiele problemów i unikają wypłaty odszkodowań, 10,3% określa czas trwania wypłaty odszkodowań jako bardzo długi, 30,8% ocenia ten proces pozytywnie, a pozostałe 41% badanych to ci ankietowani, którzy nie mieli jeszcze styczności z procesem wypłaty odszkodowań.

Kolejny obszar tematyczny kwestionariusza badania ankietowego dotyczył szeroko pojętej świadomości społeczeństwa polskiego w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej w naszym kraju. Pierwszym zadaniem pytaniem było: „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?”. Dostępne warianty odpowiedzi to: tak, nie, nie wiem, w ogóle nie ma w Polsce tego problemu. Wyniki przedstawione zostały poniżej w tabeli 3.5.

**Tabela 3.5. Odpowiedzi na pytanie „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?”**

Odpowiedź	Liczba odpowiedzi	%
Tak	32	30,8
Nie	10	9,6
Nie wiem	62	59,6
<b>W ogóle nie ma w Polsce tego problemu</b>	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

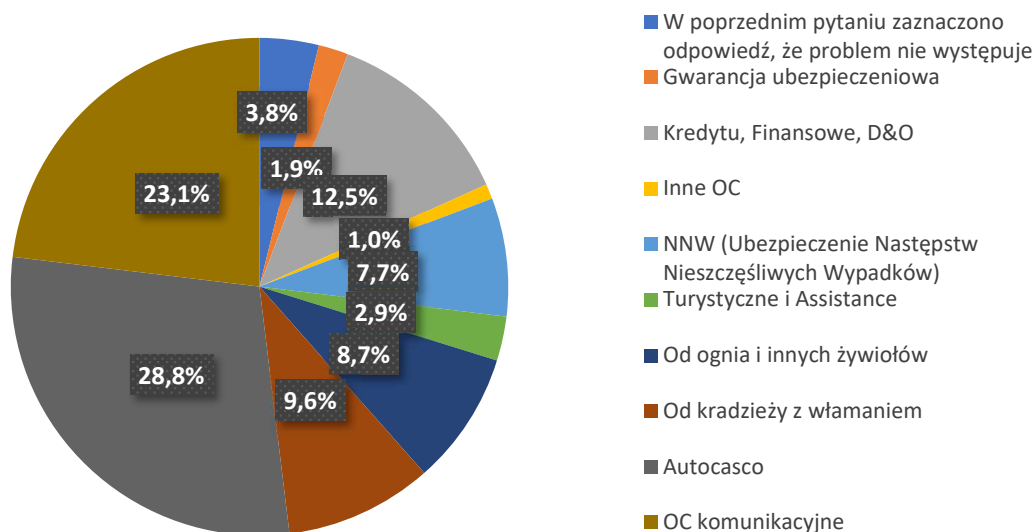
Jak można zauważyć w powyższej tabeli, prawie 60% badanych w ogóle nie wykazuje się żadną wiedzą w tym obszarze. W większości odpowiedzi takiej udzieliły osoby nieposiadające żadnego produktu ubezpieczeniowego (60%) w sektorze ubezpieczeń majątkowych, co może tłumaczyć brak zainteresowania, a co za tym idzie brak wiedzy na temat skali problemu. Uwagę przykuwa jednak fakt, że aż 64% osób posiadających produkt ubezpieczeniowy również odpowiedziało w ten sposób, co zdaniem ankietera nie jest zjawiskiem pozytywnym. Jako uczestnicy rynku ubezpieczeniowego powinni oni orientować się, z jakimi problemami musi się on zmagać, zwłaszcza jeżeli może to mieć wpływ na wysokość składek ubezpieczeniowych.

Następną w kolejności udzielaną odpowiedzią było „Tak”, którą zaznaczyło 31% osób ubezpieczonych i 31% nieposiadających ubezpieczenia. Odpowiedź „Nie” zaznaczyło odpowiednio 5% i 12%. Należy przypomnieć z poprzedniego rozdziału, iż według obecnego wówczas raportu Polskiej Izby Ubezpieczeń z września 2021 wielkość wyłudzeń odszkodowań i świadczeń w 2020 roku wyniosła ok. 401 mln zł. Można zatem wysnuć wniosek, że jeśli osoby odpowiadające „Nie” faktycznie znają skalę problemu, to w subiektywnym odczuciu dla prawie 10% ankietowanych nie jest to wartość o istotnym znaczeniu.

W kolejnym pytaniu ankieter poprosił badanych o wskazanie jednego produktu ubezpieczeniowego, który ich zdaniem najczęściej wykorzystywany jest przez przestępców do



wyłudzenia nienależnych odszkodowań i świadczeń. Graficzne przedstawienie udzielonych odpowiedzi na to pytanie znajduje się na wykresie na rysunku 3.8.



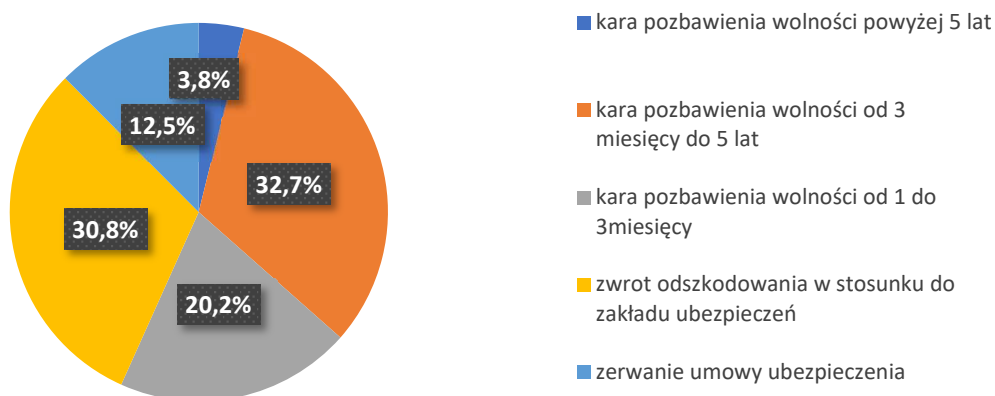
**Rysunek 3.8. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani uważa, w którym z ubezpieczeń odnotowuje się najwięcej wyłudzeń odszkodowań?”**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W tym pytaniu ankietowani najczęściej wybierali ubezpieczenie autocasco (28,8% wskazań), następnie OC komunikacyjne (23,1% wskazań), kredytu, finansowe, D&O (12,5% wskazań), od kradzieży z włamaniem (9,6% wskazań), od ognia i innych żywiołów (8,7% wskazań), NNW (7,7% wskazań), turystyczne i Assistance (2,9% wskazań), gwarancja ubezpieczeniowa (1,9% wskazań) oraz inne OC (1% wskazań). Taka struktura odpowiedzi, w której dominują ubezpieczenia bezpośrednio związane z posiadaniem pojazdów mechanicznych świadczyć może o powszechności użytkowania tychże pojazdów wśród badanych. Warto zauważyć, iż spośród ankietowanych ubezpieczonych w sektorze ubezpieczeń majątkowych aż 79% posiada ubezpieczenie OC komunikacyjne, Autocasco lub oba te ubezpieczenia jednocześnie. Ponad połowa z tych osób wskazała właśnie te ubezpieczenia, jako obszary, w których ich zdaniem najczęściej można spotkać zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Dziwić może fakt, iż ponad 12% badanych osób opowiedziało się za ubezpieczeniem kredytu, finansowego i D&O, gdyż z poprzedniego rozdziału wiadomo, że ubezpieczenia te nie cieszą się dużą popularnością wśród oszustów ubezpieczeniowych. Być może jednak większa liczba zawieranych w ostatnich latach umów kredytowych skłoniła badanych do wniosku, iż mogą one stać się przedmiotem zainteresowania przestępców. Cztery osoby zaznaczyły odpowiedź „W poprzednim pytaniu

zaznaczono odpowiedź, że problem nie występuje”, pomimo tego że nikt nie udzielił takowej odpowiedzi w poprzednim pytaniu.

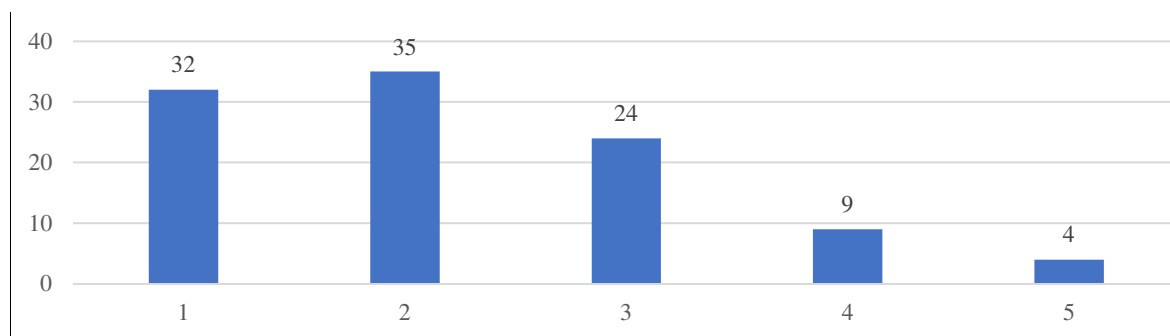
W następnym pytaniu sprawdzono wiedzę ankietowanych na temat prawnokarnych skutków dopuszczenia się oszustwa asekuracyjnego. Pytanie takie miało na celu zbadanie, czy respondenci są w ogóle świadomi konsekwencji popełnienia tego rodzaju przestępstwa. Warianty odpowiedzi przewidywane w tym pytaniu to „zerwanie umowy ubezpieczenia”, „zwrot odszkodowania w stosunku do zakładu ubezpieczeń”, „kara pozbawienia wolności od 1 do 3 miesięcy”, „kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat” oraz „kara pozbawienia wolności powyżej 5 lat”. Najwięcej osób wskazało odpowiedź „kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat” (32,7%), jednak niewiele mniej (30,8%) opowiedziało się za opcją „zwrot odszkodowania w stosunku do zakładu ubezpieczeń”, następnie „kara pozbawienia wolności od 1 do 3 miesięcy” (20,2%), „zerwanie umowy ubezpieczenia” (12,5%), „kara pozbawienia wolności powyżej 5 lat” (3,8%). Ponownie zakładając, iż respondenci udzielali odpowiedzi na to pytanie świadomie, to wynika z tego, że tylko jedna trzecia badanych jest świadoma wysokości kary przewidywanej w zamian za dokonanie oszustwa asekuracyjnego. Również jedna trzecia uważa jednak, że karą taką jest jedynie zwrot odszkodowania w stosunku do zakładu ubezpieczeń, co świadczy w pewnym sensie o bagatelizowaniu przez nich problemu oszustwa asekuracyjnego. To samo można by rzec o 12,5% ankietowanych, którzy uważają za adekwatną karę wobec tego czynu zwyczajne zerwanie umowy ubezpieczenia. Wyniki odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na rysunku 3.9.



**Rysunek 3.9. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaką karę Pana/Pani zdaniem przewiduje się za upozorowanie zdarzenia ubezpieczeniowego w celu osiągnięcia odszkodowania, czyli tzw. oszustwo asekuracyjne?”**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Kolejne pytanie polegało na zbadaniu wiedzy ankietowanych na temat przestępczości ubezpieczeniowej, przy zastosowaniu skali Likerta. Poproszono wszystkich respondentów, aby na skali pięciostopniowej zaznaczyli, w jakim stopniu zgadzają się oni ze zdaniem „Przestępstwa ubezpieczeniowe godzą jedynie w interesy zakładów ubezpieczeń i nie mają wpływu na innych ubezpieczonych.”. W tym przypadku odpowiedź 1 odpowiadała stanowisku „zdecydowanie nie zgadzam się”, a odpowiedź 5 „zdecydowanie się zgadzam”. Wyniki tych odpowiedzi kształtowały się różnorodnie, z dużą jednak przewagą opcji 1 i 2 (30,8% i 33,7% wskazań), co świadczy o braku zgody większości badanych z powyższą sentencją. Około jedna czwarta badanych zaznaczyła odpowiedź 3, wyrażając w ten sposób ambiwalentny stosunek do tej kwestii. 8,7% wskazań dotyczyło opcji 4, a pozostałe 3,8% opcji 5. Wyniki odpowiedzi na to pytanie zobrazowane zostały na rysunku 3.10.



**Rysunek 3.10. "Przestępstwa ubezpieczeniowe godzą jedynie w interesy zakładów ubezpieczeń i nie mają wpływu na innych ubezpieczonych." Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Niejako poza głównym obszarem tematycznym zadawanych w tej części pytań, znalazło się także pytanie o to, czy ankietowani zetknęli się ze zjawiskiem przestępczości ubezpieczeniowej pośród rodziny i znajomych. Na 104 badanych 15 osób posiada w swoim bliskim lub dalszym gronie kogoś, kto dopuścił się wyłudzenia odszkodowania ubezpieczeniowego, pozostałe 89 osób zaznaczyło odpowiedź „Nie”. Taki rozkład odpowiedzi wygląda dość interesująco, gdyż z jednej strony może świadczyć o niskiej przestępczości w gronie osób ankietowanych, ale może też nie odzwierciedlać w pełni prawdziwego obrazu sytuacji, ze względu na niechęć badanych do udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące ich bliskiego otoczenia. Równie trafnym wnioskiem byłoby stwierdzenie, iż być może odpowiedzi udzielane przez ankietowanych w tym pytaniu mogą wynikać z niewiedzy na temat przestępczego charakteru czynu dokonywanego zarówno przez samych badanych, jak i przez ich otoczenie. W takim

wypadku nie można zatem stwierdzić, że wyniki uzyskane na podstawie odpowiedzi na to pytanie dają rzetelny obraz sytuacji.

### 3.6. Postawy społeczeństwa wobec przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Ostatnia część kwestionariusza ankiety miała na celu pozyskanie danych na temat osobistego stosunku badanych do przestępczości ubezpieczeniowej. W skład tego obszaru tematycznego wchodziły cztery pytania poczynając od poproszenia ankietowanych o ocenę moralności wybranych sytuacji. Najważniejszym jednak pytaniem dla ankietera było „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”. Odpowiedzi na to pytanie pozwalają niejako uzyskać ogląd na to, jaka jest w Polsce społeczna akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych, gdyż to właśnie ona będzie badana w dalszej części podrozdziału za pomocą statystyki Chi-kwadrat, w zależności od poszczególnych predyktorów ( $x_n$ ), tj.:

1. płeć;
2. wiek;
3. wykształcenie;
4. wielkość miejscowości zamieszkania;
5. posiadanie ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych.

Uszczegółowieniem do powyższego pytania była prośba o wybór sytuacji, które zdaniem ankietowanych mogłyby stanowić usprawiedliwienie dla wyłudzenia nienależnego odszkodowania. Na koniec kwestionariusza respondenci wskazali również przyczyny, które ich zdaniem stoją za zjawiskiem przestępczości ubezpieczeniowej.

Do zbadania zależności pomiędzy wyżej wymienionymi zmiennymi a akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych konieczne jest sformułowanie hipotezy zerowej  $H_0$  oraz hipotezy alternatywnej  $H_1$ . Hipotezą statystyczną nazywamy każde przypuszczenie na temat populacji generalnej, co do którego nie przeprowadzono badania pełnego. Sprawdzana przez nas hipoteza nosi miano zerowej ( $H_0$ ), a każda przeciwstawna jej jest hipotezą alternatywną ( $H_1$ ). Hipoteza alternatywna jest tą, którą możemy przyjąć w przypadku odrzucenia naszej hipotezy zerowej<sup>31</sup>. W przypadku badania przeprowadzonego w ramach tej pracy sformułowano następujące hipotezy:

---

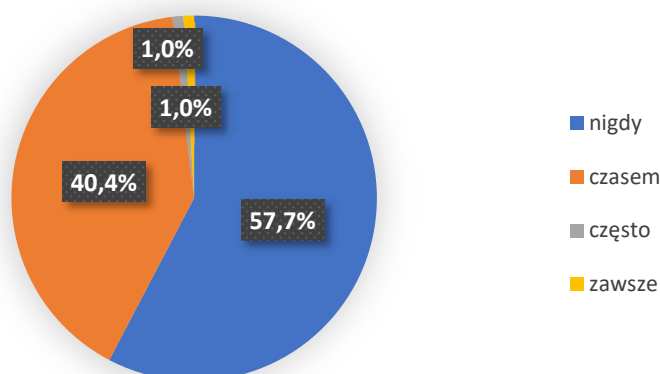
<sup>31</sup> M. Sobczyk, *Statystyka*, PWN, Warszawa 2016, s. 146-147.

$H_0$ : nie istnieje zależność pomiędzy predyktorem  $x_n$  a akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych

$H_1$ : istnieje zależność pomiędzy predyktorem  $x_n$  a akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Mając sformułowane hipotezy badawcze należy zweryfikować je za pomocą testu statystycznego, którym w tym przypadku będzie test Chi-kwadrat.

Na wykresie na rysunku 1.11 przedstawiono odpowiedzi uzyskane na pytanie będące głównym przedmiotem badania tego podrozdziału, tj. „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?” 60 badanych stwierdziło, że nic nie usprawiedliwia wyłudzenia nienależnego odszkodowania, 42 osoby wybrały opcję „czasem”, 1 osoba odpowiedziała „często” i 1 osoba uważa, iż zawsze można usprawiedliwić taki czyn. Jak zatem można zauważyć, 44 osoby potrafią znaleźć wytłumaczenie dla tego typu przestępczości ubezpieczeniowej, co świadczy o istotnym społecznym przyzwoleniu na zachowania przestępcze w sektorze ubezpieczeń majątkowych, które jest przedmiotem tego podrozdziału. Odpowiedzi tych właśnie badanych posłużą zatem w dalszej analizie zależności tej akceptacji z wybranymi predyktorami.



**Rysunek 3.11. „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W tabeli 3.6 przedstawiono wyniki badania społecznej akceptacji zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych w zależności od płci. Nieco ponad połowa respondentów akceptujących w pewnym stopniu wyłudzenie nienależnego odszkodowania to kobiety – 28 badanych, mężczyzn udzielających taką odpowiedź było natomiast 16. Po drugiej stronie wśród osób wyrażających sprzeciw takim zachowaniom 34 to kobiety, a 26 mężczyźni.

Obliczone za pomocą testu Chi-kwadrat prawdopodobieństwo wynosi 0,5122, co oznacza, że  $p > 0,05$ , a zatem zgodnie z wnioskowaniem statystycznym na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$  nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku zależności.

**Tabela 3.6. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od płci**

Płeć	Akceptacja zachowań przestępczych	
	czasem/często/zawsze	nigdy
Kobieta	28	34
Mężczyzna	16	26
Statystyka Chi-kwadrat	0,5122	
Stopnie swobody	1	
Wartość p	0,474196	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Nie znajdując zależności pomiędzy płcią badanych a ich postawą wobec przestępczości ubezpieczeniowej, postanowiono poddać analizie kolejny predyktor, którym jest wiek. Badanie związku pomiędzy tymi dwiema zmiennymi miało na celu sprawdzenie, czy wiek badanych ma wpływ na przyzwolenie w kwestii wyłudzenia nienależnych odszkodowań. W tym przypadku wyniki okazały się świadczyć na rzecz hipotezy alternatywnej, głoszącej o istnieniu zależności pomiędzy wiekiem badanych a akceptacją zachowań przestępczych. Wynika z tego, iż wraz z wiekiem zmienia się stosunek ankietowanych do przestępczości w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Można bowiem zaobserwować w tabeli 3.7 zamieszczonej poniżej, że o ile wśród osób w wieku 18-26 odpowiedzi rozłożyły się dość równomiernie, to osoby z przedziału wiekowego 27-39 częściej skłaniały się ku akceptacji zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń, a osoby powyżej 40 roku życia w większości wyraziły stanowisko, że nigdy nie można usprawiedliwić takich praktyk.

**Tabela 3.7. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wieku**

Wiek	Akceptacja zachowań przestępczych	
	czasem/często/zawsze	Nigdy
18-26	31	35
27-39	10	4

40-65	3	18
Powyżej 65	0	3
Statystyka Chi-kwadrat	14,4076	
Stopnie swobody	3	
Wartość p	0,002399	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Kolejnym badanym predyktorem było wykształcenie ankietowanych, które jak wykazało badanie nie ma jednak większego znaczenia w kwestii akceptacji przestępczości ubezpieczeniowej. Prawdopodobieństwo testowe, przyjmując wartość większą od poziomu istotności  $\alpha$  pozwoliło na przyjęcie stanowiska, iż nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, czyli nie da się określić istotnego powiązania wykształcenia badanych z ich stosunkiem do usprawiedliwiania zachowań przestępczych. Wyniki badania tej zależności ukazane zostały w tabeli 3.8.

**Tabela 3.8. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wykształcenia**

Wykształcenie	Akceptacja zachowań przestępczych	
	czasem/często/zawsze	Nigdy
Podstawowe	0	1
Średnie	27	33
Wyższe	17	26
Statystyka Chi-kwadrat	1,0469	
Stopnie swobody	2	
Wartość p	0,592454	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Następnie badaniu postanowiono poddać czynnik będący wielkością miejscowości zamieszkania badanych, jednakże podobnie, jak płeć oraz wykształcenie predyktor ten nie wykazuje istotnego związku z akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Wartości uzyskane za pomocą testu Chi-kwadrat widoczne są w tabeli 3.9.

**Tabela 3.9. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania**

Wielkość miejscowości zamieszkania	Akceptacja zachowań przestępczych	
	czasem/często/zawsze	Nigdy
Wieś	11	14
Miasto do 20 tys. mieszkańców	5	9
Miasto od 20 tys. do do 50 tys. mieszkańców	2	1
Miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	3	4
Miasto od 100 tys. do 250 tys. mieszkańców	3	2
Miasto od 250 tys. do 500 tys. mieszkańców	2	8
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	16	20
Statystyka Chi-kwadrat	3,7597	
Stopnie swobody	6	
Wartość p	0,709151	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Ostatnim etapem badania było poddanie analizie zależności między posiadaniem ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych, a skłonnością do akceptacji zachowań przestępczych. Badanie wykazało, iż taka zależność faktycznie istnieje. Prawdopodobieństwo testowe przyjęło wartość niższą od  $\alpha = 0,05$ , a więc na przyjętym poziomie istotności można odrzucić hipotezę zerową o braku zależności i przyjąć hipotezę alternatywną, która mówi że zależność pomiędzy tymi dwoma zmiennymi występuje. Przyjęcie tej hipotezy oznacza, iż posiadanie produktu ubezpieczeniowego w sektorze ubezpieczeń majątkowych ma znaczenie w odniesieniu do postawy, jaką przyjmują badani wobec przestępczości ubezpieczeniowej. Wyniki przedstawione w tabeli 3.10 pokazują, że zdecydowana większość osób ubezpieczonych nie odnajduje usprawiedliwienia dla popełnianych przestępstw ubezpieczeniowych. Osoby nieposiadające ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych częściej stawały po stronie nieuczciwych praktyk w obszarze ubezpieczeń. Nie była to jednak na tyle duża przewaga, by mówić tu o zależności. Z takiego rezultatu badania wynikać może, iż osoby ubezpieczone



są bardziej świadome w obszarze szkód wyrządzanych przez przestępców ubezpieczeniowych wobec całego sektora ubezpieczeń, niż osoby niebędące jego podmiotami.

**Tabela 3.10. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od posiadania ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych**

Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych?	Akceptacja zachowań przestępczych	
	czasem/często/zawsze	Nigdy
Tak	10	29
Nie	33	29
Statystyka Chi-kwadrat	7,4510	
Stopnie swobody	1	
Wartość p	0,006339	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż jedynie wiek oraz posiadanie ubezpieczenia w sektorze majątkowym mogą warunkować postawę akceptującą zachowania przestępcze w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Jak się okazuje płeć, wykształcenie oraz wielkość miejscowości zamieszkania nie mają wpływu na akceptację przestępczości ubezpieczeniowej. Co ciekawe, na wspomniane wcześniej pytanie „Co Pana/Pani zdaniem mogłoby usprawiedliwić wyłudzenie nienależnego odszkodowania?” najchętniej wybranymi opcjami były sytuacja życiowa (37,5%), trudna sytuacja materialna (25%) oraz niemoralność zakładów ubezpieczeń (16,3%). W świetle przeprowadzonych badań zależności, odpowiedzi te mają znaczenie, gdyż są one niejako powiązane z predyktorami wykazującymi zależność ze społeczną akceptacją przestępczości ubezpieczeniowej. Wszystkie osoby posiadające ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych, które przyjęły postawę obronną wobec przestępczości ubezpieczeniowej, wskazywały te trzy przyczyny za usprawiedliwienie dla zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń. To samo miało miejsce w przypadku osób w wieku 27-39 oraz 40-65, które wykazały się akceptacją dla przestępczości ubezpieczeniowej. Nie bez znaczenia pozostaje także to, iż na prośbę respondenta o wskazanie przyczyn przestępczości ubezpieczeniowej prawie 70% badanych wskazało przekonanie o małej szkodliwości czynu. Świadczy to o tym, co wspomniano już wcześniej w niniejszej pracy, iż w Polsce powinno się zwiększyć nacisk na uświadamianie społeczeństwa pod względem prawnych konsekwencji przestępczości ubezpieczeniowej. Jak się okazuje niewiedza w tej kwestii może mieć

bardzo negatywne konsekwencje w postaci wysokiej liczby zjawisk przestępczości ubezpieczeniowej, co przekłada się również na skutki ekonomiczne dla samych ubezpieczonych, jak podwyższenie składki ubezpieczeniowej.

### 3.7. Podsumowanie

Przestępczość ubezpieczeniowa pojawia się w obrocie gospodarczym już od bardzo dawna. Pomimo zinstytucjonalizowanych środków pozwalających na większą skuteczność wykrywania praktyk niezgodnych z prawem w ubezpieczeniach gospodarczych, wciąż jest ona nieodłącznym elementem rynku ubezpieczeń. Celem niniejszego opracowania naukowego było zatem zgłębienie wiedzy w zakresie problemu przestępczości ubezpieczeniowej oraz tego, jakie postawy w stosunku do tej kwestii przyjmuje społeczeństwo polskie.

Na pytanie główne „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?” ponad 40 procent badanych odpowiedziało w sposób twierdzący. Na podstawie tych odpowiedzi można więc wywnioskować, że są to osoby przyjmujące postawę aprobującą w stosunku do przestępczości ubezpieczeniowej, podczas gdy pozostałe 60 procent nie znajduje usprawiedliwienia dla takich zachowań. Następnie zbadano współzależność pomiędzy akceptacją przestępczości ubezpieczeniowej a wybranymi predyktorami. Na podstawie wyników tych badań sformułowano wnioski, iż jedynie wiek badanych oraz posiadanie przez nich ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych ma wpływ na udzielanie odpowiedzi twierdzącej na pytanie główne. Jak wynika z badań osoby z przedziału wiekowego 27-39 częściej są skłonne usprawiedliwiać zachowania przestępcze podczas, gdy badani w wieku powyżej 40 lat przeważnie nie wykazują się akceptacją w tym obszarze. Poza tym badanie dowiodło, że skłonność do usprawiedliwiania przestępczości ubezpieczeniowej zmienia się w zależności od posiadania ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Osoby ubezpieczone stanowczo odpowiedziały, że nigdy nie można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie, co jest oczywiście dobrym sygnałem. Opierając się na powyższych rozważaniach, można stwierdzić, że wszystkie hipotezy postawione we wstępie zostały zweryfikowane podczas prowadzonych badań.

Pierwsza hipoteza głosząca wzrost liczby wykrytych wyłudzeń odszkodowań w sektorze ubezpieczeń majątkowych w latach 2017-2021 została potwierdzona. Jak już jednak wspomniano wcześniej, nie da się jednoznacznie stwierdzić charakteru tego zjawiska, gdyż może

być ono interpretowane, jako lepsza skuteczność w systemie wykrywania przestępczości lub wzrost liczby wyłudzeń.

Druga z hipotez zakładała brak dostatecznej świadomości społeczeństwa Polskiego w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej i również została zweryfikowana pozytywnie. Badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych nie wykazuje się wiedzą na temat skali zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce, a tylko jedna trzecia potrafiła poprawnie wskazać prawnokarne skutki popełnienia oszustwa asekuracyjnego. Warto jednak przypomnieć, iż szczególną rolę mogło odegrać w weryfikacji tej hipotezy ograniczenie badania w postaci niewielkiej liczby badanych.

Ostatnia hipoteza głosiła, że w Polsce istnieje społeczna akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Było to ściśle powiązane z głównym pytaniem badawczym, a odpowiedzi uzyskane na to pytanie pozwoliły na pozytywną weryfikację hipotezy i stwierdzenie, że taka akceptacja faktycznie w Polsce występuje. W rozdziale trzecim dokonano także dekompozycji tej hipotezy badając zależność pomiędzy chęcią usprawiedliwiania wyłudzeń nienależnego odszkodowania a poszczególnymi predyktorami, tj. płcią badanych, wiekiem, wykształceniem, wielkością miejscowości zamieszkania oraz posiadaniem ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych. Badania zależności dowiodły, że spośród powyższych zmiennych wiek ankietowanych oraz istniejący stosunek ubezpieczenia ma wpływ na postawę wobec przestępczości ubezpieczeniowej. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzono, że wyższy wiek oraz posiadanie ubezpieczenia zmniejsza akceptację wobec wyłudzeń w sektorze ubezpieczeń majątkowych.

Podsumowując, na podstawie przeprowadzonych badań w niniejszym opracowaniu naukowym można wywnioskować, że pomimo rozbudowanego i przejrzystego systemu prawnego będącego regulatorem rynku ubezpieczeń w Polsce jako całości, wciąż jednak są braki w kwestii przepisów identyfikujących przestępczość ubezpieczeniową. Zaniedbanie w tym obszarze może skutkować problemami w wykrywaniu przestępstw, a także w niedostatecznej świadomości społeczeństwa w tym temacie. Dalsze badania i działania w tym obszarze są wskazane, ponieważ zaniedbania w tej kwestii mogą skutkować destabilizacją obrotu gospodarczego.

## Literatura

### Piśmiennictwo:

Błażejewska P., Łyda K., *Analiza prawnych, ekonomicznych i społecznych aspektów przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian, Przegląd ubezpieczeń 2017*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, red. M. Cycoń, T. Jedynek, G. Strupczewski, Kraków 2017.

Dadak W., *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2006, nr 1.

Dadak W., *Ryzyko i niepewność a zachowania naruszające zasady obrotu gospodarczego – aspekty kryminologiczne*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2009, nr 2.

Dadak W., *Ryzyko wiktyimizacji uczestników obrotu gospodarczego*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2010, nr 2.

Jaroch W., *Przestępczość na rynku ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2002.

Jaroch W., *Przestępczość ubezpieczeniowa (uwagi systematyzujące)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2002, nr 5/6.

Kędra E., *Oszustwa asekuracyjne i inne przestępstwa na szkodę wierzycieli*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 1996, nr 4/6.

Kraciuk J., *Przestępstwa gospodarcze w przedsiębiorstwach i sposoby ich przeciwdziałania*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia”, 2012, nr 51.

Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2009.

Maśniak D., Kamiński Ł., *Spór o ryzyko w naukach prawnych i jego skutki prawne*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018.

Raglewski J., *Ryzyko w prawie karnym materialnym – aspekt legislacyjny*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018.

Rydzek T., *Przestępczość ubezpieczeniowa w świetle teorii i praktyki*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 2.

Šmid W., *Boss leksykon*, Dr Lex, Kraków 2012.

Strupczewski G., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.

Szreder M., *Tradycyjne i nowe źródła danych w analizie ryzyka*, [w:] *Pojęcie ryzyka a przestępczość ubezpieczeniowa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2018.

Zalewski W., Cora S., Kędzierski B., *Przestępczość ubezpieczeniowa: Etiologia i pomiar, zjawiska, obraz sprawy przestępstwa*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Arche, Sopot 2016.

### Źródła internetowe:

*Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2016 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 23.02.2022 r.

*Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2019 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 23.02.2022 r.

*Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2021 roku*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 11.01.2023 r.

PWN, *Wiktyimizacja*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/wiktyimizacja.html>, dostęp: 22.02.2022 r.

*Raport Wypadki drogowe w 2020 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html>, dostęp: 23.02.2022 r.

*Statut Polskiej Izby Ubezpieczeń*, Polska Izba Ubezpieczeń, 2019, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 23.02.2022 r.

## Rozdział 4

### Zjawisko missellingu na polskim rynku ubezpieczeń na życie

Kornelia Żelichowska<sup>1</sup>

#### 4.1. Wprowadzenie

W miarę rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń pojawia się coraz więcej czynników zarówno globalnych, społecznych, jak i psychologicznych stanowiących jego determinanty czy też bariery. Co do istoty, poza uwarunkowaniami takimi jak: tempo wzrostu gospodarczego, poziom bezrobocia, wysokość dochodów czy poziom świadomości ubezpieczeniowej, kluczową rolę w rozwoju rynku ubezpieczeń odgrywa poziom zaufania konsumenta do systemu ubezpieczeń oraz etyka działalności ubezpieczycieli<sup>2</sup>.

Współcześnie etyka w działalności ubezpieczeniowej wyrażona m.in. w działaniu zgodnym z porządkiem prawnym, dbałości o interes konsumenta czy poszanowaniu zasad uczciwej konkurencji, świadczy o stopniu wiarygodności i zaufania klienta wobec działań ubezpieczycieli. To właśnie naruszenie wyżej wspomnianych zasad może stanowić przejaw bądź prowadzić do działań typu misselling, a więc zachowań związanych ze sprzedażą produktu finansowego (ubezpieczeniowego) nieadekwatnego do potrzeb konsumenta z jednoczesnym naciskiem na sprzedaż za wszelką cenę<sup>3</sup>. Warto zaznaczyć, że naruszanie zasad uczciwej konkurencji jest widoczne na polskim rynku ubezpieczeń. Z raportów udostępnionych przez Rzecznika Finansowego w 2021 r. wynika, że wciąż zauważalna jest duża liczba skarg dotyczących roszczeń z umów ubezpieczenia na życie<sup>4</sup>. Nie ulega wątpliwości, że zjawisko missellingu ma negatywny

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

<sup>2</sup> W. Sułkowska, *Bariery rozwoju rynku ubezpieczeń w Polsce*, „Finansowy Kwartalnik Internetowy e-Finanse” 2007, nr 2, s. 1-2.

<sup>3</sup> B. Chmielowiec, *Etyka i nieuczciwe praktyki rynkowe w działalności ubezpieczeniowej*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2015, nr 62, s. 1.

<sup>4</sup> *Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2021*, Rzecznik Finansowy, Warszawa 2021 r., s. 60, <https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2022/04/Sprawozdanie-Rzecznika-Finansowego-za-2021-rok-publicacja.pdf>, dostęp: 8.02.2023 r.

wpływ na rozwój rynku ubezpieczeniowego oraz prowadzi do zmniejszenia zaufania konsumentów do instytucji finansowych<sup>5</sup>.

Problem badawczy rozdziału może być przedstawiony w postaci następujących pytań: *Jak rozumiane jest pojęcie missellingu oraz w jaki sposób przejawia się w działaniach ubezpieczycieli? Jak kształtował się poziom stosowania nieuczciwych praktyk, w tym missellingu na polskim rynku ubezpieczeń na życie w latach 2015-2021? Jak wygląda struktura systemu ochrony konsumenta na rynku finansowym w Polsce oraz jakie rozwiązania realizowane przez instytucje finansowe służą ochronie interesów klientów? W ramach tak postawionych pytań sformułowano hipotezę, zgodnie z którą: „W latach 2015-2021 na rynku ubezpieczeń na życie spadła liczba skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego dotyczących nieuczciwych praktyk mogących przyjmować znamiona missellingu”. Aby zweryfikować postawioną hipotezę za główne cele opracowania przyjęto:*

- charakterystykę pojęcia missellingu oraz przedstawienie form i determinant jego występowania w branży ubezpieczeniowej,
- analizę zjawiska missellingu na rynku ubezpieczeń życiowych w Polsce,
- omówienie istoty i struktury systemu ochrony interesów konsumentów,
- przedstawienie i charakterystyka rozwiązań systemowych i zmian w ustawodawstwie krajowym służących zwiększonej ochronie klienta.

Aby zrealizować powyższe cele w rozdziale dokonano przeglądu krajowych oraz anglojęzycznych publikacji naukowych. Ponadto przeprowadzono analizę aktów prawnych, w szczególności: Ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, Ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wykorzystano także wybrane orzecznictwa sądowe oraz raporty udostępnione przez Rzecznika Finansowego, Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Związek Banków Polskich.

#### **4.2. Istota missellingu i przesłanki jego występowania**

Rynek ubezpieczeń stanowi coraz bardziej istotną część rynku finansowego. Warto zaznaczyć, że tak jak w każdego rodzaju działalności, w sektorze usług finansowych możliwe jest ryzyko występowania nieuczciwych praktyk. Nieuczciwe postępowania są przedmiotem wielu

---

<sup>5</sup> A. Butor- Keler, *Misselling a ochrona konsumenta na rynku usług finansowych*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 326, s. 9.

skarg kierowanych zarówno do sądów jak i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Od lat 90 XX wieku na rynku finansowym pojawiło się nowe pojęcie – misselling – odnoszące się do oferowania konsumentom określonych usług, które w rzeczywistości nie odpowiadają ich potrzebom.

Zjawisko missellingu, w potocznym znaczeniu określane mianem złej sprzedaży, zaobserwowane zostało w Wielkiej Brytanii i związane było ze sprzedażą polis PPI (*Payment Protection Insurance*) poprzez włączanie ich do kredytów bankowych. W literaturze wskazuje się, że od 2001 roku przez okres kolejnych dziesięciu lat sprzedaż ta dotyczyła 34 milionów PPI, a skorzystało z niej niemal 70% Brytyjczyków. Celem oferowanych polis była przede wszystkim ochrona kredytobiorców na wypadek niemożności spłacenia zobowiązań z powodu choroby czy utraty pracy. Jednakże kryzys finansowy z 2008 roku doprowadził do ujawnienia ciemnej strony, jak początkowo założono atrakcyjnych produktów finansowych, a mianowicie okazało się, że w rzeczywistości polisy nie spełniały swojej pierwotnie określonej funkcji. Sprawa ta była powszechnie komentowana i trafiła do Rzecznika praw obywatelskich ds. finansowych w Wielkiej Brytanii, czego konsekwencją było zobligowanie zakładów ubezpieczeń do zwrotu pobranych składek i wypłaty odszkodowań. Ponadto za początki zjawiska missellingu uznaje się sprzedaż na rynku w USA kredytów hipotecznych typu *subprime*, uznanych za jedną z istotnych przyczyn kryzysu finansowego z 2007 roku<sup>6</sup>.

Pomimo, że misselling został pierwotnie zaobserwowany w Wielkiej Brytanii, to jest on również obecny w Polsce, co istotne od 2016 roku odnotowuje się coraz więcej przypadków tego zjawiska<sup>7</sup>. Problem nieuczciwej sprzedaży został ujawniony w związku z pojawieniem się zbiorowych pozwów kierowanych wobec ubezpieczycieli oraz banków, które sprzedawały inwestycyjne produkty ubezpieczeniowe, takie jak: ubezpieczenie na życie powiązane z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi oraz polisolokaty<sup>8</sup>.

Zjawisko missellingu jest problemem ogólnoświatowym, wobec czego nie ma opracowanej jednolitej definicji tej praktyki. A zatem, pomimo popularyzacji pojęcia missellingu, w literaturze ukształtowały się różne podejścia i koncepcje ujmowania tego zjawiska.

---

<sup>6</sup> M. Padaszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta na rynku finansowym*, „Annales. Ethics in Economic Life” 2019, Tom 22, nr 23, s. 47-48.

<sup>7</sup> E. Wierzbicka, *Misselling barierą rozwoju ubezpieczeń w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas” 2016, s. 316.

<sup>8</sup> E. Wierzbicka, *Misselling barierą rozwoju ubezpieczeń...*, op. cit., s. 317.

Zdaniem E. Wierzbickiej misselling to zjawisko niebezpieczne dla klienta, wyrażone przede wszystkim nieczystą sprzedażą, celowym wprowadzaniem w błąd, a także praktyką wątpliwą w aspekcie prawnym<sup>9</sup>. Z kolei S. Wojnowska i K. Gniadek definiują misselling jako zachowanie naruszające normy etyczne oraz prawne towarzyszące procesom sprzedaży, a także świadome wprowadzanie klienta w błąd<sup>10</sup>. W rozumieniu O. Wymana nieetyczna sprzedaż stawia konsumenta w niekorzystnym położeniu, przez co jest on narażony na wiele niedogodności spowodowane przedstawianiem niejasnych, niekompletnych, błędnych dokumentów. Ponadto autor zaznacza, że nieuczciwe zachowanie wynika z wykorzystywania uprzywilejowanej pozycji wśród pracowników instytucji finansowych, wyrażonej np. w zmuszaniu klienta do zakupu zbędnych produktów czy udzielenia rekomendacji bez znajomości jego rzeczywistych potrzeb<sup>11</sup>. M. Krasnodębska-Tomkiel utożsamia misselling ze sprzedażą produktów nieadekwatnych do potrzeb konsumentów, w szczególności wskazuje na praktykę oferowania jako bezpiecznych produktów, które w rzeczywistości cechują się znacznym stopniem ryzyka finansowego<sup>12</sup>.

Pomimo różnorodności ujmowania i interpretacji zjawiska missellingu wśród autorów, można wskazać pewne cechy wspólne, odzwierciedlające tą nieuczciwą praktykę w rzeczywistości gospodarczej. A mianowicie w wielu definicjach misselling utożsamiany jest jako zachowanie nastawione na celowe wprowadzenie w błąd konsumenta, poprzez brak ujawniania faktów czy też naruszenie norm etycznych skutkujących nieczystą sprzedażą.

Nie ulega wątpliwości, że misselling jest zjawiskiem o wysokim stopniu zagrożenia dla konsumentów, wobec czego stało się ono punktem wyjścia do rozważań wśród instytucji nadzoru finansowego poszczególnych krajów. W tym kontekście szczególnie istotne są definicje przedstawione przez organ nadzorujący i regulujący sektor finansowy w Wielkiej Brytanii - Financial Services Authority (FSA), a następnie jej kontynuatora Financial Conduct Authority (FCA). Zdaniem FSA misselling to przede wszystkim dostarczanie klientom nieodpowiednich produktów. Z kolei FCA uzupełnia tą definicję o powiązanie zjawiska „złej sprzedaży” z brakiem udzielenia

---

<sup>9</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych i jej skutki. Stan prawny w Polsce i Wielkiej Brytanii*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe. Konsument na rynku usług finansowych” 2017, nr, 24 s. 19.

<sup>10</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych...*, op. cit., s. 19.

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 19-20.

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 20.



odpowiedniej porady, dostarczaniem zbędnych informacji czy nieinformowaniu o występowaniu ryzyka<sup>13</sup>.

Zjawisko missellingu najczęściej dotyczy klientów, którzy są konsumentami, a więc osobami fizycznymi<sup>14</sup>. Wobec powyższego cechy missellingu mają swoje odzwierciedlenie w kontekście prawnym, w Polsce w szczególności w Ustawie z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów<sup>15</sup>. A zatem według polskiego ustawodawcy misselling to praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów, która polega na „proponowaniu konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają potrzebom tych konsumentów ustalonym z uwzględnieniem dostępnych przedsiębiorcy informacji w zakresie cech tych konsumentów lub proponowanie nabycia tych usług w sposób nieadekwatny do ich charakteru”<sup>16</sup>.

Co istotne, powyższa definicja wskazuje, że misselling może być również definiowany jako nieuczciwa praktyka rynkowa. Praktykę rynkową wobec konsumenta uznaje się za nieuczciwą, jeżeli jest ona sprzeczna z dobrymi obyczajami oraz prowadzi do istotnego zniekształcenia zachowania rynkowego określonego konsumenta zarówno przed zawarciem umowy dotyczącej danego produktu, w trakcie jej zawierania bądź też po jej zawarciu<sup>17</sup>. Definicja sprzeczności z dobrymi obyczajami została uregulowana w orzeczeniu Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (SOKiK) z dnia 23 lutego 2006 r., który stwierdził, że „za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u konsumenta, a także wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności”<sup>18</sup>. Ponadto nieuczciwość rynkowa wyraża się m.in. w istotnym zniekształceniu zachowania rynkowego konsumenta<sup>19</sup>. Pojęcie to określa i rozwija postanowienie unijne, a konkretnie Dyrektywa 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r. dotycząca nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym („Dyrektywa o nieuczciwych praktykach

---

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 20.

<sup>14</sup> M. Paduszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta...*, op. cit., s. 48.

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2021.0.275 z późn. zm.) w skrócie: u.o.k.k.

<sup>16</sup> Art. 24, ust. 2, pkt. 4. u.o.k.k.

<sup>17</sup> M. Paduszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta...*, op. cit., s. 48.

<sup>18</sup> Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 23 lutego 2006 r., XVII Ama 118/04, (Dz. Urz.UO-KiK.2006/2/31), <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/xvii-ama-118-04-wyrok-sadu-ochrony-konkurencji-i-520277675>, dostęp: 6.02.2023 r.

<sup>19</sup> M. Paduszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta...*, op. cit., s. 49.

handlowych”). Zgodnie z art. 2 Dyrektywy „istotne zniekształcenie zachowania gospodarczego konsumentów oznacza wykorzystanie praktyki handlowej w celu znacznego ograniczenia zdolności konsumenta do podjęcia świadomej decyzji i skłonienia go tym samym do podjęcia decyzji dotyczącej transakcji, której inaczej by nie podjął”<sup>20</sup>. Aby uznać praktykę rynkową za nieuczciwą, oprócz udowodnienia, że jest ona sprzeczna z dobrymi obyczajami, należy wykazać potencjalną możliwość zniekształcenia zachowania rynkowego konsumenta. Co istotne, przywołany wcześniej przepis Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (art. 24, ust 2., pkt 4) można uznać zarówno za mieszczący się w możliwości potencjalnego zniekształcenia zachowania rynkowego przeciętnego konsumenta, jak i sprzeczny z dobrymi obyczajami, co wyraża się w możliwości traktowania missellingu jako przejawu nieuczciwej praktyki rynkowej. Kluczowe cechy missellingu w kontekście prawa krajowego jak i regulacji unijnych zostały przedstawione w tabeli 4.1.

**Tabela 4.1. Wybrane cechy zjawiska missellingu w aspekcie prawnym**

Akt prawny	Cechy missellingu
Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów	<ul style="list-style-type: none"> <li>– praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów,</li> <li>– proponowanie konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają potrzebom tych konsumentów</li> <li>– proponowanie nabycia tych usług w sposób nieadekwatny do charakteru konsumentów</li> </ul>
Dyrektywa 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z Dnia 11 Maja 2005 R.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nieuczciwa praktyka rynkowa,</li> <li>– sprzeczna z dobrymi obyczajami,</li> <li>– prowadząca do istotnego zniekształcenia zachowania rynkowego przeciętnego konsumenta</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Paduszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta na rynku finansowym*, „Annales. Ethics in Economic Life” 2019, Tom 22, nr 23, s. 49, Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2021.0.275 z późn. zm.), art. 24, ust. 2, pkt. 4, DYREKTYWA 2005/29/WE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY z dnia 11 maja 2005 r. dotycząca nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym oraz zmieniająca dyrektywę Rady 84/450/EWG, dyrektywy 97/7/WE, 98/27/WE i 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady ("Dyrektywa o nieuczciwych praktykach handlowych"), Dz.U.U.E.L.2005.149.22, art. 2.

<sup>20</sup> DYREKTYWA 2005/29/WE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY z dnia 11 maja 2005 r.

dotycząca nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym oraz zmieniająca dyrektywę Rady 84/450/EWG, dyrektywy 97/7/WE, 98/27/WE i 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady ("Dyrektywa o nieuczciwych praktykach handlowych"), Dz.U.U.E.L.2005.149.22, art. 2.

Warto zaznaczyć, że do missellingu dochodzi szczególnie w przypadku braku rzetelnej i pełnej informacji o sprzedawanych produktach. Również sposób i konstrukcja sporządzanych umów dotyczących produktów finansowych czy ubezpieczeniowych może znacznie utrudnić przeciętnym konsumentom prawidłową ocenę przydatności oferowanych produktów. Nadużycia sprzedażowe mogą dotyczyć niekorzystnej dla konsumenta ceny, niskiej jakości czy mniejszej ochrony ubezpieczeniowej<sup>21</sup>. Co istotne, opinia wśród znacznej części społeczeństwa dotycząca relacji między towarzystwami ubezpieczeniowymi, a ich klientami, zgodnie z którą są one dalekie od prawidłowych i powinny zostać naprawione, pozwoliła na wyodrębnienie następujących cech missellingu<sup>22</sup>:

- oferowanie i sprzedaż produktu ubezpieczeniowego, który nie jest dostosowany do profilu bądź potrzeb klienta,
- brak informowania klienta o możliwości likwidacji produktu,
- brak wyjaśnień w zakresie konstrukcji oraz cech produktu ubezpieczeniowego,
- nieinformowanie klienta o stopniu ryzyka, jakim jest narażony dany produkt ubezpieczeniowy,
- brak informacji o sposobie obliczania dochodu klienta<sup>23</sup>.

Misselling można rozpatrywać w ujęciu wąskim oraz szerokim, szczególne cechy poszczególnych znaczeń zostały zaprezentowane w tabeli 4.2.

**Tabela 4.2. Znaczenie missellingu w ujęciu wąskim i szerokim**

Ujęcie	Cechy szczególne
<b>Wąskie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wprowadzanie klientów w błąd w procesie sprzedaży,</li> <li>– oferowanie nieodpowiednich produktów</li> </ul>
<b>Szerokie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– uwydatnienie pozytywnych cech produktów finansowych,</li> <li>– minimalizacja informacji o stopniu ryzyka,</li> <li>– sprzedaż agresywna, oszustwo</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Żelichowska, *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych w Polsce*, [w:] *Między klasycznym a nowoczesnym modelem ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd Ubezpieczeń 2020*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2020, s. 77.

<sup>21</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych...*, op. cit., s. 22.

<sup>22</sup> A. Luterak, *Zjawisko missellingu w ubezpieczeniach działu I w świetle skarg kierowanych do rzecznika finansowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541, s. 162.

<sup>23</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych...*, op. cit., s. 22.

W praktyce wyodrębnia się następujące formy missellingu<sup>24</sup>:

- fałszywe roszczenia w reklamach,
- marketing podstępny, skupiający się na celowym wprowadzaniu w błąd klienta z zachowaniem prawa,
- celowe używanie małej czcionki bądź wykorzystywanie nadmiaru treści w reklamach, mające na celu przeoczenie przez klienta,
- tzw. „slamming” będący skrajną formą nieetycznej sprzedaży, jednocześnie podlegający odpowiedzialności karnej, który polega na podrobieniu podpisu klienta w celu zawarcia umowy lub sporządzenie umowy w formie ankiety informacyjnej, aby podstępnie pozyskać podpis konsumenta.

Ponadto wśród determinant missellingu wyróżnia się: intensywność konkurencji, złożoność produktu oraz etyczne podejście sprzedawcy<sup>25</sup>. Jak zauważono intensywność konkurencji może doprowadzić do osłabienia zachowań etycznych, a zatem im większa rywalizacja w środowisku sprzedażowym, tym większe ryzyko pojawienia się nieuczciwych praktyk. Z kolei złożoność produktu przyczynia się do braku zrozumienia jego cech przez odbiorcę. W tym przypadku misselling pojawia się, gdy konsument nie jest w stanie zrozumieć cech produktu, które są istotne przy podjęciu decyzji o jego zakupie. Etyczne podejście sprzedawcy jest szczególnie istotną determinantą missellingu, ze względu na to, że istnieje duże ryzyko, że sprzedawca reprezentujący niskie wartości etyczne jest skłonny bardziej zaangażować się w nieetyczne zachowania i praktyki<sup>26</sup>.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku analizowanych determinant oraz form występowania missellingu istotna jest wiedza konsumenta, a co za tym idzie większa świadomość i odpowiedzialność przy podejmowaniu decyzji. Braki edukacyjne są uwarunkowaniem sprzyjającym występowaniu zjawiska missellingu, dlatego też kluczowym jest właściwe zrozumienie i edukacja w zakresie usług rynku finansowego<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> I. D. Czechowska, K. Waliszewski, *Mis-selling in Finance as an Effect of Excessive Concentration on Sales*, "Financial, Accounting and Economic Aspects of Contemporary Management" 2018, tom 19, s. 23.

<sup>25</sup> S. Sinha, S. Mukherjee, *Antecedents of Mis-selling in Indian Retail Banking Services*, "Palarch's Journal Of Archeology Of Egypt/Egyptology" 2020, nr 17(6), s. 9395-9396.

<sup>26</sup> S. Sinha, S. Mukherjee, *Antecedents of Mis-selling in Indian...*, op. cit., s. 9395.

<sup>27</sup> A. Butor- Keler, *Misselling a ochrona konsumenta...*, op. cit., s. 15

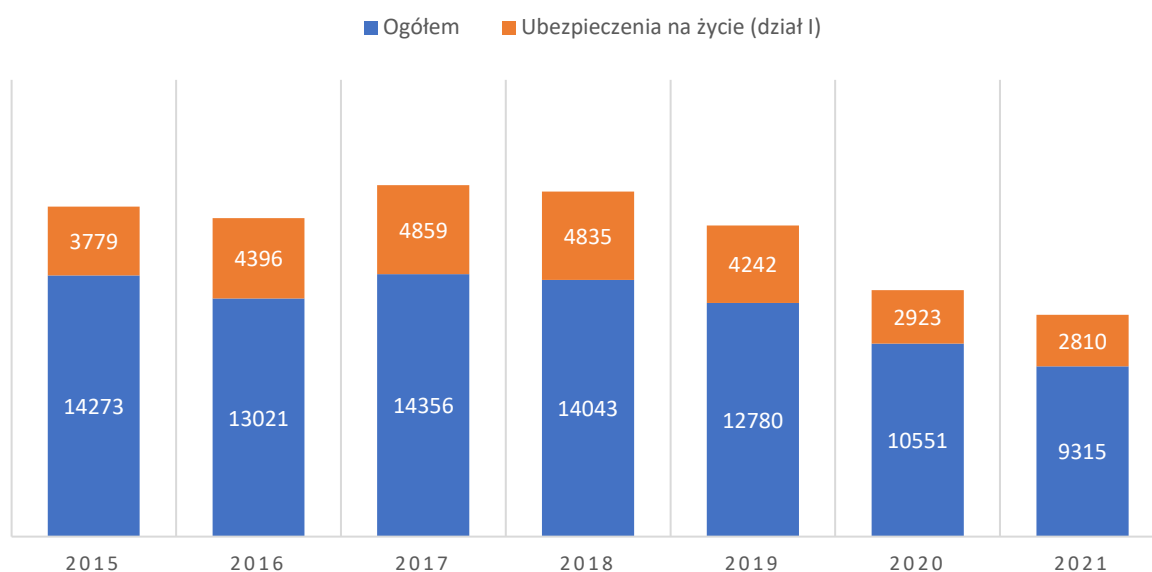
### 4.3. Problem missellingu na polskim rynku ubezpieczeniowym w świetle skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego

Jednym ze sposobów wskazania skali i tendencji rozwoju zjawiska missellingu jest analiza danych dotyczących liczby skarg składanych do Rzecznika Finansowego. Rozpowszechnienie tego zjawiska w Polsce zaobserwowano w 2012 r., kiedy dostrzeżono wzrastającą liczbę skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie Rzecznik Finansowy) w stosunku do lat poprzednich. Jak wynika z ówczesnych raportów skargi te dotyczyły proponowania produktów inwestycyjnych w miejsce tradycyjnych lokat czy połączonych ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym<sup>28</sup>. Należy zaznaczyć, że przedmiotem znacznej liczby skarg były również: odmowy zapłaty przez ubezpieczyciela świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie w razie śmierci kredytobiorcy na skutek choroby (która w opinii zakładu ubezpieczeń istniała jeszcze przed objęciem klienta ochroną ubezpieczeniową) oraz inne nieetyczne praktyki stosowane przez zakłady ubezpieczeń i banki przy sporządzaniu umów ubezpieczenia bądź przystępowania do nich<sup>29</sup>. Wobec powyższego, w celu zaobserwowania skali nieuczciwych praktyk, w tym zjawiska missellingu w Polsce warto przeanalizować liczbę skarg dotyczących ubezpieczeń działu I i skarg ogółem skierowanych do Rzecznika Finansowego w latach 2015 - 2021, co zostało przedstawione na rysunku 4.1. Wybór okresu podyktowany był dostępnością danych oraz faktem wprowadzenia od 2015 roku nowych rozwiązań służących ochronie interesów konsumentów na rynku finansowym.

---

<sup>28</sup> *Ibidem*, s. 12.

<sup>29</sup> K. Żelichowska, *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych...*, op. cit., s. 85.



**Rysunek 4.1. Liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie i skarg ogółem w Polsce w latach 2015-2021**

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Rzecznika Finansowego za lata 2015-2021, <https://rf.gov.pl/o-nas/sprawozdania/>, dostęp: 7.02.2023 r.

Z przedstawionych danych wynika, że odpowiednio w latach 2015-2016 oraz 2018-2021 liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie wykazywała z roku na rok tendencję malejącą. Jedynie w 2017 roku zanotowana liczba skarg była na najwyższym poziomie w stosunku do pozostałych analizowanych lat. Tendencja spadkowa może wynikać z podjętych działań i nowych rozwiązań systemowych UOKiK służących ochronie interesów konsumenta oraz większej świadomości konsumentów w zakresie decyzji o zawieraniu umów. Ponadto należy zauważyć, że udział skarg w zakresie ubezpieczeń na życie w liczbie skarg ogółem jest na względnie stałym poziomie i waha się pomiędzy 26% a 33% w analizowanych latach. W skargach w zakresie ubezpieczeń działu I najczęściej pojawiały się zarzuty dotyczące oddalenia roszczenia bądź sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia<sup>30</sup>.

W Polsce problematyka nieuczciwej sprzedaży na rynku ubezpieczeń na życie dotyczy produktów, które często mają charakter inwestycyjnych instrumentów ubezpieczeniowych w formie umów ubezpieczenia na życie i dożycie połączonych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (UFK)<sup>31</sup>. Wskazuje się, że powstały one na skutek mniejszego zainteresowania

<sup>30</sup> Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2015-2021, <https://rf.gov.pl/o-nas/sprawozdania/>, dostęp: 7.02.2023 r.

<sup>31</sup> A. Butor- Keler, *Misselling a ochrona konsumenta...*, op. cit., s. 12-13.

tradycyjnymi produktami oszczędnościowymi, których rentowność obniżała się wraz ze spadkiem poziomu stóp procentowych<sup>32</sup>. Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na polskim rynku funkcjonują od połowy lat 90. Istotnym jest, że początkowo ubezpieczenia te funkcjonowały pod nazwą „ubezpieczenie na życie, jeżeli związane jest z funduszem inwestycyjnym”, następnie nazwa ewaluowała na przestrzeni kolejnych dekad<sup>33</sup>. Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to ubezpieczenie osobowe łączące w sobie element ochronny z inwestycyjnym, a składka wpłacana przez klienta na poczet tego ubezpieczenia przeznaczana jest na dwa cele: pierwsza część składki służy ochronie ubezpieczeniowej, druga zaś inwestowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. A zatem ich cechą charakterystyczną jest ekspozycja na ryzyko inwestycyjne, które ponosi klient w sytuacji zainwestowania części gromadzonych środków w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego<sup>34</sup>. Istotnym jest, że konsument zawiera umowę tego typu ubezpieczenia (regulowaną wieloma wzorcami i niejednokrotnie trudną do zrozumienia przez przeciętnego klienta) na podstawie informacji otrzymanych od pośrednika ubezpieczeniowego czy doradcy finansowego, które nie zawsze są precyzyjne, co może wprowadzić konsumentów w błąd i spowodować utratę zaufania wobec instytucji finansowych<sup>35</sup>. W celu zaobserwowania tendencji skarg na rynku ubezpieczeń na życie warto przeanalizować strukturę skarg składanych do Rzecznika Finansowego w ramach ubezpieczeń działu I, co zostało przedstawione na rysunku 4.2.

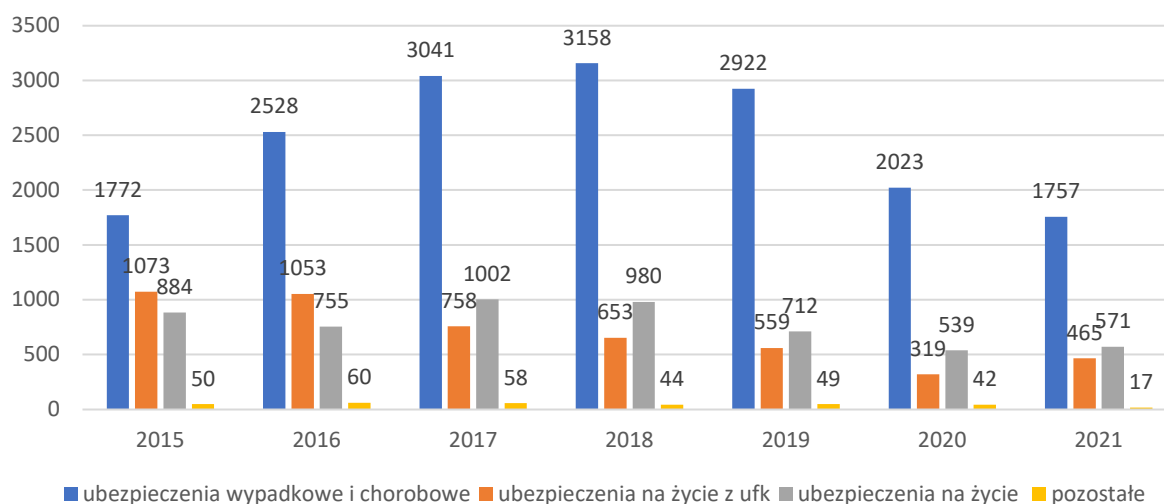
---

<sup>32</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych...*, op. cit., s. 25.

<sup>33</sup> M. Mikołajek, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – studium prawno-finansowe*, „Finanse i Rachunkowość” 2018, nr 4, s. 84.

<sup>34</sup> *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Pytania i odpowiedzi, Raport UOKiK, s.1, <https://uokik.gov.pl/>, dostęp: 8.02.2023 r.

<sup>35</sup> K. Żelichowska, *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych...*, op. cit., s. 86-87.



**Rysunek 4.2. Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń działu I w Polsce w latach 2015-2021 [w szt.]**

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Rzecznika Finansowego za lata 2015-2021, <https://rf.gov.pl/o-nas/sprawozdania/>, dostęp: 8.02.2023 r.

W latach 2015-2021 największa liczba skarg dotyczyła ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych. Co istotne od 2015 do 2018 roku wykazywały one tendencję wzrostową, ich przyrost wyniósł wówczas niemal 44%, z kolei w latach następnych ich liczba była coraz mniejsza. Ponadto można zauważyć, że liczebność skarg dotyczących ubezpieczeń na życie powiązanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym również uległa zmianom na przestrzeni analizowanych lat. Od 2017 r. zanotowano ich znaczny spadek – z poziomu 758 do 465 w 2021 r., co oznacza, że liczba skarg dotycząca tego typu ubezpieczeń była ponad 1,5 razy mniejsza. Zarzuty, które kierowano najczęściej pod adresem instytucji ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń na życie ogółem dotyczyły<sup>36</sup>:

- odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń,
- sporu odnośnie do wysokości świadczenia (zarzuty dotyczące zaniżenia procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak i zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia),
- zbyt niskiej bądź całkowitej odmowy wypłaty, tzw. wartości wykupu polisy oferowanej konsumentom wypowiadającym umowę w czasie jej trwania,

<sup>36</sup> *Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2019*, Rzecznik Finansowy, Warszawa 2019 r., s. 17-18, [https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2020/05/2019\\_Sprawozdanie\\_Rzecznika\\_Finansowego.pdf](https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2020/05/2019_Sprawozdanie_Rzecznika_Finansowego.pdf), dostęp: 8.02.2023 r



- opieszłości w procesie prowadzonego postępowania odszkodowawczego, co skutkowało nieterminowym zaspokajaniem roszczeń.

Tematyka skarg w zakresie ubezpieczeń na życie z UFK dotyczyła wysokich opłat likwidacyjnych, jeżeli klient z nich zrezygnował. Co istotne, jak wynika z najnowszych danych udostępnionych przez Rzecznika Finansowego, w skargach dotyczących tego typu ubezpieczeń dominuje problematyka missellingu oraz wysokości świadczenia wykupu w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy<sup>37</sup>. Pomimo malejącej tendencji liczby skarg dotyczących ubezpieczeń powiązanych z UFK, w dalszym ciągu są one obecne. W 2021 r. dotyczyły one ponad 8% skarg ogółem na rynku ubezpieczeń na życie<sup>38</sup>. W tabeli 4.3 przedstawiono liczbę i udział skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w latach 2015-2021.

**Tabela 4.3. Liczba i udział skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w latach 2015-2021**

Rok	Liczba skarg		Udział (%)
	Dotyczących UFK	Ogółem kierowanych do Rzecznika	
2015	1073	14273	7,52
2016	1053	13021	8,09
2017	758	14356	5,28
2018	653	14043	4,65
2019	559	12780	4,37
2020	319	10551	3,02
2021	465	9315	4,99

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych Rzecznika Finansowego za lata 2015-2021, <https://rf.gov.pl/o-nas/sprawozdania/>, dostęp: 8.02.2023 r.

Z przedstawionych danych wynika, że w latach 2015-2016 liczba skarg związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym była na najwyższym poziomie w analizowanych latach. Największy ich udział zanotowano w 2016 roku, przy jednoczesnym spadku ogólnej liczby skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego. Z kolei skarg dotyczących UFK było jedynie o 20 mniej niż w roku poprzedni. Najczęściej w skargach tych pojawiał się zarzut wprowadzenia

<sup>37</sup> *Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2021...*, op. cit., s. 60.

<sup>38</sup> *Ibidem*, s. 60.

w błąd poprzez niepoinformowanie klienta o wysokich opłatach, które wiązały się z inwestycją w tego typu produkt<sup>39</sup>. Ponadto roszczenia konsumentów przedstawiane w skargach dotyczyły:

- wysokich opłat administracyjnych i innych, pobieranych w trakcie trwania umowy, o których nie informowano w momencie jej zawierania,
- braku informacji, że umowa, do której przystępują jest umową ze składką płatną regularnie, a nie jednorazowo,
- przekazywanie innych błędnych informacji dotyczących istotnych elementów umowy, które przekazywane były przed przystąpieniem do umowy np. na temat przewidywanych gwarantowanych zysków<sup>40</sup>.

Od 2016 roku odnotowano stopniowy spadek liczby skarg dotyczących omawianych ubezpieczeń, co może wynikać z wejścia w życie obowiązującej od kwietnia 2016 roku znowelizowanej ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, zabraniającej stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Spadek też może stanowić konsekwencję malejącej popularności tego typu produktów<sup>41</sup>. Należy zaznaczyć, że sprzedaż produktów takich jak umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są jednymi z najczęściej podawanych przykładów missellingu w branży ubezpieczeniowej, ze względu na ich skomplikowaną i niezrozumiałą konstrukcję oraz wysokie ryzyko inwestycyjne z nimi związane. Wobec powyższego, w tabeli 4.4 przedstawiono przykładowe postępowania i orzecznictwa sądowe w zakresie nieuczciwych praktyk na rynku ubezpieczeń, mogące przyjmować znamiona missellingu.

**Tabela 4.4. Przykłady postępowań sądowych w zakresie nieuczciwych praktyk na rynku ubezpieczeń na życie w Polsce w 2018 roku**

Lp.	Numer postanowienia i sygnatura akt	Nazwa i siedziba sądu, który wydał wyrok	Przedmiot sprawy	Data orzeczenia
1	Sygn. akt III Ca 1861/17	Sąd Okręgowy w Łodzi	Przedmiotem sprawy było zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK przez powoda z Towarzystwem Ubezpieczeniowym.	21.05.2018

<sup>39</sup> M. Paduszyńska, *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta...*, op. cit., s. 51.

<sup>40</sup> K. Żelichowska, *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych...*, op. cit., s. 88.

<sup>41</sup> *Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2021*, Rzecznik Finansowy, Warszawa 2021 r., s.60, <https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2022/04/Sprawozdanie-Rzecznika-Finansowego-za-2021-rok-publicacja.pdf>, dostęp: 8.02.2023 r.

			Produkt przedstawiono powodowi jako formę ubezpieczenia na życie oraz lokaty z pewnym zyskiem, nawet w przypadku wypłaty środków przed końcem umowy, co ostatecznie skłoniło powoda do przystąpienia do umowy. Powód przystępując do ubezpieczenia nie miał możliwości negocjacji jego warunków, przedstawiono mu gotowy formularz, nie poinformowano o pobieraniu opłaty administracyjnej i likwidacyjnej ani opłacie od ryzyka. Powód nie został zapoznany z treścią regulaminu i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Co więcej przy zawarciu umowy uczestniczył pracownik banki określony jako „opiekun klienta”, który nie miał wiedzy jak wylicza się opłatę administracyjną i likwidacyjną oraz uprawnień doradcy finansowego.	
2	Sygn. akt XXV C 1829/16	Sąd Okręgowy w Warszawie	Powódka wniosła pozew przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeniowemu o zapłatę ewentualnie o unieważnienie umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez pozwanego kosztów związanych z nabyciem produktów finansowych. Roszczenia powódki dotyczyły zawarcia dwóch umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK, do których przystąpiła, w jej ocenie, na skutek wprowadzenia przez pozwanego w błąd co do istoty i charakteru oferowanych produktów finansowych. Ponadto zdaniem powódki została zaniedbana rzetelność informacji na temat oferowanych produktów oraz brak przedstawienia pełnej dokumentacji przy podpisywaniu obydwu umów. W ocenie powódki dokonana sprzedaż nosiła znamiona missellingu wobec zaoferowania powódce produktu nieadekwatnego do jej potrzeb.	27.09.2018

Źródło: opracowanie własne na podstawie orzeczeń sądowych: *Uzasadnienie*, Sygn. akt III Ca 1861/17, Sąd Okręgowy w Łodzi, III Wydział Cywilny Odwoławczy, Łódź, 2017, <https://www.saos.org.pl/judgments/350961>, *Wyrok w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej*, Sygn. akt XXV C 1829/16, Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny, Warszawa, 2018, [http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/content.pdf/\\$002fneurocourt\\$002fpublished\\$002f15\\$002f450500\\$002f0007503\\$002fC\\$002f2016\\$002f001829\\$002f154505000007503\\_XXV\\_C\\_001829\\_2016\\_Uz\\_2018-10-18\\_001-publ.xml?t:ac=\\$N/154505000007503\\_XXV\\_C\\_001829\\_2016\\_Uz\\_2018-10-18\\_001](http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/content.pdf/$002fneurocourt$002fpublished$002f15$002f450500$002f0007503$002fC$002f2016$002f001829$002f154505000007503_XXV_C_001829_2016_Uz_2018-10-18_001-publ.xml?t:ac=$N/154505000007503_XXV_C_001829_2016_Uz_2018-10-18_001), dostęp: 9.02.2023 r.

Przedmiotem obydwu postępowań sądowych był przede wszystkim brak pełnej i rzetelnej informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z klientem oraz brak zapoznania powodów z treścią regulaminu i warunkami ubezpieczenia. W każdym z przypadków sąd orzekł konieczność zwrotu pieniędzy w określonej kwocie przez towarzystwo ubezpieczeniowe wraz z odsetkami ustawowymi, a także zwrot środków tytułem kosztów procesu sądowego. Co istotne, w uchwale Sądu Najwyższego w sprawie roszczeń klientów w zakresie missellingu z dnia 11 września 2020 roku (sygn. akt III CZP 80/19) w ustnym uzasadnieniu wyroku orzeczono, że jeśli czyn

niedozwolony doprowadził do zawarcia umowy, to można żądać jej odwołania oraz w ramach odpowiedzialności odszkodowawczej, zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej i częściowego unieważnienia umowy, przy założeniu spełnienia określonych przesłanek<sup>42</sup>.

#### 4.4. Rozwiązania systemowe służące ochronie interesów klienta

System ochrony interesów konsumenta na rynku usług finansowych opiera się na wielości zaangażowanych w nią podmiotów i ma charakter regulacyjno-instytucjonalny. Do instytucji chroniących interesy klienta zalicza się najczęściej: organy nadzoru finansowego, ministerstwa lub agencje ochrony konsumentów, urzędy zajmujące się konkurencją i ochroną konsumentów usług finansowych oraz krajowe i międzynarodowe organizacje o charakterze konsumencym<sup>43</sup>. Struktura systemu ochrony konsumentów została przedstawiona na rysunku 4.3.

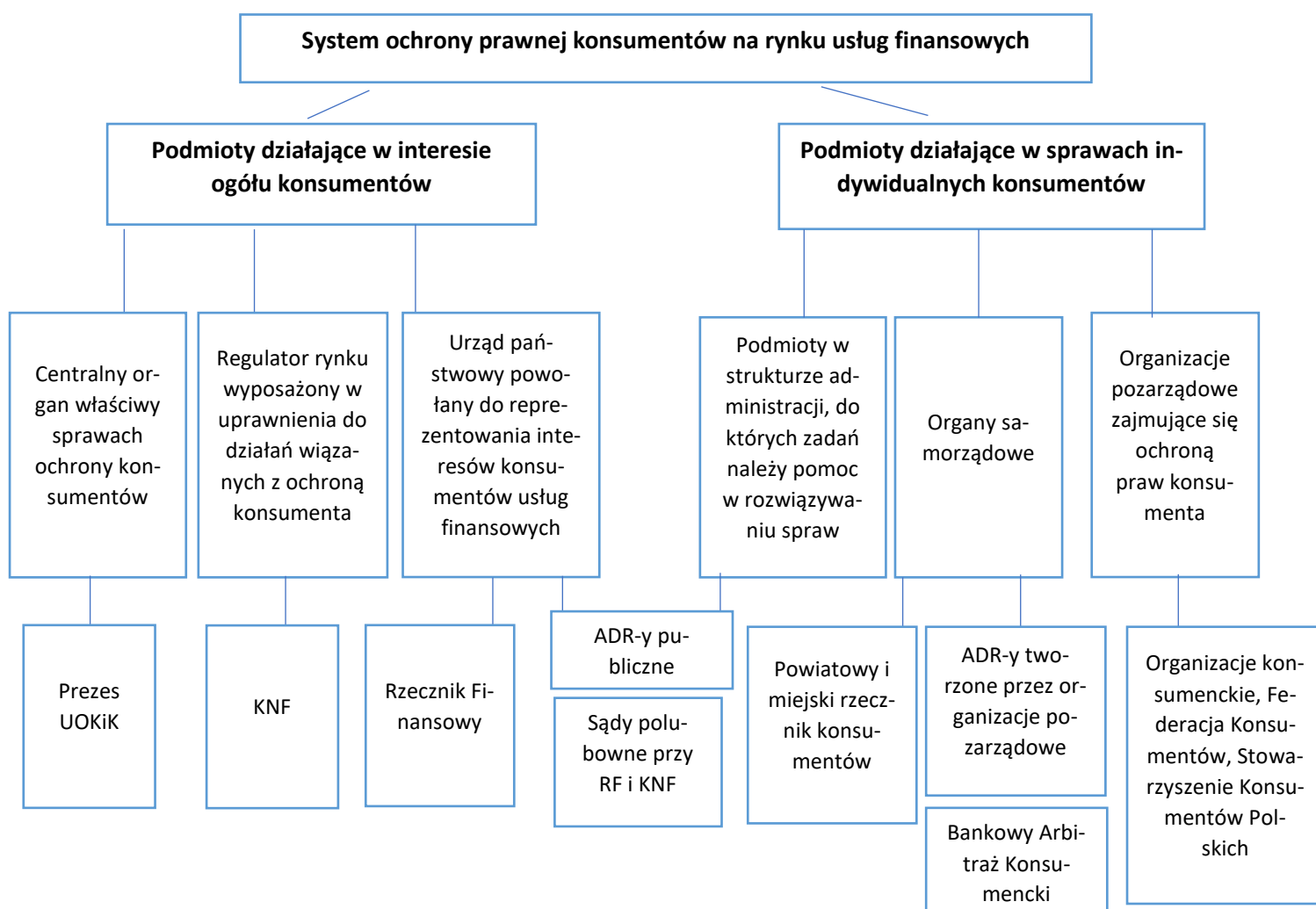
Przedstawione instytucje są wyodrębnione pod względem zakresu uprawnień związanych z ochroną konsumentów na rynku usług finansowych. Do podmiotów działających w interesie ogółu konsumentów należą: Prezes UOKiK i KNF posiadający władcze uprawnienia do egzekwowania ich praw i interesów zbiorowych. Z kolei podmiotami zajmującymi się indywidualnymi sprawami konsumentów są miejscy i powiatowi rzecznicy konsumentów, mający możliwość występowania w imieniu poszczególnych osób. Natomiast Rzecznik Finansowy posiada kompetencje do podejmowania działań zarówno w imieniu konkretnych osób, jak i ogółu konsumentów, co więcej posiada on dodatkowo uprawnienia sankcyjne<sup>44</sup>. Z racji szczególnej rangi instytucji, w kontekście prowadzonych rozważań zostanie przedstawiona rola i zakres kompetencji Prezesa UOKiK, Rzecznika Finansowego oraz Komisji Nadzoru Finansowego.

---

<sup>42</sup> *Orzecznictwo Sądu Najwyższego* (sygn. akt III CZP 80/19), Sąd Najwyższy, Biuletyn Informacji Publicznej, 2020, [https://www.sn.pl/sprawySitePages/Zagadnienia\\_prawne\\_SNIOZ.aspx?ItemSID=1309-301f4741-66aa-4980-b9fa-873e90506a11&ListName=Zagadnienia\\_prawne&Rok=2019](https://www.sn.pl/sprawySitePages/Zagadnienia_prawne_SNIOZ.aspx?ItemSID=1309-301f4741-66aa-4980-b9fa-873e90506a11&ListName=Zagadnienia_prawne&Rok=2019), dostęp: 9.02.2023 r.

<sup>43</sup> M. Cycoń, *Odwrócona hipoteka jako forma zabezpieczenia emerytalnego*, „Rozprawy doktorskie” 2017, s. 125.

<sup>44</sup> *Ibidem*, s. 125.



**Rysunek 4.3. Struktura systemu ochrony interesów klienta w Polsce – stan na 31.12.2022 r.**

Źródło: M. Cycoń, *Odwrócona hipoteka jako forma zabezpieczenia emerytalnego*, „Rozprawy doktorskie” 2017, s. 128.

Prezes UOKiK w ramach przynależnych mu uprawnień podejmuje działania kontrolne w różnych obszarach rynku<sup>45</sup>. Do najważniejszych kompetencji Prezesa UOKiK należy<sup>46</sup>:

- występowanie do przedsiębiorców w przypadkach z zakresu ochrony konsumentów,
- wydawanie ostrzeżeń konsumenckich dotyczących działań konkretnych przedsiębiorców,
- publikowanie komunikatów dotyczących spraw istotnie zagrażających interesom konsumentów,

<sup>45</sup> *Ibidem*, s. 125.

<sup>46</sup> *Kompetencje Prezesa UOKiK*, Ochrona Konsumentów, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, [https://uokik.gov.pl/kompetencje\\_prezesa\\_uokik3.php](https://uokik.gov.pl/kompetencje_prezesa_uokik3.php), dostęp: 9.02.2023 r.

- wyrażanie istotnych poglądów w sprawie z zakresu ochrony konsumentów oraz opiniowanie ustaw i innych aktów prawnych,
- prowadzenie postępowań wyjaśniających oraz postępowań administracyjnych.

Co istotne, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów ma również uprawnienia w zakresie wydawania decyzji o uznaniu praktyki za naruszające zbiorowe interesy konsumentów oraz wydawania nakazu zaprzestania jej stosowania, poprzez określenie środków proporcjonalnych do wagi i rodzaju naruszenia, których celem jest usunięcie jego skutków<sup>47</sup>. Wydana decyzja publikowana jest na stronie internetowej UOKiK, jednakże z zastrzeżeniem, że publikacja uzasadnienia nie obejmuje tajemnicy przedsiębiorstwa i innych informacji mogących podlegać ochronie<sup>48</sup>.

Działalność Rzecznika Finansowego została uregulowana w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Do jego kompetencji należy podejmowanie działań dotyczących ochrony klientów podmiotów rynku finansowego, polegających m.in. na<sup>49</sup>:

- występowanie do sądu z pozwem o zaniechanie nieuczciwej praktyki rynkowej w celu ochrony interesów konsumentów,
- składanie do Sądu Najwyższego skargi nadzwyczajnej lub wniosku o uchwałę w zakresie interpretacji rozbieżności w orzecznictwie,
- opiniowanie określonych aktów prawnych oraz dostarczanie informacji o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów rynku finansowego,
- informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach,
- inicjowanie i organizowanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w zakresie zwiększania świadomości finansowej społeczeństwa,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw konsumenta.

---

<sup>47</sup> Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015 poz. 1634 z późn. zm.), art. 26. – w skrócie: u.o.k.k.

<sup>48</sup> Art. 31b, u.o.k.k

<sup>49</sup> Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. 2015 poz. 1348 z późn. zm.), art. 17, w skrócie: u.r.r.p.r.f.

Istotnym jest, że katalog podmiotów finansowych, które znajdują się w obszarze działań Rzecznika Finansowego został określony w art. 2 pkt 3 Ustawy<sup>50</sup>. Zostały w nim wymienione m.in. banki, instytucje płatnicze czy zakłady ubezpieczeń.

Organem, który pełni funkcje nadzoru nad polskim rynkiem finansowym jest Komisja Nadzoru Finansowego (KNF), której kompetencje zostały uregulowane w Ustawie z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym. Do obszarów, które są nadzorowane przez Komisję Nadzoru Finansowego należy: nadzór bankowy, nadzór emerytalny w zakresie II i III filaru, nadzór nad instytucjami pieniądza elektronicznego, nadzór nad rynkiem kapitałowym, nadzór nad agencjami ratingowymi, nadzór uzupełniający, nadzór nad instytucjami płatniczymi i biurami usług płatniczych, nadzór nad spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi i Krajową SKOK<sup>51</sup>. Celem nadzoru pełnionego przez KNF jest w szczególności zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku finansowego. Natomiast wśród pozostałych zadań wymienia się: dbałość o stabilność, bezpieczeństwo i przejrzystość rynku, a także zapewnienie rzetelnej informacji dotyczącej funkcjonowania rynku finansowego w celu ochrony interesów jego uczestników. Co istotne działania nadzorcze, którymi zajmuje się Komisja Nadzoru Finansowego są podejmowane z urzędu nie zaś na wniosek klienta czy innego uczestnika rynku finansowego<sup>52</sup>.

Warto zaznaczyć, że regulacje prawne dotyczące ochrony klienta rynku usług finansowych w Polsce dotyczą w szczególności ochrony kredytobiorców, organizacji nadzoru finansowego, stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów oraz bezpieczeństwa ubezpieczonych<sup>53</sup>. Istotnym jest, że w celu przeciwdziałania nieuczciwym praktykom w Polsce wprowadzono Ustawę z dnia 23 sierpnia 2007 roku o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, na mocy, której zakazane jest<sup>54</sup>:

- stosowanie agresywnej oraz wprowadzającej w błąd praktyki rynkowej,
- stosowanie kodeksu dobrych praktyk zabronionego prawem,

---

<sup>50</sup> Art. 2, pkt 3, u.r.r.p.r.f.

<sup>51</sup> M. Cycoń, *Odwrócona hipoteka jako forma zabezpieczenia emerytalnego...*, op. cit., s. 127.

<sup>52</sup> Komisja Nadzoru Finansowego, Ochrona klienta na rynku usług finansowych, [https://www.knf.gov.pl/dla\\_konsumenta/Ochrona\\_klienta\\_na\\_ryнку\\_usług\\_financeowych/KNF](https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/Ochrona_klienta_na_ryнку_usług_financeowych/KNF), dostęp: 10.02.2023 r.

<sup>53</sup> J. Cichorska, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych...*, op. cit., s. 28.

<sup>54</sup> Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 roku o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. 2017. poz. 2070 z późn. zm.), art. 2, 3, 4, 5.

- wszelkie działania sprzeczne z dobrymi obyczajami, wywierające wpływ na podejmowanie decyzji przez konsumenta rynku finansowego przy zawieraniu umowy.

Ważne, z punktu widzenia ochrony konsumenta przed niewłaściwymi praktykami są regulacje prawne zawarte w Ustawie z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Aby zapewnić bezpieczeństwo konsumentom, wprowadzono obowiązek jednoznacznego i zrozumiałego formułowania wzorców umów ubezpieczenia<sup>55</sup>. Co więcej, dotyczy on zarówno umów i warunków ubezpieczenia, jak i innych wzorców np. regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które na mocy regulacji prawnych powinny zostać zamieszczone na stronie internetowej danego zakładu ubezpieczeń. Powinny one zawierać informacje o warunkach wypłaty świadczenia, przypadkach wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie wypłaty świadczeń oraz o kosztach i innych potrąceniach dokonywanych ze składek ubezpieczeniowych<sup>56</sup>. Ponadto, kluczowym jest, że ustawa ta wzmacnia ochronę konsumentów także w kwestii umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz umów, których przedmiotem są produkty inwestycyjne (strukturyzowane). Zawarcie umowy, która ma charakter inwestycyjny wymaga uprzednio przeprowadzenia analizy potrzeb ubezpieczającego, aby odpowiednio dostosować je do zawieranej umowy<sup>57</sup>.

Równie istotnym w kwestii zwalczania zjawiska missellingu była nowelizacja Ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, która weszła w życie z dniem 17 kwietnia 2016 roku. Na mocy jej postanowień, zabronione jest w szczególności<sup>58</sup>:

- stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych, do której zalicza się misselling,
- udzielanie nierzetelnych, niepełnych i nieprawdziwych informacji konsumentom.

W celu zwiększenia skuteczności działania UOKiK oraz weryfikacji praktyk dokonywanych na rynku usług finansowych, powołano tzw. instytucję tajemniczego klienta. Zasadniczym celem przedsięwzięcia jest możliwość bezpośredniej obserwacji i kontroli praktyk

---

<sup>55</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2022. poz. 2283 z późn. zm), art. 15, art. 17.

<sup>56</sup> K. Żelichowska, *Ochrona konsumenta a zjawisko missellingu na rynku usług finansowych*, [w:] *Dylematy teorii i praktyki ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd Ubezpieczeń 2021*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021, s. 25.

<sup>57</sup> E. Wierzbicka, *Misselling barierą rozwoju ubezpieczeń...*, op. cit., s. 325.

<sup>58</sup> Art. 24, u.o.k.k.



dokonywanych przez dane placówki<sup>59</sup>. Zgodnie z ustawą, aby uzyskać informacje stanowiące dowód w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, kontrolujący ma prawo podjęcia czynności zmierzających do zakupu towaru. Podjęcie takiej czynności wymaga zgody sądu ochrony konkurencji i konsumentów, udzielonej na wniosek Prezesa UOKiK, natomiast po jej zakończeniu następuje niezwłoczne okazanie kontrolowanemu legitymacji służbowej upoważniającej do wykonywania czynności kontrolnych<sup>60</sup>.

Powszechność i problematyka zjawiska missellingu doprowadziła do zawarcia współpracy między Polską Izbą Ubezpieczeń a Związkiem Banków Polskich, w efekcie której powstały zalecenia i dobre praktyki w zakresie ubezpieczeń ochronnych oraz trzy rekomendacje Bancassurance. Należy jednak zaznaczyć, że charakter rekomendacji nie był wiążący dla instytucji finansowych i stanowił postulat wskazujący na zasady i kierunki optymalnych relacji dla banków i konsumentów na polskim rynku bancassurance<sup>61</sup>. Opis poszczególnych rekomendacji został przedstawiony w tabeli 4.5.

**Tabela 4.5. Rekomendacje Bancassurance**

Rekomendacja	Najważniejsze postanowienia
<b>I Rekomendacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– banki powinny dążyć do tego, aby ochrona ubezpieczeniowa, którą objęci są klienci uwzględniała zarówno cechy produktu jak i potrzeby konsumenta,</li> <li>– bank opiera swoją działalność wykonując powierzone zadania zgodnie z interesem ubezpieczonego,</li> <li>– klient ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia, bez konieczności zapłaty opłaty za odstąpienie od umowy</li> </ul>
<b>II Rekomendacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– materiały informacyjne dotyczące ubezpieczeń powinny zawierać informacje o stosowaniu przez banki i ubezpieczycieli Rekomendacji</li> </ul>
<b>III Rekomendacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– określa m.in. obowiązki informacyjne banku wobec klienta, poprzez ujawnienie minimalnego zakresu wiedzy, jak powinna zostać przekazana konsumentowi, zanim zostanie on objęty ochroną ubezpieczeniową</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi, Związek Banków Polskich, s. 4, 5 <https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/I%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf>, dostęp: 10.02.2023 r., III Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, <https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/III%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf>, dostęp: 10.02.2023 r.

<sup>59</sup> A. Butor- Keler, *Misselling a ochrona konsumenta...*, op. cit., s. 17.

<sup>60</sup> Art. 105ia, u.o.k.k.

<sup>61</sup> *Ibidem*, s. 21.

Ponadto od 30 marca 2015 roku do banków oraz zakładów ubezpieczeń zastosowanie ma, wprowadzona przez KNF, tzw. Rekomendacja U<sup>62</sup>. Stanowi ona zbiór zasad dotyczących dobrych praktyk w zakresie bancassurance, ujmowanego jako pośrednictwo banków w zawieraniu umów ubezpieczenia. Celem wydania rekomendacji była przede wszystkim poprawa jakości standardów współpracy pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń w zakresie oferowania klientom produktów ubezpieczeniowych przez banki oraz określenie warunków mogących zapewnić stabilny rozwój rynku bancassurance<sup>63</sup>. Rekomendacja U zakłada m.in., że:

- bank nie może występować jednocześnie jako ubezpieczający i pośrednik ubezpieczeniowy,
- bank powinien prowadzić rzetelną politykę informacyjną oraz zapewnić, że oferowane produkty ubezpieczeniowe w ramach bancassurance są adekwatne do potrzeb klienta,
- bank jako ubezpieczający w podejmowanych działaniach powinien dbać o interesy ubezpieczonego,
- bank powinien zapewnić klientom informacje o jego prawach i obowiązkach przy zawieraniu umowy oraz o oferowanym produkcie ubezpieczeniowym<sup>64</sup>.

#### 4.5. Podsumowanie

Przeprowadzone w opracowaniu rozważania umożliwiły wskazanie tendencji dotyczących zjawiska missellingu występujących na polskim rynku ubezpieczeń na życie. Jedną z miar, która pozwoliła na zbadanie skali tego zjawiska na rynku ubezpieczeń na życie, była analiza skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego. Wyniki analizy dowodzą, że w latach 2015-2021, w szczególności po 2017 roku, liczba skarg uległa zmniejszeniu. Może to być wynikiem nowo podejmowanych rozwiązań systemowych, w tym wprowadzonych zmian w aktach prawnych. Równie istotna jest analiza struktury skarg dotyczących ubezpieczeń na życie powiązanych z UFK, ponieważ jak wskazano w sprawozdaniu z działalności Rzecznika Finansowego z 2021 r. w ubezpieczeniach tego typu dominuje problematyka missellingu. Na przestrzeni analizowanych lat zauważono, że liczba skarg oraz ich udział konsekwentnie maleje. Z najnowszego raportu Rzecznika Finansowego wynika, że malejąca tendencja skarg dotycząca tego typu

<sup>62</sup> K. Żelichowska, *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych...*, op. cit., s. 92.

<sup>63</sup> *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2014, s. 2, [https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Rekomendacja\\_U\\_38338.pdf](https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Rekomendacja_U_38338.pdf), dostęp: 11.02.2023 r.

<sup>64</sup> *Ibidem*, s. 7-8.

produktów wynika z ich malejącej popularności. Przeprowadzone badanie wykazało, że sformułowana we wstępie opracowania hipoteza została zweryfikowana pozytywnie. Z przedstawionej analizy wynika, że od 2017 roku na polskim rynku ubezpieczeń na życie z roku na rok maleje stosowanie przez ubezpieczycieli nieuczciwych rozwiązań przy zawieraniu umów ubezpieczenia mierzonych liczbą skarg kierowanych do Rzecznika Finansowego, w tym takich, które są odzwierciedleniem missellingu np. oferowanie produktów nieadekwatnych do potrzeb klienta, udzielanie błędnych i często niezrozumiałych dla klienta informacji dotyczącej zawieranej umowy.

Co istotne, obecnie w Polsce działa wiele instytucji posiadających uprawnienia do podejmowania działań w zakresie nieprawidłowości dotyczących działań podmiotów rynku finansowego, które zgłaszane są przez klientów tych podmiotów. Warto zaznaczyć, że w celu ochrony interesów konsumentów na rynku usług finansowych działa obecnie szereg instytucji, a mianowicie: Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Organizacje Konsumenckie, Sąd Polubowny przy KNF oraz Nadzór nad podmiotami zagranicznymi<sup>65</sup>. Z kolei działania podejmowane przez powyższe instytucje w zakresie ochrony interesów klientów, można ocenić pozytywnie ze względu na fakt coraz większej liczby podejmowanych postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów oraz dotyczących uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone. W samym 2022 roku UOKiK wszczął 97 postępowań z tego zakresu oraz 203 postępowania wyjaśniające, co więcej instytucja ta wystosowała 363 wystąpienia do przedsiębiorców z zakresu ochrony konsumentów<sup>66</sup>. UOKiK podjął również działania w zakresie eliminacji nieprawidłowości dotyczących umów w branży finansowej czy ubezpieczeniowej, w szczególności nałożył istotne sankcje na ubezpieczycieli oferujących indywidualne ubezpieczenia na życie z ufk, którzy stosowali niedozwolone postanowienia umowne. Decyzje UOKiK dotyczyły spółki MetLife, ukaranej kwotą ponad 5,2 mln zł oraz UNIQA, na którą nałożono sankcję w wysokości ponad 10 mln zł<sup>67</sup>. Coraz większej skuteczności zwalczania nieuczciwych praktyk przez instytucje systemu ochrony konsumenta służą wprowadzane rozwiązania systemowe, np. wprowadzona od 1

<sup>65</sup> *Ochrona klienta na rynku usług finansowych* [https://www.knf.gov.pl/dla\\_konsumenta/Ochrona\\_klienta\\_na\\_ryнку\\_usług\\_financeowych](https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/Ochrona_klienta_na_ryнку_usług_financeowych), dostęp: 9.06.2023 r.

<sup>66</sup> *UOKiK podsumowuje działania na rzecz konsumentów*, <https://www.prawo.pl/prawo/ochrona-konsumentow-podsumowanie-uokik,520161.html>, dostęp: 9.06.2023 r.

<sup>67</sup> *Ibidem*.

stycznia 2023 roku, Dyrektywa Omnibus, której zasadniczym celem jest wzmocnienie prawa konsumentów poprzez zmodernizowanie unijnych zasad ochrony konsumenta oraz wzmocnienie środków egzekucyjnych i zwiększenie wymogów przejrzystości<sup>68</sup>.

## Literatura

### Piśmiennictwo

- Butor- Keler A., *Misselling a ochrona konsumenta na rynku usług finansowych*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 326.
- Chmielowiec B., *Etyka i nieuczciwe praktyki rynkowe w działalności ubezpieczeniowej*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2015, nr 62
- Cichorska J., *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych i jej skutki. Stan prawny w Polsce i Wielkiej Brytanii*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe. Konsument na rynku usług finansowych” 2017, nr 24.
- Cycoń M., *Odwrócona hipoteka jako forma zabezpieczenia emerytalnego*, „Rozprawy doktorskie” 2017.
- Czechowska I. D., Waliszewski K., *Mis-selling in Finance as an Effect of Excessive Concentration on Sales*, „Financial, Accounting and Economic Aspects of Contemporary Management” 2018, tom 19.
- Luterak A., *Zjawisko missellingu w ubezpieczeniach działu I w świetle skarg kierowanych do rzecznika finansowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541.
- Mikołajek M., *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – studium prawno-finansowe*, „Finanse i Rachunkowość” 2018, nr 4.
- Paduszyńska M., *Misselling jako nadużywanie zaufania klienta na rynku finansowym*, „Annales. Ethics in Economic Life” 2019, Tom 22, nr 23.
- Sinha S., Mukherjee S., *Antecedents of Mis-selling in Indian Retail Banking Services*, „Palarch’s Journal Of Archeology Of Egypt/Egyptology” 2020, nr 17(6).
- Sułkowska W., *Bariera rozwoju rynku ubezpieczeń w Polsce*, „Finansowy Kwartalnik Internetowy e-Finanse” 2007, nr 2.
- Wierzbicka E., *Misselling barierą rozwoju ubezpieczeń w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas” 2016.
- Żelichowska K., *Wpływ missellingu na rozwój ubezpieczeń życiowych w Polsce*, [w:] *Między klasycznym a nowoczesnym modelem ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd Ubezpieczeń 2020*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2020.
- Żelichowska K., *Ochrona konsumenta a zjawisko missellingu na rynku usług finansowych*, [w:] *Dylematy teorii i praktyki ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd Ubezpieczeń 2021*, red. A. Klonowska, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021.

### Akty prawne:

Dyrektywa 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Z Dnia 11 maja 2005 r.

dotycząca nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym oraz zmieniająca dyrektywę Rady 84/450/EWG, dyrektywy 97/7/WE, 98/27/WE i

---

<sup>68</sup> Dyrektywa Omnibus – nowe narzędzie do zwiększenia ochrony konsumentów w UE, [https://www.ey.com/pl\\_pl/law/dyrektywa-omnibus-nowe-narzedzie-do-ochrony-konsumentow](https://www.ey.com/pl_pl/law/dyrektywa-omnibus-nowe-narzedzie-do-ochrony-konsumentow), dostęp: 9.06.2023 r.

2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady ("Dyrektywa o nieuczciwych praktykach handlowych"), Dz.U.UE.L.2005.149.22.

Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2022. poz. 2283 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2021.0.275 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 roku o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. 2017. poz. 2070 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. 2015 poz. 1348 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015 poz. 1634 z późn. zm.).

#### **Źródła internetowe:**

*III Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym*, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, <https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/III%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf>, dostęp: 10.02.2023 r.

*Komisja Nadzoru Finansowego, Ochrona klienta na rynku usług finansowych*, [https://www.knf.gov.pl/dla\\_konsumenta/Ochrona\\_klienta\\_na\\_ryнку\\_usług\\_financeowych/KNF](https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/Ochrona_klienta_na_ryнку_usług_financeowych/KNF), dostęp: 10.02.2023 r.

*Kompetencje Prezesa UOKiK, Ochrona Konsumentów*, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, [https://uokik.gov.pl/kompetencje\\_prezesa\\_uokik3.php](https://uokik.gov.pl/kompetencje_prezesa_uokik3.php), dostęp: 9.02.2023 r.

*Orzecznictwo Sądu Najwyższego (sygn. akt III CZP 80/19)*, Sąd Najwyższy, Biuletyn Informacji Publicznej, 2020, [https://www.sn.pl/sprawy/SitePages/Zagadnienia\\_prawne\\_SNIOZ.aspx?ItemSID=1309-301f4741-66aa-4980-b9fa-873e90506a11&ListName=Zagadnienia\\_prawne&Rok=2019](https://www.sn.pl/sprawy/SitePages/Zagadnienia_prawne_SNIOZ.aspx?ItemSID=1309-301f4741-66aa-4980-b9fa-873e90506a11&ListName=Zagadnienia_prawne&Rok=2019), dostęp: 9.02.2023 r.

*Ochrona klienta na rynku usług finansowych*, [https://www.knf.gov.pl/dla\\_konsumenta/Ochrona\\_klienta\\_na\\_ryнку\\_usług\\_financeowych](https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/Ochrona_klienta_na_ryнку_usług_financeowych), dostęp: 9.06.2023 r.

*UOKiK podsumowuje działania na rzecz konsumentów*, <https://www.prawo.pl/prawo/ochrona-konsumentow-podsumowanie-uokik,520161.html>, dostęp: 9.06.2023 r.

*Dyrektywa Omnibus – nowe narzędzie do zwiększenia ochrony konsumentów w UE*, [https://www.ey.com/pl\\_pl/law/dyrektywa-omnibus-nowe-narzedzie-do-ochrony-konsumentow](https://www.ey.com/pl_pl/law/dyrektywa-omnibus-nowe-narzedzie-do-ochrony-konsumentow), dostęp: 9.06.2023 r.

*Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi*, Związek Banków Polskich, <https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/I%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf>, dostęp: 10.02.2023 r.

*Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2014, [https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Rekomendacja\\_U\\_38338.pdf](https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Rekomendacja_U_38338.pdf), dostęp: 11.02.2023 r.

*Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2019*, Rzecznik Finansowy, Warszawa 2019 r., [https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2020/05/2019\\_Sprawozdanie\\_Rzecznika\\_Financeowego.pdf](https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2020/05/2019_Sprawozdanie_Rzecznika_Financeowego.pdf), dostęp: 8.02.2023 r.

*Sprawozdanie z działalności Rzecznika Finansowego za rok 2021*, Rzecznik Finansowy, Warszawa 2021 r. <https://rf.gov.pl/wp-content/uploads/2022/04/Sprawozdanie-Rzecznika-Financeowego-za-2021-rok-publicacja.pdf>, dostęp: 8.02.2023 r.

*Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Pytania i odpowiedzi, Raport UOKiK, <https://uokik.gov.pl/>, dostęp: 8.02.2023 r.

*Uzasadnienie*, Sygn. akt III Ca 1861/17, Sąd Okręgowy w Łodzi, III Wydział Cywilny Odwoławczy, Łódź, 2017 <https://www.saos.org.pl/judgments/350961>, dostęp: 9.02.2023 r.

---

Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 23 lutego 2006 r., XVII Ama 118/04, (Dz. Urz.UO-KiK.2006/2/31), <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/xvii-ama-118-04-wyrok-sadu-ochrony-konkurencji-i-520277675>, dostęp: 6.02.2023 r.

Wyrok w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej, Sygn. akt XXV C 1829/16, Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny, Warszawa, 2018, [http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/content.pdf/\\$002fneurocourt\\$002fpublished\\$002f15\\$002f450500\\$002f0007503\\$002fc\\$002f2016\\$002f001829\\$002f154505000007503 XXV C 001829 2016 Uz 2018-10-18 001-publ.xml?t:ac=\\$N/154505000007503 XXV C 001829 2016 Uz 2018-10-18 001](http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/content.pdf/$002fneurocourt$002fpublished$002f15$002f450500$002f0007503$002fc$002f2016$002f001829$002f154505000007503 XXV C 001829 2016 Uz 2018-10-18 001-publ.xml?t:ac=$N/154505000007503 XXV C 001829 2016 Uz 2018-10-18 001), dostęp: 9.02.2023 r.

## Rozdział 5

# Funkcjonowanie polskiego rynku ubezpieczeń na życie w czasie pandemii Covid-19

Wojciech Mękal<sup>1</sup>

### 5.1. Wprowadzenie

Pandemia Covid-19, największy „czarny łabędź” od czasu kryzysu na rynku kredytów subprime w 2008, znacząco oddziaływała na większość płaszczyzn życia. Mocno odczuła to światowa gospodarka - pandemia wywołała globalny kryzys ekonomiczny i miała istotny wpływ na rozwój gospodarczy (światowy przyrost PKB w 2020 roku szacuje się na -3,63%, gdzie w 2019 wynosił on 2,6%<sup>2</sup>).

W obliczu znaczących zmian i oddziaływań przynoszonych wraz z kolejnymi falami pandemicznymi dość nieprawdopodobnym byłaby sytuacja, gdzie Pandemia Covid-19 nie wpłynęłaby na sektor ubezpieczeń. Szczególnie powinno to dotyczyć działu I rynku ubezpieczeń. Należy zauważyć, że konsekwencje dla rynku ubezpieczeń na życie mają charakter zarówno pośredni poprzez m.in. załamanie gospodarcze, jak i bardziej bezpośredni. Bezpośredni wpływ wiąże się z zagrożeniem dla życia i zdrowia, czyli samych przedmiotów ubezpieczeń na życie. Czynniki składające się na całościowe „pandemiczne” oddziaływanie na rynek w dużej mierze nie są łatwe do przydzielenia do pozytywnych i negatywnych. Ich efekt na powodzenie zakładów ubezpieczeń na życie jest mieszany, gdyż mają one dość dualistyczny charakter – niosąc ze sobą korzyści i wady, szanse oraz ograniczenia.

Celem pracy jest ukazanie wpływu Pandemii Covid-19 na rynek ubezpieczeń na życie. Rozważany w tym rozdziale problem badawczy można ukazać za pomocą następujących pytań: *Co cechuje ubezpieczenia życiowe i produkty do nich zaliczane? Jakie czynniki oddziałują na popyt na ubezpieczenia na życie? Czy Pandemia Covid-19 zauważalnie wpłynęła na rynek*

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

<sup>2</sup> GDP growth, <https://data.worldbank.org>, dostęp: 06.15.2022 r.

*ubezpieczeń na życie? Jaki był charakter tego wpływu?* Konsekwentnie, w tym rozdziale weryfikowane będą następujące tezy:

- W okresie pandemii (lata 2020-2021) miał miejsce wzrost składki przypisanej brutto w dziale I.
- W latach 2020-2021 wzrosła wartość świadczeń wypłaconych z tytułu ubezpieczeń działu I.

Weryfikacja tez oraz ostateczne wnioski i konkluzje na temat poruszanego problemu badawczego będą wyciągane w głównej mierze przy wykorzystaniu krajowej i zagranicznej literatury na temat ubezpieczeń gospodarczych i samych ubezpieczeń życiowych. W ramach pracy użyto również rocznych raportów o sytuacji na rynku ubezpieczeń sporządzanych przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Komisję Nadzoru Finansowego. W celu weryfikacji hipotez przeanalizowane zostały zawarte w nich wysokości składek przypisanych brutto, wypłacanych świadczeń oraz wyników technicznych z okresu pandemicznego i czasu przed tym okresem (lata 2017-2021). Dłuższy przedział czasowy, niżeli sam okres pandemiczny oraz bezpośrednio przedpandemiczny powinien pozwolić, poprzez wykreślenie istniejących już tendencji, na wyodrębnienie wpływu samej pandemii na wyniki uzyskiwane przez podmioty rynku ubezpieczeń na życie.

Pierwszym krokiem było podjęcie się scharakteryzowania działu I, koncentrując się na znaczeniu tego rodzaju ubezpieczeń, następnie opisano determinanty rozwoju rynku ubezpieczeń, szczególnie te których wartości zmieniły się w wyniku epidemii, by na końcu przyjrzeć się sytuacji na rynku ubezpieczeń życiowych w latach 2017-2021. Celem ostatniej części jest próba zarysowania sytuacji na rynku ubezpieczeń na życie w najbliższych latach.

## **5.2. Specyfika i istota ubezpieczeń z działu I**

Ubezpieczenia są istotną częścią sfery ekonomicznej i społecznej. Produkty zaliczane do ubezpieczeń są różnorodne i tym samym cel ich nabycia jest inny. Podstawowym podziałem ubezpieczeń, z uwagi na ich znaczenie, jest ich podział na gospodarcze i społeczne. Ubezpieczenia na życie, będące centralnym przedmiotem tutejszych rozważań, razem z ubezpieczeniami z działu II, tj. ubezpieczeniami majątkowymi i pozostałymi ubezpieczeniami osobowymi, są klasyfikowane do ubezpieczeń gospodarczych. Ubezpieczenia gospodarcze, zwane także



prywatnymi, pełnią różne funkcje. W literaturze najczęściej wymieniane są 3 funkcje ubezpieczeń gospodarczych<sup>3</sup>:

- funkcja ochrony ubezpieczeniowej,
- funkcja prewencyjna,
- funkcja finansowa.

Funkcja ochrony ubezpieczeniowej jest funkcją nadrzędną (o pozostałych można mówić jako o pochodnych tej funkcji). Przejawia się ona wzięciem na siebie przez zakład ubezpieczeniowy ryzyka wystąpienia określonego w umowie zdarzenia (zdarzeń) losowych i konsekwentnego pokrycia poniesionych strat. Zdarzenia losowe niosące ze sobą negatywne skutki finansowe (sytuacyjne) są podłożem, które pozwoliło na istnienie potrzeby powstania ubezpieczeń gospodarczych. Głównym celem ubezpieczeń prywatnych jest zatem zabezpieczenie się (mówiąc o stronie popytowej, do której mogą należeć zarówno jednostki prawa handlowego, jak i cywilnego) przed skutkami zdarzeń losowych. Mówimy tym samym o rekompensacie zaistniałych w ten sposób strat. Ochrona zapewniana przez polisy ubezpieczeniowe pozwala na minimalizację lub zupełne zniwelowanie zakłóceń powstałych w wyniku niefortunnego zbiegu rzeczy. Konsekwentnie, same ubezpieczenia na życie są instrumentem służącym do pozyskania środków pieniężnych w sytuacji nieoczekiwanej śmierci, choroby lub wypadku osoby ubezpieczonej. Ogólnie mówiąc, produkty jakimi są ubezpieczenia na życie postrzega się jako zabezpieczenie przed skutkami strat finansowych lub ich ekwiwalentu, które powstałyby w przypadku śmierci ubezpieczonego, utraty możliwości kontynuowania działalności zawodowej w wyniku wypadku lub poważnego uszczerbku na zdrowiu wymagającego kosztownego leczenia lub rehabilitacji. Ubezpieczenie na życie często pomaga w wypełnianiu obowiązków rodzinnych, takich jak edukacja dzieci, spłacaniu pożyczek lub innych długów<sup>4</sup>.

Prewencyjność polega na oddziaływaniu na częstotliwość występowania zdarzeń losowych oraz na wpływaniu na pomniejszenie negatywnych skutków wystąpienia tych zdarzeń. Funkcja finansowa związana jest natomiast z gromadzeniem przez zakłady ubezpieczeniowe znacznych środków pieniężnych, które są dalej inwestowane, co pozwala na ich pomnożenie. Przeglądając literaturę krajową, można jeszcze napotkać się z funkcją edukacyjną

---

<sup>3</sup> J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych [w:] Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Polltext, Warszawa 2002, s. 78.

<sup>4</sup> A. Sompolska-Rzechuła, A. Kurdyś-Kujawska, *Determinants of Demand for Life Insurance: the example of farmers from North-West Poland*, "Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2019, nr 7, s. 73.

(wychowawczą), spełnianą poprzez pobudzanie świadomości społecznej odnośnie usług ubezpieczeniowych i ryzyk na jakie jest się narażonym jako jednostka<sup>5</sup>.

Powyższe funkcje mają jednak charakter dość wąski, będąc rozpatrywane w ujęciu zindywidualizowanym. Należy mieć też na uwadze, że rynek ubezpieczeń uznaje się za jeden głównych filarów polskiego rynku finansowego (obok sektorów: bankowego, emerytalnego oraz rynku kapitałowego)<sup>6</sup>. Ubezpieczenia gospodarcze jako całość usług, wpływają na prawidłowe i płynne pracowanie mechanizmu jakim jest gospodarka, tzn.<sup>7</sup>:

- wspomagają utrzymanie stabilności finansowej
- stanowią substytut lub uzupełnienie rządowych programów socjalnych
- wspierają handel i wymianę
- ułatwiają gromadzenie oszczędności
- pozwalają na efektywniejsze zarządzanie ryzykiem
- zachęcają do zmniejszenia strat o charakterze losowym
- przyjął efektywniejszej alokacji kapitału<sup>8</sup>

Towarzystwa ubezpieczeniowe w zamian za regularne składki dają jednostkom gospodarczym sposobność na przeniesienie na nie ryzyka, umożliwiając tym samym zarządzanie nim. Istnieje wiele sposobów na radzenie z ryzykiem, niektóre prowadzą do unikania, inne do bardziej przemyślanego działania. Ogółem, wśród sposobów zarządzania ryzykiem („risk management”) możemy wyróżnić<sup>9</sup>:

1. unikanie ryzyka (wystrzeżenie się sytuacji ryzykownych);
2. minimalizowanie ryzyka (redukowanie możliwych zagrożeń i ich konsekwencji);
3. rozpraszanie ryzyka (rozdzielenie skutków możliwych zdarzeń);
4. retencja ryzyka (zachowanie ryzyka i jego skutków);
5. transfer ryzyka (przenoszenie możliwych strat na inny podmiot).

---

<sup>5</sup>P. Pliszka, *E-ubezpieczenie w polskim społeczeństwie informacyjnym*, „Studia Informatica Pomerania” 2017, nr 4, s. 73.

<sup>6</sup>Raport o funkcjonowaniu polskiego rynku finansowego w ujęciu międzysektorowym, KNF, Warszawa 2015, s. 4.

<sup>7</sup>H. Skipper, J. Kwon, *Risk Management and Insurance: Perspectives in a Global Economy*, Blackwell Publishing, Malden 2007, s. 514-521.

<sup>8</sup>T. Bednarczyk, *Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 46.

<sup>9</sup>T. Szumlicz, *Ubezpieczenie. W sprawie zastrzeżenia terminologicznego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1, s. 99.

Umowa ubezpieczenia jest najbardziej spopularyzowaną metodą transferu ryzyka. Zapewniając zabezpieczenie w razie wystąpienia niefortunnego zdarzenia losowego, zakłady ubezpieczeń pozwalają przedsiębiorstwom (oraz gospodarstwom domowym) na tworzenie mniejszych rezerw na wypadek zmaterializowania się ryzyka. Środki, które musiałyby pozostać zamrożone jako część funduszu specjalnego są w ten sposób uwolnione, umożliwiając jednostkom gospodarczym na większy i szybszy rozwój<sup>10</sup>. Co więcej, zakłady ubezpieczeń na życie jako instytucje oszczędności kontraktowych są źródłem kapitału długoterminowego służącego do finansowania inwestycji, które potrzebują trwałego długiego finansowania. Ubezpieczający zawierają umowę na dłuższy okres – zobowiązania zakładów ubezpieczeniowych są długoterminowe, chroniąc do pewnego stopnia przed utratą płynności. Ta rola jest o tyle ważna, gdyż, mając na uwadze, iż banki komercyjne i fundusze inwestycyjne (poza funduszami emerytalnymi) pozyskują kapitał w znacznej ilości na okres krótki – wkłady wniesione mogą szybko zostać wycofane, zagrażając płynności tych instytucji. Inwestycje nastawione na dłuższy okres mają też tym samym efekt stabilizowania rynku finansowego<sup>11</sup>.

Ubezpieczenia działu I mają możliwość bycia podparciem dla systemu emerytalnego i dla całego sektora finansów publicznych<sup>12</sup>. Starzenie się społeczeństwa wiąże się z mniejszą liczbą osób w wieku produkcyjnym, a coraz większą liczbą osób nieaktywnych zawodowo. Dodatkowo, wraz z rozwojem medycyny, żyjemy dłużej, co jeszcze bardziej nadwyręża system, który już sobie nie radzi. Częściowym rozwiązaniem może tutaj być nabywanie ubezpieczeń na życie. Jest to możliwe np. dzięki ubezpieczeniom na dożycie, na życie i dożycie oraz ubezpieczeniom na życie z funduszem kapitałowym, które stanowią szansę dla osób starszych na pozyskanie dodatkowego kapitału, gdy wchodzi one w okres starości.

Ubezpieczenia gospodarcze cechuje to, że co do zasady nie są one obowiązkowe, tylko dobrowolne. Ubezpieczenia prywatne są zatem instrumentem wykorzystywanym celowo, służącym do zaspokojenia potrzeb podmiotów gospodarczych wynikłych z powodu wystąpienia zdarzenia losowego<sup>13</sup>. Należy tutaj rozszerzyć, że istnieją ubezpieczenia gospodarcze, które są

---

<sup>10</sup> M. Hamydova, *Wpływ ubezpieczeń na wzrost gospodarczy – analiza krajów OECD*, „Ekonomia” 2014, nr 36, s. 153.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 154.

<sup>12</sup> H. Skipper, *Foreign Insurers in Emerging Markets: Issues and Concerns*, „International Insurance Foundation Occasional Paper” 1997, nr 9, s. 9.

<sup>13</sup> J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Polltext, Warszawa 2002, s. 78.

prawnie obowiązkowe, jednak nie wchodzi one w skład działu I (m.in. ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie OC rolników oraz ubezpieczenie budynków rolniczych<sup>14</sup>). Poprzez brak przymusu prawnego, popyt na ubezpieczenia na życie nie jest w ten sposób usztywniony, pozostając w tym wymiarze elastyczny i zależny od samych konsumentów.

Ubezpieczenia gospodarcze są świadczone przez dwa rodzaje podmiotów, tj. przez zakłady ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej oraz towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych<sup>15</sup>. Godną w tym miejscu uwagi regułą jest prawne ograniczenie, nakierowane na oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe produkty ubezpieczeniowe. Mianowicie, towarzystwa ubezpieczeniowe, które świadczą usługi wchodzące w skład działu I, nie mogą oferować pozostałych ubezpieczeń gospodarczych, tj. ubezpieczeń działu II i odwrotnie<sup>16</sup>. Ta regulacja sprawia, że działalność zakładów jest stosunkowo zawężona, jeśli chodzi o przedmiotową dywersyfikację oferowanych produktów i bardziej narażona na zmiany bezpośrednio wpływające na popyt na produkty ubezpieczeniowe i ryzyko z nimi związane (które nie jest stałe, lecz zależne od wielu czynników). Szczególnie wpływa to na omawiany dział I, na który składają się same ubezpieczenia życiowe.

Podział ubezpieczeń gospodarczych na dwa działy opiera się przede wszystkim na jednej istotnej różnicy jaką jest długość trwania umowy ubezpieczeniowej - ubezpieczenia działu I charakteryzuje umowa, która jest zdecydowanie dłuższa. W ramach działu I ubezpieczeń różniane jest 5 grup ubezpieczeń:

- **(1.)** Ubezpieczenia na życie;
- **(2.)** Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci;
- **(3.)** Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe;
- **(4.)** Ubezpieczenia rentowe;

<sup>14</sup>Art. 4., ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152 z późn. zm.).

<sup>15</sup>T. Jedynak, *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń* [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 30.

<sup>16</sup>Art.9. 1., ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.).

- **(5.)** Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4.

Nie jest to jedyny możliwy podział ubezpieczeń na życie. Różne ujęcie, skupiające się na poszczególnych cechach danych produktów pozwalają na wyodrębnienie np.<sup>17</sup>:

- ubezpieczeń czystych i mieszanych, gdzie jedno oferuje jedynie tradycyjną ochronę, a drugie łączy ją z oszczędzaniem;
- ubezpieczeń indywidualnych i grupowych, różniących się liczbą podmiotów i sposobem selekcji ryzyk.
- ubezpieczeń tradycyjnych i nowoczesnych, gdzie punktem odróżnienia jest wysokość płaconej składki - w ubezpieczeniach tradycyjnych jest ona uśredniana, a w nowoczesnych wzrasta wraz ze starzeniem się ubezpieczonej osoby

Ubezpieczenia na życie są szczególnie specyficznym rodzajem produktu. Działalność ubezpieczeniowa opiera się na przeniesieniu na zakład ubezpieczeniowy ryzyka w zamian za z góry określone regularne składki, gdzie wystąpienie zdarzenia losowego, wiążącego się z materializacją ryzyka i tym samym z poniesieniem kosztów, jest niepewne i nie musi zajść. Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową większości ubezpieczeń na życie charakteryzują się natomiast koniecznością zajścia. Nieznana jest jednak ich data<sup>18</sup>. Ubezpieczenia na życie są ubezpieczeniami osobowymi, których przedmiot jest zdefiniowany w Kodeksie cywilnym<sup>19</sup>:

- przy ubezpieczeniu na życie – śmierć lub dożycie przez podmiot umowy oznaczonego wieku;
- przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Celem ubezpieczeń na życie jest głównie zabezpieczenie przed stratami finansowymi, które byłyby spowodowane śmiercią osoby uposażonej albo poważnym ubytkiem na jej zdrowiu, który ograniczyłby poziom aktywności zawodowej osoby ubezpieczonej i wymagałby intensywnej opieki medycznej lub rehabilitacji. Patrząc na same ubezpieczenia na życia E. Stroiński wyróżnia 3 funkcje. Pierwszą z nich jest zabezpieczenie w razie wydarzenia się

<sup>17</sup>A. B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie* [w:] *Podstawy ubezpieczeń, T.II: Produkty*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001, s. 99-103.

<sup>18</sup>J. Handschke, *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych* [w:] T. Sangowski (red.) *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2002, s. 58.

<sup>19</sup>Art. 829., ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93, z późn. zm.).

zdarzenia losowego, związanego ze zdrowiem danej osoby, powodującego zmniejszenie osiąganych dochodów. Drugą funkcją jest gromadzenie i powiększanie wolnych środków. Ta funkcja jest spełniana przez ubezpieczenia mieszane, które zostały opisane powyżej. Trzecią funkcją jest zabezpieczenie finansowe osób trzecich, które by ucierpiały finansowo na skutek odejścia osoby ubezpieczonej<sup>20</sup>.

### 5.3. Determinanty rozwoju ubezpieczeń na życie

Szukając w słowniku definicji słowa "rozwój", możemy znaleźć następujące sformułowanie: "proces przemian prowadzący do osiągnięcia lepszego, bardziej zaawansowanego stanu". W kontekście sektora ubezpieczeń rozwój utożsamiany jest głównie z dodatnią dynamiką zmiany wysokości składki przypisanej brutto. Wartość składki przypisanej brutto (rozumianej jako suma składek brutto należnych z tytułu umów ubezpieczenia zawartych w okresie sprawozdawczym {razem z częścią należącą do reasekuratorów} nie biorąc pod uwagę, tego czy były one opłacone, czy nie) jest głównie źródłem wiedzy o przychodach zakładów ubezpieczeniowych (strony podażowej). Należy też jednak wziąć pod uwagę to, że ilustruje ona również ramy aktywności konsumpcyjnej gospodarstw domowych oraz przedsiębiorstw (strony popytowej) w sferze produktów ubezpieczeniowych. Rozpatrując ten miernik jako wyznacznik stopnia rozwoju i jego dynamiki, trzeba jednak też skupić się na jego negatywach w tym ujęciu. Wartość składki przypisanej brutto nie bierze pod uwagę stopy inflacji, która to może znacząco zniekształcać wyniki przedstawione, gdyby została ona uwzględniona. Ważne jest więc, szczególnie przy porównywaniu wyników z większego zakresu czasowego, skorygowanie wartości składek przypisanych brutto o inflację poprzez podzielenie wartości w ujęciu nominalnym przez dzielnik równy  $[1 + \text{stopa inflacji}]$ . Wyliczone w ten sposób wartości to wartości realne<sup>21</sup>.

Innym wskaźnikiem, używającym wartości składki przypisanej brutto, jest wskaźnik penetracji, który przedstawia udział składki w generowanym przez dany kraj Produkcie Krajowym Brutto. Miara ta umożliwia zaobserwowanie istotności sektora ubezpieczeń w całej gospodarce krajowej. Porównywanie wielkości wskaźników penetracji pozwala na zobaczenie jak zmienia się rynkowa istotność ubezpieczeń prywatnych. Wnioski dotyczące sektora

<sup>20</sup> E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, Polltext, Warszawa 2003, s. 42.

<sup>21</sup> T.H. Bednarczyk, K. Nielawska, B. Jackowska, E. Wycinka, *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2019, s. 73-74.

ubezpieczeń wyciągane w ten sposób są również do pewnego stopnia skorygowane o kondycję gospodarki, która to mogłaby wpłynąć na wysokość generowanych składek przypisanych brutto.

Popyt na ubezpieczenia, ukazany wartościowo jako wysokość składki przypisanej brutto, jest uwarunkowany przez dużą liczbę czynników, które oddziałują na niego w różny sposób. Czynniki te można podzielić na<sup>22</sup>:

- ekonomiczno-finansowe
- demograficzne
- społeczne i kulturowe
- instytucjonalne.

Pobieranie przez zakłady składki ubezpieczeniowej wiąże się z ryzykiem ubezpieczeniowym, tj. prawdopodobieństwem wystąpienia zdarzenia (zdarzeń) opisanego (-ych) w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Większa składka dla ubezpieczyciela łączy się z większym przychodem, ale też z większym ryzykiem konieczności wypłacenia świadczenia albo z niezmiennym poziomem ryzyka, ale wyższym kosztem w razie jego zrealizowania. Główny koszt uzyskania przychodu (a więc i całej działalności) zakładów ubezpieczeń na życie to wypłacone świadczenia. Ich suma w danym roku jest zależna od całości ryzyk ubezpieczeniowych wziętych na siebie przez zakład poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia z inną jednostką gospodarczą (jako ubezpieczyciel). Samo ryzyko, na które narażone są towarzystwa ubezpieczeniowe można podzielić na ryzyko ubezpieczeniowe i ryzyko ubezpieczyciela. Ryzyko ubezpieczeniowe zgodnie z tym co jest napisane wyżej, wiąże się z umową ubezpieczenia i jej przedmiotem. Ryzyko ubezpieczyciela natomiast jest konsekwencją prowadzenia działalności i bycia częścią rynku. Ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach na życie, jako że jest związane z przedmiotem ubezpieczenia jakim są życie i zdrowie, jest różne dla każdego podmiotu. W ramach tego ryzyka możemy wyróżnić<sup>23</sup>:

- ryzyko medyczne,
- ryzyko zawodowe,
- ryzyko związane z aktywnością pozazawodową,

---

<sup>22</sup>T.H. Bednarczyk, K. Nielawska, B. Jackowska, E. Wycinka, op. cit., s. 82.

<sup>23</sup>Z. Guzel, D. Fal, A. Lipka, *Medycyna ubezpieczeniowa – underwriting, orzecznictwo, ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa 2013, s. 161.

- ryzyko finansowe,
- ryzyko pobytowe.

Ryzyko medyczne dotyczy stanu zdrowia. Ryzyko zawodowe wiąże się z rodzajem wykonywanego zawodu (i ryzyk występujących w wyniku jego wykonywania). Ryzyko finansowe bierze pod uwagę sytuację materialną ubezpieczającego się. Ryzyko pobytowe natomiast dotyczy przebywania w krajach charakteryzujących się specyficzną sytuacją epidemiologiczną czy w rejonach, gdzie mają miejsce konflikty zbrojne/zamieszki<sup>24</sup>.

**Tabela 5.1. Czynniki rozwoju ubezpieczeń gospodarczych**

Rodzaj czynnika rozwoju ubezpieczeń	Ubezpieczenia na życie	Ubezpieczenia majątkowe
<b>ekonomiczno-finansowe</b>	poziom bieżącego dochodu rozporządzalnego; poziom dochodu permanentnego; skłonność do oszczędzania, oczekiwana stopa inflacji; poziom stóp procentowych; ceny ubezpieczeń (w tym poziom opłat dodatkowych związanych z posiadaniem ubezpieczenia); ceny relatywne usług ubezpieczeniowych*, rozwój sektora bankowego	wartość netto nagromadzonego majątku rzeczowego (bogactwo); dochody bieżące, prawdopodobieństwo powstania straty, cena ubezpieczenia, funkcja użyteczności osoby rozważającej zakup ubezpieczenia
<b>demograficzne</b>	etap w cyklu życia ubezpieczającego (okres pracy zawodowej, okres emerytalny); wiek ubezpieczającego oraz jego stan cywilny i rodzinny, np. liczba posiadanych dzieci, praca zawodowa osoby będącej na utrzymaniu żywiciela rodziny, średnia długość dalszego trwania życia	wiek, płeć, wykształcenie potencjalnych klientów
<b>społeczne i kulturowe</b>	świadomość zagrożeń i subiektywne postrzeganie stopnia realizacji ryzyka przez ubezpieczającego (poziom awersji do ryzyka), poziom edukacji, wykonywany zawód (bezrobotny), zaufanie do instytucji ubezpieczeniowych, religia (udział mniejszości muzułmańskich)	świadomość zagrożeń, poziom awersji do ryzyka, poziom edukacji, kultura i system prawny, urbanizacja
<b>instytucjonalne</b>	ramy instytucjonalne i stabilność polityczna kraju, system ubezpieczeń społecznych i poziom świadczeń z ubezpieczeń społecznych (substytut ubezpieczeń na życie), ochrona praw	stabilność rynku ubezpieczeniowego, ilość ubezpieczeń obowiązkowych, wolność ekonomiczna, ochrona praw konsumentów ubezpieczeń, poziom konkurencji, polityka

<sup>24</sup>Ibidem.



	konsumentów, innowacje technologiczne	proeksportowa, innowacje technologiczne
--	---------------------------------------	---

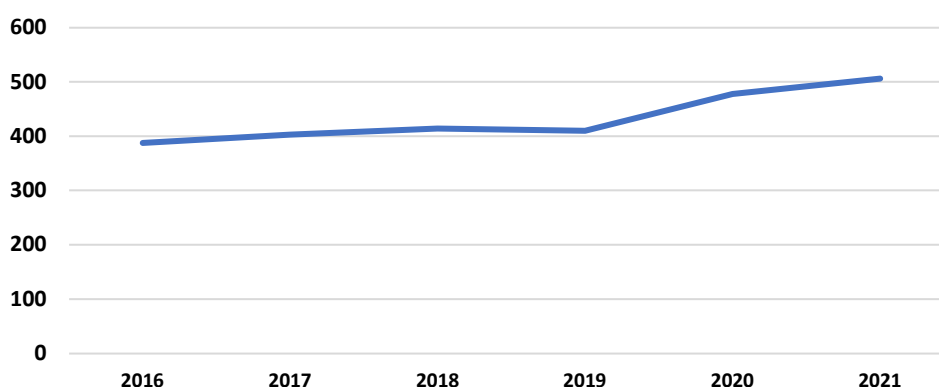
Źródło: T.H. Bednarczyk, K. Nielawska, B. Jackowska, E. Wycinka, *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2019, s. 84-85

Powyższa Tabela 5.1. przedstawia czynniki determinujące rozwoju rynku ubezpieczeń gospodarczych. Warto jedynie rozszerzyć niektóre pozycje należące do czynników ekonomiczno-finansowych. Otóż, trzeba mieć na uwadze, że ubezpieczenia jako produkty, są dobrem nabywanym przez osoby o stabilnej sytuacji finansowej, osoby, które mogą pozwolić sobie na długotrwałe pomniejszanie dochodu rozporządzalnego Dlatego też popyt na ubezpieczenia rośnie wraz ze wzrostem dochodu (do pewnego momentu). Słaba koniunktura gospodarcza, która z reguły najmocniej uderza w osoby mniej zamożne, negatywnie oddziałuje na popyt na ubezpieczenia. Pandemia Covid-19 spowodowała zmniejszenie konsumpcji i oszczędności, co może mieć negatywny wpływ na popyt na ubezpieczenia<sup>25</sup>. Korelacja między kondycją banków, a wysokością składki ubezpieczeniowej jest natomiast uzasadniona tym, że znaczna część składki przypisanej brutto jest pozyskiwana poprzez kanał bancassurance<sup>26</sup>. Banki, udzielając klientom długoterminowych pożyczek oraz kredytów opiewających na wysokie kwoty, chcą się zabezpieczyć przed możliwością, że pożyczkobiorca umrze, w dużej liczbie przypadków nalegają na pozyskanie przez takie osoby ubezpieczenia na życie, które te instytucje finansowe same oferują. W takim przypadku przy śmierci ubezpieczonego, który jednocześnie był klientem banku, wypłacone świadczenie jest użyte do pokrycia zobowiązań wobec banków.

Analizując wpływ pandemii Covid-19, szczególną uwagę należy zwrócić na sferę demograficzną, której to zmiany oddziałują bezpośrednio na wyniki rynku ubezpieczeń, w tym szczególnie rynku ubezpieczeń działu I. Jeżeli chodzi o sytuację demograficzną, wyróżnia się dwie wielkości, które mają namacalny wpływ na przedmioty ubezpieczeń na życie: śmiertelność oraz długość trwania życia.

<sup>25</sup> J. Przybytniowski, A. Grrzebieniak. W. Pacholarz, *Wybrane aspekty ubezpieczeń gospodarczych w Polsce i na świecie w dobie pandemii Covid-19*, Instytut Badań Gospodarczych, Olsztyn 2021, s. 16.

<sup>26</sup> Bancassurance, czyli porozumienie między bankiem, a zakładem ubezpieczeniowym, gdzie bank pośredniczy w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Wykorzystywana jest komplementarność produktów bankowych i ubezpieczeniowych.



**Rysunek 5.1. Zgony w Polsce w latach 2016-2021 (tyś.)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

**Tabela 5.2. Liczba zmarłych w Polsce w latach 2016-2021**

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Liczba zmarłych [tyś.]	388,0	402,9	414,2	409,7	477,4	506
Porównanie r/r [%]	-	103,84%	102,80%	98,91%	<b>116,52%</b>	<b>106%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Tabela 5.2. wykazuje liczbę zmarłych w Polsce w latach 2016-2021. Liczba zgonów, która utrzymywała dość stabilne wzrosty i spadki (bezwzględna zmiana procentowa w żadnym analizowanym roku nie przekroczyła 4%, dwa razy nie przekraczając 2%), w 2020 uległa zwiększeniu w porównaniu do roku poprzedniego o ponad 16%, przy czym należy mieć również uwagę fakt, że pandemia została ogłoszona w marcu 2020, a liczba zgonów mocno się zwiększyła dopiero od października. Jeżeli chodzi o oddziaływanie na rynek ubezpieczeń, to należy mieć na uwadze, że wpływ zwiększonej śmiertelności ma dualistyczny wpływ na działalność zakładów ubezpieczeń. Po pierwsze, zachorowania oraz zwiększona śmiertelność wpływają pozytywnie na wysokość popytu poprzez „ureczywistnienie” i zwiększenie istniejącego ryzyka, przed którym można się zabezpieczyć, kupując właśnie polisy na życie. Wpływ ten jest spotęgowany nagłośnieniem statystyk przez media. Z drugiej strony natomiast wyższa liczba zgonów powoduje, że składka czysta, odzwierciedlająca ryzyko, zwiększa się – prawdopodobieństwo zmaterializowania się ryzyka jest większe, co musi zostać przekute na wielkość składki, gdyż inaczej zakłady ubezpieczeń mogą stanąć przed zagrożeniem niewypłacalności i bankructwa. Większa liczba wystąpień zdarzeń, które są objęte ochroną ubezpieczeniową powoduje zwiększenie

kosztów osiągnięcia głównego źródła przychodu zakładów ubezpieczeń, co równoważy wzrost samego popytu na produkty jakimi są ubezpieczenia na życie

**Tabela 5.3. Tablica trwania życia dla Polski w latach 2015-2020**

wiek	Mężczyzna						Kobieta					
	Przewidywane lata życia											
	0	Δ	30	Δ	45	Δ	0	Δ	30	Δ	45	Δ
2015	73,6	-	44,7	-	30,8	-	81,6	-	52,2	-	37,6	-
2016	73,9	+0,3	45,0	+0,3	31,2	+0,4	81,9	+0,3	52,5	+0,3	38,0	-0,4
2017	74,0	+0,1	45,0	0	31,2	0	81,8	-0,1	52,4	-0,1	37,9	-0,1
2018	73,8	-0,2	44,9	-0,1	31,1	-0,1	81,7	-0,1	52,3	-0,1	37,7	-0,2
2019	74,1	+0,3	45,1	+0,2	31,3	+0,2	81,8	+0,1	52,4	+0,1	37,8	+0,1
2020	<u>72,6</u>	<u>-1,5</u>	<u>43,6</u>	<u>-1,5</u>	<u>29,9</u>	<u>-1,4</u>	<u>80,7</u>	<u>-1,1</u>	<u>51,3</u>	<u>-1,1</u>	<u>36,8</u>	<u>-1</u>

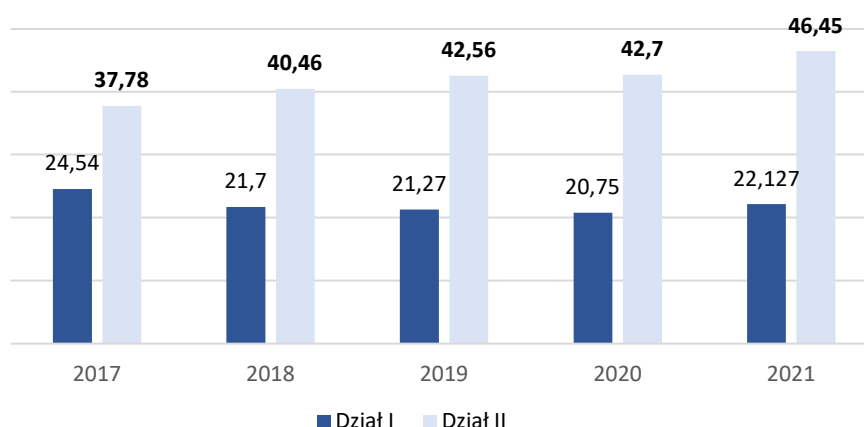
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Długość życia jest bezpośrednio powiązana z liczbą zgonów. Pomędzy tymi wartościami występuje korelacja ujemna, gdzie wzrost lub spadek umieralności wpłynie odwrotnie na długość życia. Zwiększona umieralność w 2020 spowodowała, że przewidywane trwanie życia zmniejszyło się. Zgodnie z danymi w Tabeli 5.3, przedstawiającymi trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w Polsce dla lat 2015-2020, oczekiwana długość życia noworodka urodzonego w 2020 wynosiła 72,6 lat w przypadku chłopca i 80,7 w przypadku dziewczynki. W poprzednich latach (2015-2019) wielkość ta utrzymywała się na w miarę zbliżonym poziomie wynosząc odpowiednio 73,9 i 81,8.

## 5.4. Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2017-2021

### 5.4.1 Składka przypisana brutto

Analiza rynku ubezpieczeń na życie w tej części opiera się na analizie składki przypisanej brutto, wysokości wypłaconych świadczeń oraz wyniku technicznego. Porównanie zmian tych wielkości w latach 2017-2021 powinno pozwolić ocenić obecną sytuację na rynku ubezpieczeń na życie. Składka przypisana brutto jest głównym źródłem przychodu, natomiast wypłacone świadczenia największym kosztem zakładów ubezpieczeń.



**Rysunek 5.2. Wysokość składki przypisanej brutto działu I i II rynku ubezpieczeń w Polsce w latach 2017-2021 [w mld zł.]**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU, GUS, KNF

Do działu I ubezpieczeń zaliczane jest 5 grup. Wielkość składki generowanej przez dział I jest jednak zależna w znaczącej wielkości od grup 1, 3 oraz 5. Udział grup 2 i 4, czyli ubezpieczeń posagowych i rentowych w składce przypisanej brutto jest marginalny.

Rynek ubezpieczeń na życie od 2009 zaczął powoli tracić na istności (w odróżnieniu od rynku ubezpieczeń działu II, który generował coraz wyższe wielkości składki). Spadek ten był głównie spowodowany utratą zainteresowania ubezpieczeniami z grupy 3. (ubezpieczeniami na życie związanymi z funduszem kapitałowym) w wyniku załamania na rynku finansowym oraz coraz większej ilości negatywnych opinii wskutek misselingu i występowania klauzul abuzywnych w umowach. Analizując dane zawarte na Rysunku 5.2. w 2020 tendencja spadkowa utrzymująca się od 2017 roku (wzrost składki przypisanej brutto w 2017 z kolei zakończył stały spadek spadki od 2012) była podtrzymana – wartość składki przypisanej brutto spadła o 2,5% w porównaniu do roku poprzedniego. W 2021 natomiast odnotowano wzrost o 6,6% w odniesieniu do roku 2020, zatrzymując długookresowe obniżenie wielkości składki.

**Tabela 5.4. Udział poszczególnych grup w składce przypisanej brutto działu I, lata 2017-2021**

Grupa	2017		2018		2019		2020		2021	
	(mln zł.)	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]	
<b>(1) Ubezpieczenia na życie</b>	7 497	7 607	101,4	7 854	103,2	7 955	101,3	9 067	111,4	
<b>(2+4) Ubezpieczenia posagowe i rentowe</b>	247	249	100,8	255	102,4	268	105,1	268	100	

<b>(3) Ubezpieczenia na życie związane z funduszem kapitałowym</b>	11 285	7 928	70,25	6 845	86,33	5 884	85,6	5 700	96,8
<b>(5) Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe</b>	5 510	5 918	107,4	6 320	106,8	6 637	105	7 092	106,5
<b>łącznie</b>	24 539	21 702	88,43	21 274	98	20 744	97,5	22 127	106,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU, KNF

W tabeli 5.4. przedstawiono udział grup wchodzących w skład działu I w składce przypisanej brutto. Mniejsza co roku składka brutto w latach 2017-2020 była spowodowana negatywną dynamiką części składki generowanej przez produkty grupy trzeciej (o czym jest wspomniane wyżej). Grupa pierwsza odnotowała lekki wzrost w 2020 i znaczący w 2021, w którym to roku wartość składki generowanej przez produkty do niej zaliczane wzrosła o 11,4%. Składka ubezpieczeń grupy 1, która to w teorii powinna razem z produktami grupy 5 ulec największej zmianie, pozostała w 2020 r. na zbliżonym poziomie, wzrastając tylko o 1,5% w względnym porównaniu do roku ubiegłego. Powodów takiego wyniku można się doszukiwać w m.in. odczuwanej niepewności finansowej w obliczu tak dużej pandemii i oddziaływań z nią związanych. W takich sytuacjach, przynajmniej w ich początkowych fazach ludzie niechętnie zobowiązują się na długookresowe wydatki, szczególnie związane z dobrami, które w bezpośrednim rozumieniu nie są pierwszą potrzebą. Wzrost w 2021 mógł być spowodowany właśnie Pandemią Covid-19 i zwiększeniem popytu na ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym. Składka przypisana do grupy 5 wzrosła w 2020 i 2021 odpowiednio o 5% i 6,5%. Można przypuszczać, że wzrost ten w pewnym stopniu był związany z pandemią, jednak należy zauważyć, że dynamika ta jest podobna do dynamiki w poprzednich latach, dlatego też jednoznaczne wnioski nie mogą zostać wyciągnięte.

**Tabela 5.5. Wysokość wskaźnika penetracji rynku ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2018-2021**

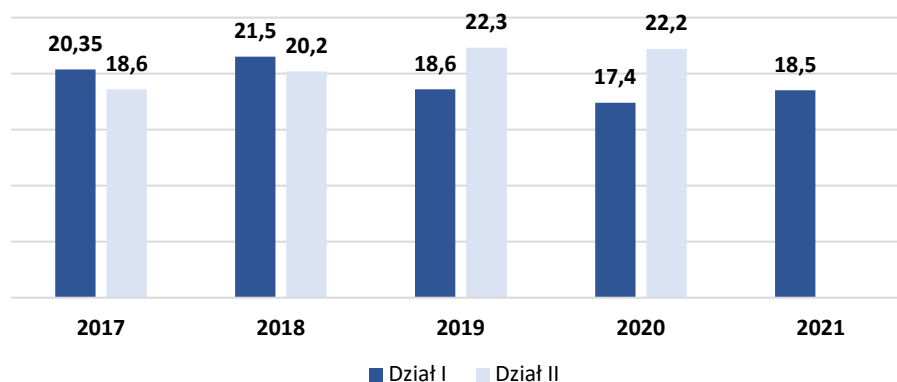
wskaźnik penetracji	2018	2019	2020	2021
	1,02%	0,94%	0,89%	0,81%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU, GUS, KNF

Tabela 5.5. przedstawia wartości wskaźnika penetracji rynku ubezpieczeń życiowych w latach 2018-2021. Dynamika wskaźnika penetracji dla lat 2020 i 2021 była ujemna i wynosiła odpowiednio 0,89% i 0,81%. Spadek istotności działu I w gospodarce narodowej w 2020 związany był ze spadkiem składki przypisanej, natomiast w 2021 wskaźnik penetracji był niższy głównie z powodu znacznego wzrostu PKB nominalnego, pomimo wzrostu samej składki przypisanej brutto.

#### 5.4.2 Wyłacone świadczenia z tytułu zawarcia umów ubezpieczeń na życie

Analizując wielkości wypłaconych świadczeń w rysunku 5.3., można zaobserwować, że w 2020 roku wielkość wypłaconych świadczeń ubezpieczeń na życie spadła o 1,2 mld. złotych, czyli o około 7,2%, w porównaniu do roku 2019, co na początku może wydawać się dużym zaskoczeniem.



**Rysunek 5.3. Wysokość wypłaconych świadczeń i odszkodowań w dziale I i II rynku ubezpieczeń w Polsce w latach 2017-2021 [w mld zł.]**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, PIU, KNF

Zmiana ta, zgodnie z danymi widocznymi poniżej w Tabeli 5.5 była jednak głównie spowodowana zmniejszeniem wysokości świadczeń wypłaconych w związku z ubezpieczeniami grupy 3, które nie mają dobrej opinii i których udział w składce przypisanej brutto ciągle spada. W 2021 r. odnotowano wzrost wypłaconych świadczeń o 5,9% w porównaniu do 2020 roku.

**Tabela 5.6. Udział poszczególnych grup działu I w wypłaconych świadczeniach w latach 2017-2021**

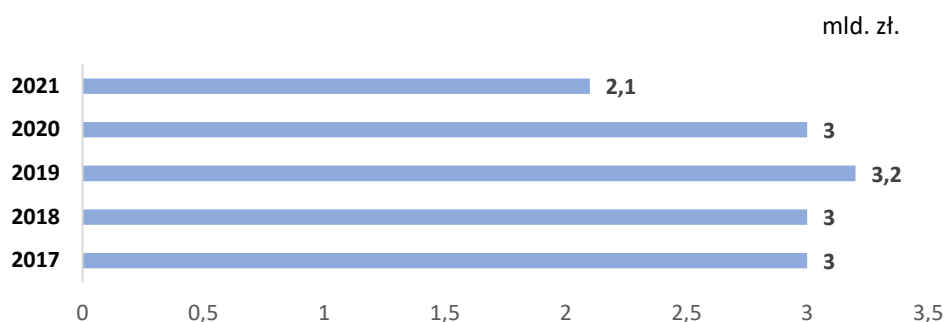
Grupa	2017	2018		2019		2020		2021	
	(mln zł.)	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]	(mln zł.)	r/r [%]
<b>(1) Ubezpieczenia na życie</b>	5 804	5 754	99,1	5 804	101	6 397	110,2	7 488	117,1
<b>(2+4) Ubezpieczenia posagowe i rentowe</b>	196	207	105,6	204	98,6	214	104,9	215	100
<b>(3) Ubezpieczenia na życie związane z funduszem kapitałowym</b>	11 943	13 028	109	9 891	75,6	8 341	84,3	7 996	95,9
<b>(5) Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe</b>	2 402	2 496	103,9	2 666	106,8	2 464	92,4	2 750	112
<b>Łącznie</b>	20 346	21 485	105,6	18 565	86,4	17 416	93,8	18 449	105,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU, KNF

Analiza zmian udziału poszczególnych grup w całości wypłaconych świadczeń ukazuje, że pandemia szczególnie mocno wpłynęła na wielkość świadczeń wypłacanych w ramach grupy I ubezpieczeń na życie. W związku z wyższą śmiertelnością w 2020 r. wysokość wypłaconych świadczeń wzrosła tam o ponad 10% w porównaniu do roku poprzedniego, a w 2021 r. aż o 17,1%. Zaskakującym może się wydać spadek wypłaconych świadczeń w grupie 5 (ubezpieczeniach wypadkowych i chorobowych) w 2020 roku. Może to być to wyjaśnione tym, że w wyniku pandemii i konsekwentnego lockdown'u znacznie zmalała liczba wypadków na drogach - spadła całościowo rozważana aktywność życia (uprawianie sportów, turystyka itp.). Dodatkowo, ludzie decydowali się w tym czasie na przełożenie/zrezygnowanie z operacji w szpitalach.

#### 5.4.3 Wynik techniczny zakładów ubezpieczeń na życie

Jeżeli chodzi o wynik techniczny, to, jak widać w rysunku 5.4., w minionych latach otrzymywał się on na w miarę zbliżonym poziomie – około 3 mld. złotych.



**Rysunek 5.4. Wynik techniczny działu I, lata 2017-2021**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU, KNF

W 2020 r. wynik techniczny nie uległ znacznej zmianie, pozostając podobny do wyniku w latach poprzednich. W 2021 roku jednak wynik techniczny, pomimo wzrostu składki przypisanej brutto, spadł do 2.1 mld zł, czyli o około 30%. Powodem takiej zmiany jest przede wszystkim znaczny wzrost wypłaconych świadczeń w ramach grup 1 i 5 oraz kosztów działalności zakładów ubezpieczeń.

### 5.5. Perspektywy dla rynku ubezpieczeń na życie

W obliczu dużych zmian przyniesionych wraz z pandemią, rynek ubezpieczeń oraz sama organizacja działalności (w związku z obostrzeniami pandemicznymi i lockdownem) towarzystw ubezpieczeniowych uległa przemianie. Zmiany powinny odbić się na całym rynku, zarówno na stronie popytowej, jak i ubezpieczeniowej. Starając się przewidzieć, co niesie ze sobą przyszłość, należy się skupić jednak głównie na klientach<sup>27</sup>, na ich nastawieniach, zachowaniach i nowych oczekiwaniach, gdyż to oni tak naprawdę kreują drogę rozwoju rynku.

Mając to na uwadze, oddziaływanie na wyniki i organizacje zakładów ubezpieczeń na życie, zawęża się do trzech płaszczyzn: digitalizacji, czyli rozwoju zdalnych kanałów dystrybucji, wzrostu świadomości ryzyka, a także wzrostu samego ryzyka. Poniżej po kolei przyjrzymy poszczególnym aspektom tych czynników.

Konieczność przejścia na kanały zdalne w wyniku lockdownu i niepewności zdrowotnej w wyniku zagrożenia zarażenia się zaraźliwą chorobą jaką jest wirus Covid-19 zmusiła zakłady ubezpieczeń do szybszego rozwoju w kierunku rozwoju technologii pozwalającej na to. Sama digitalizacja rynku ubezpieczeń (kanałów dystrybucji) jest, mając na uwadze ciągły wzrost

<sup>27</sup> D. Maśniak, A. Gnas, *Kluczowe problemy klientów w dobie pandemii COVID-19 – diagnoza rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo reasekuracyjne” 1/2020, str. 110.



zaawansowania technologicznego, nieunikniona. Digitalizacji sprzyja np. rosnąca liczba Polaków korzystających z Internetu. Według badania PBI w 2020 roku liczba internautów wyniosła ponad 28 mln. Nieco powyżej 22 milionów używało Internetu na komputerach i laptopach, a prawie 24 mln osób używało go z urządzeń mobilnych<sup>28</sup>. Uzyskiwanie informacji na temat produktów jakimi są ubezpieczenia i ich nabywanie przy użyciu kanałów zdalnych ciągle staje się coraz prostsze<sup>29</sup>. Pandemia jednak stała się bodźcem, który drastycznie przyspieszył ten proces.

Proces rozwoju - zwiększania się istotności - nowoczesnych (zdigitalizowanych) kanałów sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w Polsce, jest ograniczany i spowalniany przez różnorakie czynniki, m.in. o naturze<sup>30</sup>:

- ekonomicznej,
- prawnej,
- ludzkiej i społeczno-kulturowej.

Czynniki o charakterze ekonomicznym mocno wpływają na decyzję potencjalnych nabywców produktów ubezpieczeniowych. Kanały tradycyjne często oferują tańsze polisy od tych oferowanych na Internecie (jest to spowodowane rabatami i upustami, którymi agenci ubezpieczeniowi posługują się dość hojnie). Stworzenie i utrzymywanie oraz reklamowanie kanałów internetowych jest też stosunkowo kosztowne. Prawne przeszkody to przede wszystkim konieczność utrzymywania procedur przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, które nie mogą zostać wypełnione poprzez kanał zdalny. Ważnym aspektem są także restrykcyjne wymagania odnośnie ochrony danych osobowych. Oddziaływania o charakterze ludzkim i społeczno-kulturowym odnoszą się natomiast m.in. do głębokiego zakorzenienia kanału tradycyjnego. Ubezpieczenia na życie są również skomplikowanymi produktami, nie raz wymagającymi pomocy w zrozumieniu umowy ich zawarcia, co nie jest łatwe do wykonania za pomocą kanałów zdigitalizowanych<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> *Polski Internet w czerwcu 2020*, <https://pbi.org.pl/badanie-gemius-pbi/polski-internet-w-czerwcu-2020>, dostęp: 01.09.2022 r.

<sup>29</sup> K. Łazorko, *Specyfika działalności marketingowej na rynku ubezpieczeniowym [w:] Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. Roman Grabiec, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2022, s. 131.

<sup>30</sup> P. Pliszka, *E-ubezpieczenie w polskim społeczeństwie informacyjnym*, „Studia Informatica Pomerania” 2017, nr 4, s. 80.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

**Tabela 5.7. Procentowa wartość poszczególnych kanałów dystrybucji w odniesieniu do składki przypisanej brutto, lata 2018-2020**

Wyszczególnienie	2018	2019	2020
<b>Sprzedaż bezpośrednia</b>	35,4%	36,7%	26,30%
przez pracowników	34,5%	35,8%	25,27%
przez internet	0,000%	0,001%	0,002%
przez telefon	0%	0,0%	0,00%
inny bezpośredni sposób	0,9%	0,9%	1,03%
<b>Agenci ubezpieczeniowi</b>	60,7%	58,9%	60,10%
osoby fizyczne	20,1%	19,9%	20,25%
osoby prawne	40,3%	38,7%	39,49%
banki	22,2%	19,6%	16,63%
spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe	0,1%	0,1%	0,13%
pozostałe osoby prawne	18,0%	19,0%	22,73%
podmioty bez osobowości prawnej	0,3%	0,3%	0,37%
<b>Brokerzy ubezpieczeniowi i reasekuracyjni</b>	3,8%	4,3%	13,55%
<b>Inne kanały dystrybucji</b>	0,1%	0,1%	0,04%
<b>Razem</b>	100%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF.

Przyglądając się danym w Tabeli 5.7. prezentującej procentowe wartości składki przypisanej brutto generowanych za pomocą poszczególnych kanałów, można na pierwszy rzut oka zaobserwować, że w 2020 obszerna digitalizacja i znaczący rozwój znaczenia kanałów cyfrowych nie wystąpił. Pomimo wzrostu znaczenia kanału internetowego z r/r (w 2019 wartość składek należnych z umów zawartych za pomocą internetu wyniosła 208 tysięcy złotych a w 2020 374 tysiące, co równe jest 1.8-krotnemu wzrostowi), kanał ten nadal stanowi znikomą część źródła pozyskania ogółu składki przypisanej brutto. Jeżeli chodzi o zmiany, które zaszły w 2020, to przede wszystkim rzuca się w oczy spadek istotności sprzedaży przez pracowników w ramach kanału bezpośredniego, co może być wyjaśnione obostrzeniami związanymi z pandemią. Dodatkowo spadła waga banków w pozyskiwaniu składki (wyjaśnione wyżej). Wzrosła natomiast znacząco wartość składki pozyskiwanej przez brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych.

Tendencje, które można zaobserwować w tabeli mogą po części być wyjaśnione, wspierając się raportem sporządzonym przez KPMG, „Jeden klik od ubezpieczenia – czy Polacy są gotowi na kanały cyfrowe? Oczekiwania i zachowania konsumentów cyfrowych a skuteczne strategie ubezpieczycieli” w 2015 roku. Kanały cyfrowe, w szczególności w związku z ubezpieczeniami na życie, które są dość skomplikowanymi produktami, są używane na etapie pozyskiwania informacji przez potencjalnych klientów, a nie jako kanał zakupu polisy. Warto jednak zauważyć, że rozwinięte kanały zdalne powinny tym samym wspierać kanały tradycyjne<sup>32</sup>.

Takiej skali pandemia zwiększyła u Polaków świadomość możliwych zagrożeń zdrowotnych. Bardziej doceniane jest własne zdrowie i życie, mocniej odczuwamy ryzyko związane z tymi wartościami, co powinno się odbić na wielkości składki przypisanej brutto w kolejnych latach. Za przykład wspierający to prognozowanie może posłużyć sytuacja, która nastąpiła w wyniku pandemii grypy hiszpanki – w 1919 największe towarzystwa ubezpieczeniowe odnotowały rekordową sprzedaż produktów ubezpieczeniowych (na życie), napędzoną po części popytem osób, którzy zaczęli wiedzieć dużą wartość posiadania ubezpieczenia na życie<sup>33</sup>.

Wysoka śmiertelność będzie dość sporym „wyzwaniem” dla zakładów ubezpieczeń, szczególnie biorąc pod uwagę świadczenia wynikające z umów ubezpieczeń zawierających się w grupie 1. Warto jednak zobaczyć też w tym pozytywy, gdyż wysoka śmiertelność ma bezpośrednią korelację z popytem na ubezpieczenia, jako że ryzyko, które dotychczas nie było brane poważnie pod uwagę, szczególnie u osób młodszych, zmaterializowało się.

## 5.6. Podsumowanie

Analiza wyników polskiego rynku ubezpieczeń na życie pozwala na wyciągnięcie wniosku, że wpływ Pandemii na rynek ubezpieczeń działu I istniał w tych latach, choć był on stosunkowo łagodniejszy niżeli można by się spodziewać.

Analiza dynamiki składki przypisanej brutto w danych latach pozwoliła na pozytywne zwerifikowanie pierwszej tezy, mówiącej, że składki w okresie pandemicznym (2020-2021) wzrosły. Wyjątkiem były jedynie ubezpieczenia z grupy 3., które to jednak od dłuższego czasu

---

<sup>32</sup>Jeden klik od ubezpieczenia – czy Polacy są gotowi na kanały cyfrowe? Oczekiwania i zachowania konsumentów cyfrowych a skuteczne strategie ubezpieczycieli, KPMG, 2015, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/03/pl-Raport-Jeden-klik-od-ubezpieczenia-czy-Polacy-sa-gotowi-na-kanaly-cyfrowe.pdf>, dostęp: 05.11.2022 r.

<sup>33</sup>S. Weisbart, *Pandemic: Can the life insurance industry survive the avian flu?*, Insurance Information Institute, 2006, [https://www.iii.org/sites/default/files/Bird\\_Flu.pdf](https://www.iii.org/sites/default/files/Bird_Flu.pdf), dostęp: 05.11.2022 r.

charakteryzują się tendencją spadkową w odniesieniu do generowanej składki przypisanej brutto. Druga teza zakładająca wzrost wypłacanych świadczeń również znalazła poparcie w analizowanych danych. Szczególnie znacząco wzrosły wypłacane świadczenia związane z ubezpieczeniami grupy 1.

Choć wyniki jeszcze tego nie odzwierciedliły, zdaniem autora Pandemia Covid-19 stanowi dużą szansę dla tracącego na ważności rynku ubezpieczeń z działu I, charakteryzującego się ostatnimi laty długoterminowym spadkiem składki przypisanej brutto. Należy mieć na uwadze, że świadomość ryzyka jest fundamentalna dla rozwoju ubezpieczeń<sup>34</sup>. Wzrost zainteresowania ubezpieczeniami z działu I, szczególnie tymi, które zapewniają ochronę, powinien pozytywnie oddziaływać na składce przypisanej brutto w następnych latach. Dopóki jednak pandemia będzie negatywnie oddziaływać na życie i zdrowie osób objętych ochroną ubezpieczeniową, rozwój ten będzie ograniczany poprzez większą ilość wypłacanych świadczeń. Co więcej, samo nasilenie popytu, w związku z koniecznością podniesienia cen polis spowodowaną podwyższeniem się składki czystej odzwierciedlającej poziom ryzyka, będzie do pewnego stopnia pomniejszane. Spadek wyniku technicznego związany z koniecznością wdrożenia technologii związanych z obsługą kanałów zdalnych, a także ze wzrostem wypłacanych świadczeń stanowi dość duży problem. Wraz ze stabilizacją sytuacji pandemicznej, wypłacane świadczenia powinny być jednak mniejsze. Znaczny wzrost wypłacanych świadczeń powinien być krótkoterminowy, natomiast składka przypisana brutto powinna, jako konsekwencja zwiększonej świadomości społeczeństwa odnośnie ryzyka, rosnąć przez dłuższy okres.

## Literatura

### Piśmiennictwo

Bednarczyk T., *Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H. Beck, Warszawa 2016.

Bednarczyk T., Nielawska K., Jackowska B., Wycinka E., *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2019.

Guzel Z., Fal D., Lipka A., *Medycyna ubezpieczeniowa – underwriting, orzecznictwo, ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa 2013.

Hadyniak B., *Produkty ubezpieczeń na życie* [w:] *Podstawy ubezpieczeń, T.II: Produkty*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001.

Hamydova M., *Wpływ ubezpieczeń na wzrost gospodarczy – analiza krajów OECD*, „Ekonomia” 2014.

---

<sup>34</sup>T.H. Bednarczyk, K. Nielawska, B. Jackowska, E. Wycinka, *Ekonomiczne i demograficzne uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2019, s. 7.

- Handschke J., *Funkcje i zasady ubezpieczeń gospodarczych [w:] Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Polltext, Warszawa 2002.
- Jedynak T., *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń [w:] Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Łazorko K., *Specyfika działalności marketingowej na rynku ubezpieczeniowym [w:] Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. Roman Grabiec, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2022.
- Maśniak D., Gnas A., *Kluczowe problemy klientów w dobie pandemii COVID-19 – diagnoza rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo reasekuracyjne” 1/2020.
- Pliszka, *E-ubezpieczenie w polskim społeczeństwie informacyjnym*, „Studia Informatica Pomerania” 2017, nr 4.
- Przybytniowski, J., Grrzebieniak, A. Pacholarz, W., *Wybrane aspekty ubezpieczeń gospodarczych w Polsce i na świecie w dobie pandemii Covid-19*, Instytut Badań Gospodarczych, Olsztyn 2021.
- Skipper H., *Foreign Insurers in Emerging Markets: Issues and Concerns*, „International Insurance Foundation Occasional Paper”, 1997, nr 9.
- Skipper H., Kwon J., *Risk Management and Insurance: Perspectives in a Global Economy*, Blackwell Publishing, Malden 2007
- Sompolska-Rzechuła A., Kurdyś-Kujawska A., *Determinants of Demand for Life Insurance: the example of farmers from North-West Poland*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2019, nr 7.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie*, Polltext, Warszawa 2003.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie. W sprawie zastrzeżenia terminologicznego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009.

#### Akty prawne

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152, z późn. zm.),
- Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1844, z późn. zm.).

#### Źródła internetowe

- Jeden klik od ubezpieczenia – czy Polacy są gotowi na kanały cyfrowe. Oczekiwania i zachowania konsumentów cyfrowych a skuteczne strategie ubezpieczycieli*, KPMG, 2015
- <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/03/pl-Raport-Jeden-klik-od-ubezpieczenia-czy-Polacy-sa-gotowi-na-kanały-cyfrowe.pdf>, dostęp: 05.11.2022 r.
- Polski Internet w czerwcu 2020*, <https://pbi.org.pl/badanie-gemius-pbi/polski-internet-w-czerwcu-2020>, dostęp: 05.11.2022 r.
- Weisbart S., *Pandemic: Can the life insurance industry survive the avian flu?*, Insurance Information Institute, 2006, [https://www.iii.org/sites/default/files/Bird\\_Flu.pdf](https://www.iii.org/sites/default/files/Bird_Flu.pdf), dostęp: 05.11.2022 r.

## **Rozdział 6**

# **Determinanty popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce**

Michał Maciorowski<sup>1</sup>

### **6.1. Wprowadzenie**

Ostatnich kilka dekad pokazało jak kluczową rolę odgrywa ochrona zdrowia, która bez wątpliwości jest niezbędnym elementem gospodarki każdego kraju i niepodważalnym prawem wszystkich obywateli w nim żyjących. Ze względu na uwarunkowania historyczne i demograficzne Polska zmagająca się z wieloma wyzwaniami, które w znacznym stopniu przyczyniły się do ukształtowania obecnie funkcjonującego publicznego sektora opieki zdrowotnej. Na przestrzeni lat poddawany był on przemianom celem doprowadzenia do takiego stanu, który mógłby zapewnić swobodne zaspokajanie podstawowych potrzeb przez każdą jednostkę. Analizując jednak kondycję wspomnianego systemu można dojść do wniosku, iż wciąż spotyka się w nim dosyć widoczny deficyt, który przejawia się w głównej mierze ograniczoną dostępnością do świadczeń zdrowotnych. Przyczynia się to do pogorszenia jakości życia Polaków i spowalnia tempo rozwoju gospodarki, bowiem system ochrony zdrowia powiązany jest z wieloma innymi sektorami, na które pośrednio wpływa. Konieczne jest zatem jak najszybsze znalezienie remedium, które pozwoli pokryć pogłębiający się niedobór usług medycznych, aby podążać rosnącym oczekiwaniom ludności. Odpowiedzi można szukać w ofertach zakładów ubezpieczeń, które coraz częściej proponują zakup prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, funkcjonujących jako pewnego rodzaju uzupełnienie publicznego systemu i w zamierzeniu działają jako forma sfinansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych pozyskanych z dobrowolnych składek. Rosnące zainteresowanie takimi produktami jest zatem powiązane z potencjalnym

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2022 r.

rozwojem systemu ochrony zdrowia jako całości i może doprowadzić do jego znaczącej poprawy w niedalekiej przyszłości.

W celu przybliżenia problemu badawczego niniejszego rozdziału postawić należy następujące pytania: *Czym są prywatne ubezpieczenia zdrowotne i jaką odgrywają rolę? Jak współistnieją ze sobą dobrowolne i prywatne ubezpieczenia zdrowotne? Jak wygląda oferta ubezpieczycieli w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wg stanu na dzień 31.02.2023? Jakie są determinanty rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych? Jak prezentuje się popyt biorąc pod uwagę zainteresowanie analizowanym produktem ubezpieczeniowym?*

Aby odpowiedzieć na przedstawione pytania sformułowane zostały następujące hipotezy badawcze:

1. Popyt na prywatne ubezpieczenie zdrowotne zależy od posiadanych oszczędności,
2. Istnieje zależność pomiędzy popytem na prywatne ubezpieczenie zdrowotne a poziomem zadłużenia,
3. Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powiązana jest z częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia.

W kontekście powyższych hipotez badawczych przyjęte zostały następujące cele, które zakładają przede wszystkim:

- analizę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz określenie ich roli w finansowaniu całego systemu ochrony zdrowia,
- przedstawienie oferty zakładów ubezpieczeń w zakresie badanych produktów,
- wskazanie determinant rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- ustalenie czynników wpływających na skłonność do nabycia omawianych produktów przez potencjalnych klientów.

Aby osiągnąć cel badawczy dokonano przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz przeprowadzono analizę aktów prawnych, przede wszystkim ustawy *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*, ustawy *o działalności leczniczej* oraz Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Dodatkowo omówione zostały raporty i opracowania Głównego Urzędu Statystycznego, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, a także Polskiej Izby Ubezpieczeń. Aby zbadać popyt na ubezpieczenia zdrowotne przeprowadzone zostało badanie ankietowe na nielosowej próbie liczącej 213 osób w terminie od 10.04.2022 r. do 22.04.2022 r.

Wykorzystana została w tym celu metoda wyceny warunkowej (w wariancie *willingness to pay*), pozwalająca określić skłonność do zakupu deklarowaną przez respondentów.

## 6.2. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia

Polski system ochrony zdrowia w zdecydowanej większości finansowany jest ze środków publicznych<sup>2</sup>, jednak coraz większą rolę na rynku ubezpieczeń odgrywają także dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które są zapewniane głównie przez jednostki prywatne mające uzupełnić sektor publiczny. Jest tak, ponieważ władze publiczne nie zawsze mogą zagwarantować wszystkim obywatelom bezpłatne świadczenia zdrowotne, dlatego angażowane są do tego środki prywatne jako pewnego rodzaju dopełnienie, które potrzebne jest by sprostać wyzwaniom, jakie stawia ochrona zdrowia. Prywatny sektor ubezpieczeń zdrowotnych opiera się na dobrowolnym ubezpieczeniu nabywanym przez osoby, które są zainteresowane dodatkową opieką zdrowotną i są skłonne do płacenia składek indywidualnych, bądź grupowych na rzecz podmiotu nastawionego na zysk<sup>3</sup>. Oferty takich zakładów ubezpieczeniowych mają zatem charakter komercyjny, choć także społeczny w przypadku towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które są bardziej nastawione na ochronę ubezpieczeniową swoich członków.

Przyjąć można ogólnie, iż dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne to „ubezpieczenie obejmujące finansowanie lub zapewnienie przez zakład ubezpieczeń świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego, związanych z profilaktyką lub terapią następstw wypadku lub choroby”<sup>4</sup>. Jednak nie jest to definicja, która w całości wyraża sens istnienia pojęcia prywatnych ubezpieczeń. Ubezpieczycielem niekoniecznie musi być jednostka prywatna (np. komercyjny zakład ubezpieczeń), bowiem może mieć on również publiczną formę organizacyjną, tak jak na przykład Narodowy Fundusz Zdrowia, który także oferuje zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy nie jest się objętym obowiązkowym ubezpieczeniem. Należy zatem stwierdzić, iż pojęcie to nie ma dokładnie określonych granic i cały czas pozostaje w fazie rozwoju.

Ubezpieczenia zdrowotne w formie dobrowolnej są nie tylko dodatkiem, ale także sposobem na poprawę jakości zdrowia. To właśnie szeroko rozumiane zdrowie osoby

<sup>2</sup> Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

<sup>3</sup> I. Jurkiewicz-Świątek, *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2012, nr 10, s. 156-157.

<sup>4</sup> *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst&Young, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 10.03.2022 r.



ubezpieczonej, które może ulegać utracie wskutek zdarzeń losowych, jest podstawową wartością związaną z danym świadczeniem w ramach prywatnego ubezpieczenia. Samo pojęcie jest bardzo rozbudowane właśnie z powodu tego, iż utrata zdrowia niesie za sobą szereg konsekwencji, które z kolei pociągają różnego rodzaju następstwa w postaci cięższych chorób, uszczerbku na zdrowiu, konieczności operacji czy pokrycia wysokich kosztów leczenia<sup>5</sup>.

Zapewnienie ochrony zdrowia w dalszym ciągu staje na czele wielu nowym wyzwaniom i musi radzić sobie z problemami poprzez wykorzystywanie publicznych środków zgromadzonych od podatników, przez co coraz trudniej jest z dostępem do niektórych świadczeń zdrowotnych. Konsekwencją rosnących potrzeb oraz limitowanych środków publicznych jest to, że państwo nie do końca jest w stanie sprostać oczekiwaniom obywateli w zakresie służby zdrowia<sup>6</sup>. Tak działający system sprzyja rozwojowi sektora prywatnego oferującego możliwość nabycia dodatkowego ubezpieczenia, mającego na celu zaspokojenie zdrowotnych potrzeb społeczeństwa, ponieważ pomaga ono pokryć pojawiający się deficyt w sektorze usług zdrowotnych. Rosnąca popularność dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych pokazuje, jak duży jest potencjał rozwoju dla owego sektora.

Zważając na funkcjonujący system ochrony zdrowia można stwierdzić, iż jego stan wymaga udoskonalenia. Polski rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ma bardzo duże perspektywy rozwoju. To właśnie w nich powinno pokładać się nadzieje, patrząc na przyszłość polskiego sektora ochrony zdrowia, gdyż zwiększenie korzystania z dobrowolnych usług z pewnością spowoduje polepszenie sytuacji służby zdrowia. Okazuje się, że zgromadzenie publicznych środków w takim stopniu, by zaspokoić potrzeby wszystkich obywateli w najbliższych latach jest po prostu nierealistyczne, dlatego należy już teraz sięgać do rozwiązań, które pozwolą na dofinansowanie owego braku – jednym z nich jest prywatne ubezpieczenie zdrowotne<sup>7</sup>.

Nie jest zatem zaskakujące, iż popularność dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych z roku na rok jest coraz większa. Najczęściej obywatele decydują się na takie, które mają na celu zapewnić im lepszy dostęp do lekarzy specjalistów, a także poszerzenie zakresu badań diagnostycznych. Powinno się także wyróżnić ubezpieczenia zdrowotne o wąskim zakresie i małej

---

<sup>5</sup> M. Osak, *Ubezpieczenia zdrowotne – miejsce w ustawowej systematyce ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 181, s. 192-193.

<sup>6</sup> P. Szetela, *Analiza finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich należących do OECD*, „Optimum: studia ekonomiczne” 2016, nr 4, s. 84.

<sup>7</sup> M. Jeziorska, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako instrument mogący usprawnić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2016, nr 318, s. 44-47.

stawce. Funkcjonują one w ramach dodatkowej umowy do posiadanej już innej polisy<sup>8</sup>. Dane Polskiej Izby Ubezpieczeń zaprezentowane w tabeli 6.1 pokazują jak w latach 2014-2020 zwiększyło się zainteresowanie dobrowolnymi ubezpieczeniami wskazując jednoznacznie na to, iż jest to produkt coraz bardziej przez Polaków pożądanym, ale także im w jeszcze większym stopniu potrzebny. Niewątpliwie powiązane jest to z faktem, iż polskie społeczeństwo staje się społeczeństwem starzejącym się, co powoduje, iż zakłady ubezpieczeniowe, które dostrzegły ten potencjał, poszerzają swoją ofertę o polisy zdrowotne dla seniorów oraz równolegle funkcjonujące obok nich ubezpieczenia na życie<sup>9</sup>. Seniorzy to osoby, które najbardziej odczuwają rosnące wydatki na zdrowie, co powoduje, że to właśnie oni w przyszłości mogą być znaczną częścią prywatnego sektora ochrony zdrowia i jednym z powodów wzrostu zainteresowania dodatkowymi ubezpieczeniami w tym zakresie.

**Tabela 6.1. Liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce w latach 2014-2020 (w tys.)**

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Liczba osób ubezpieczonych prywatnie	1 210,2	1 436,6	1 861,4	2 266,5	2 611,8	3 021,6	3 272,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ubezpieczenia w liczbach, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 20.02.2022 r.

Ze względu na specyfikę, ubezpieczenie zdrowotne jako produkt skupia się na profilaktyce, promocji zdrowia oraz w szczególnych przypadkach również na rehabilitacji, w odróżnieniu od ubezpieczeń medycznych, które mają węższy zakres ochrony, obejmując zaledwie ponoszenie kosztów świadczeń medycznych<sup>10</sup>. Błędem jest stosowanie tych pojęć wymiennie. Rozpatrując natomiast podział ubezpieczeń na ubezpieczenia o charakterze obligatoryjnym jak i ubezpieczenia prywatne należy stwierdzić, że mają one jeden wspólny cel, jakim jest ochrona obywatela, bądź też klienta przed następstwami występującymi z powodu zdarzeń losowych w zakresie zdrowia jednostki. Różni je natomiast to, w jaki sposób działają i jak są zbudowane. Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne mają charakter powszechny, skierowane są do

<sup>8</sup> A. Wicka, *Wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia związane z życiem i zdrowiem*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2021, nr 35, s. 307.

<sup>10</sup> R. Pajewska-Kwaśny, *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, [w:] *Zarządzenia podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. S. Winch, M. Jarosiński, Oficyna Wydawnictwa Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014, s. 104.

wszystkich objętych nimi obywateli oraz dla każdego oferują taki sam dostęp świadczeń według zasady równości. Ubezpieczenia dodatkowe zapewniane przez prywatne jednostki cechują się indywidualnością ofert skierowanych do swoich klientów. Powodem tego jest chęć zgromadzenia jak największej liczby osób ubezpieczonych w celu osiągnięcia zysku. Nie są one obowiązkowe, a zatem ich nabycie zależy od atrakcyjności danego produktu i stopnia zainteresowania. Różny jest także ich sposób finansowania, gdyż środki, z których finansowane są świadczenia pochodzą ze składek pobieranych od ubezpieczonych. Są to jednak w całości środki prywatne w przeciwieństwie do ubezpieczeń powszechnych, gdzie możliwa jest także dotacja z budżetu państwa. To właśnie te ubezpieczenia zdrowotne o charakterze obligatoryjnym są dużo bardziej regulowane przez prawo, szczegółowo określony jest ich zakres oraz sposób finansowania, natomiast ubezpieczenia prywatne działają po prostu na zasadach rynkowych z uwzględnieniem zasad konkurencji<sup>11</sup>.

Funkcjonowanie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte jest na zasadzie równości oraz zasadzie solidarności, które nie będą się zgadzać z ideą prywatnych ubezpieczeń. W przypadku występujących na rynku ofert indywidualnych nie występuje tam solidarność społeczna, gdyż zakłady ubezpieczeń swoje składki opierają na indywidualnym ryzyku osoby ubezpieczonej, logicznym jest więc to, że najchętniej takie jednostki będą zainteresowane klientami o niskim stopniu ryzyka, w konsekwencji osoby najbardziej podatne na utratę zdrowia – osoby starsze, osoby niepełnosprawne, osoby z chorobami przewlekłymi – będą dyskryminowane. Zasada równości jest również kontrowersyjna, gdyż to właśnie sektor publiczny nie jest w stanie niekiedy zapewnić nieograniczonego dostępu do świadczeń medycznych i z pomocą przychodzi tutaj rynek prywatny, który opiera się tak naprawdę na deficytach występujących w polskim publicznym systemie ochrony zdrowia<sup>12</sup>. Osoby bardziej zamożne mogą pozwolić sobie na wykup różnego rodzaju usług poszerzających zakres świadczeń lub poprawiających ich jakość poprzez zmniejszenie czasu oczekiwania czy zapewnienie bardziej kompetentnej kadry specjalistów, co powoduje, że zasada równości jest przez prywatne ubezpieczenia w dużym stopniu podważana.

---

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 105.

<sup>12</sup> A. Głos, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a zasada równości i solidarności*, „Diametros” 2017, nr 51, s. 28-40.

Występujące w polskim modelu ubezpieczenia obowiązkowe są ściśle powiązane z kondycją sektora publicznego, gdyż poszerzają zakres usług oferowanych dla świadczeniobiorców. Każda osoba zainteresowana zakupem prywatnego ubezpieczenia jest z góry objęta także powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Uczestnicy sektora prywatnego są zatem obligatoryjnymi członkami systemu publicznego i płacąc składki przyczyniają się do jego współfinansowania<sup>13</sup>. Prywatne ubezpieczenie to pewnego rodzaju dodatek, który ma formę zabezpieczenia zapewniającego wsparcie w formie finansowej poprzez pokrycie kosztów leczenia ze względu na użytkowanie danych świadczeń zdrowotnych lub zapewnienie opieki lekarzy specjalistów, czy poprzez pomoc w razie utraty zdrowia.

Do głównych czynników, które spowodowały i które przyczyniać się w dalszym ciągu będą do rozwoju prywatnego rynku ubezpieczeń można zaliczyć m.in.: długość oczekiwania na dane świadczenie zdrowotne, jakość leczenia, czy też usługi szpitalne<sup>14</sup>. Porównując polski system ochrony zdrowia z innymi krajami należy wyciągnąć wniosek, iż istnienie konkurencji bezpośrednio wpływa na jakość świadczeń – czym konkurencja jest większa, tym uczestnicy rynku w celu osiągnięcia korzyści muszą się bardziej postarać, by pozyskać jak najwięcej klientów, co skutkuje lepszą jakością usług przez nich oferowanych<sup>15</sup>. Na korzyść prywatnych ubezpieczycieli działa również to, że czas oczekiwania na wizyty u specjalistów w ramach publicznego systemu jest bardzo długi<sup>16</sup>, co wskazuje na bardzo powolne działanie publicznego systemu i powoduje, że coraz więcej osób przeznaczają swoje środki na opiekę prywatną.

Na polskim rynku usług leczniczych swoją działalność prowadzić może wiele jednostek – przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, kościoły, związki wyznaniowe, czy też jednostki wojskowe<sup>17</sup>. Podmioty te jednak różnią się celami, które chcą osiągnąć poprzez usługi lecznicze, które ulegają coraz większej komercjalizacji. Działanie przedsiębiorców nastawionych na zysk osiągnąć ze świadczonych usług o charakterze dotyczącym zdrowia człowieka staje się być

<sup>13</sup> M. Płonka, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia” 2017, nr 6, s. 325.

<sup>14</sup> T. Scheider, *Thriving in a changing world – opportunities and challenges for private health insurance companies*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2018, nr 1, s. 97.

<sup>15</sup> M. Paszkowska, *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania” 2017, nr 3, s. 40.

<sup>16</sup> *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2019 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 21.02.2022 r.

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).

bardzo zbliżone do zwykłego prowadzenia biznesu w każdym innym obszarze gospodarki<sup>18</sup>. Rozpatrując jednak prywatne ubezpieczenia zdrowotne należy się skupić na tzw. produkcie ubezpieczeniowym, który można rozumieć jako „pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń, za określoną opłatą, od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, aż do jej rozwiązania”<sup>19</sup>. Wspomniany pakiet ma za zadanie zapewnić osobie ubezpieczonej pewnego rodzaju poczucie bezpieczeństwa oraz pomoc w razie wystąpienia szeroko rozumianej szkody. Ważnym jego aspektem jest to, iż klient wykupując taki produkt nie ma pewności, czy w ogóle do jakiegokolwiek szkody dojdzie, przez co dużą rolę odgrywa tutaj zaufanie pomiędzy ubezpieczonym a danym zakładem ubezpieczeń, gdyż już po zawarciu umowy ubezpieczenia występuje bezpośrednia relacja między tymi podmiotami. Mówiąc o prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym rozumie się przez to pojęcie dobrowolny produkt ubezpieczeniowy, co powoduje, iż zakłady ubezpieczeń będą się starać na różne sposoby przyciągnąć do siebie coraz więcej klientów poprzez zachęcenie ich swoją ofertą. Z tego powodu można zaobserwować rosnącą liczbę produktów ubezpieczeniowych i wiele strategii przy tworzeniu ich nowych wariantów, które są nieustannie włączane do bardzo rozbudowanej bazy produktowej<sup>20</sup>.

Zakłady ubezpieczeń działające w oparciu o ustawę *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*<sup>21</sup> w swoich ofertach posiadają polisy zdrowotne skierowane do osób zainteresowanych sektorem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Usługa ta ma na celu zapewnienie danemu klientowi dostępu do szeregu świadczeń, który różni się będzie w zależności od rodzaju polisy i wysokości odprowadzanej składki. Przeglądając oferty zakładów ubezpieczeń do podstawowych świadczeń można zaliczyć m. in. wizyty lekarskie, w tym wizyty domowe, tradycyjne oraz telekonsultacje, badania profilaktyczne i diagnostyczne, wypisywanie recept, zabiegi i badania ambulatoryjne, rehabilitacje, czy też szczepienia. Oferty zakładów ubezpieczeń oraz innych jednostek na prywatnym rynku usług medycznych są na tyle obszerne i zróżnicowane, że niemożliwe jest wskazanie najbardziej korzystnego dla przeciętnego klienta produktu. Ofertę produktów ubezpieczeń zdrowotnych znaleźć można między innymi w takich

---

<sup>18</sup> H. Buk, *Modele i metody finansowania działalności leczniczej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2015, nr 2, s. 28-30.

<sup>19</sup> J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II, s. 21.

<sup>20</sup> P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *Produkty ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Warszawa 2020, s. 15-35.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* (Dz.U. 2021 poz. 1130 z późn. zm.).

podmiotach jak PZU Życie SA, InterRisk, Inter Polska, Aviva, Axa, Compensa, Allianz, Ergo Hestia, Signal Iduna, SALTUS Ubezpieczenia, TU Zdrowie, Generali, Uniqa oraz Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA. Usługi tych firm są do siebie w pewnym stopniu zbliżone, jednak posiadają także pewne różnice. Każda osoba zainteresowana zakupem ubezpieczenia zdrowotnego posiada zindywidualizowane potrzeby, dlatego poprzez pryzmat posiadanych w danym momencie oczekiwań będzie dokonywać wyboru oferty uznanej przez nią jako najlepszą i najbardziej korzystną.

Towarzystwa ubezpieczeń posiadają w zakresie pakietów medycznych bardzo rozbudowane usługi i dużą możliwość modyfikacji i wyboru oraz poszerzenia wariantów o dodatkowe świadczenia również dla członków rodziny. Opcją jest też większa składka w zamian za skrócenie czasu oczekiwania na wizytę pomiędzy spotkaniem z lekarzem a momentem zgłoszenia potrzeby konsultacji albo możliwość dokupienia szczepienia i dodatkowych badań laboratoryjnych. Jak zaprezentowane zostało w tabeli 6.2, czym większy dostęp do specjalistów i większy zakres usług oraz liczba badań tym koszty produktu są wyższe. Przedstawione dane mają jednak ogólny charakter, gdyż każda oferta ubezpieczenia jest indywidualnie modyfikowana w zależności od sytuacji klienta, jego planów na życie oraz usług, z których chciałby skorzystać. Wysokość składki zależy także od wieku ubezpieczonego i większość podmiotów w ogólnych warunkach ubezpieczenia wskazuje przedział wiekowy wymagany w przypadku zakupu danego produktu. Możliwe jest także ubezpieczenie dzieci, w tym przypadku składka będzie stosunkowo niska. W zdecydowanej większości każda oferta zakładów oparta jest na umowie, którą zawiera się na okres 12 miesięcy.

**Tabela 6.2. Wybrane produkty dostępne na polskim rynku usług medycznych wg stanu na dzień 28.02.2023 r.**

Nazwa podmiotu	Nazwa produktu	Wiek przystąpienia	Liczba lekarzy	Liczba badań	Składka miesięczna
Uniqa	<i>OCHRONA Z PLUSEM</i> wariant podstawowy	do 69 lat	9	32	od 68 zł
	<i>OCHRONA Z PLUSEM</i> wariant rozszerzony	do 69 lat	24	164	od 130 zł
Signal Iduna	<i>POLMED</i> wariant podstawowy	do 60 lat	15	110	od 62 zł
	<i>Pełnia Zdrowia Direct+</i>	do 60 lat	6	85	od 55 zł

	START+ wariant podstawowy	do 60 lat	15	110	od 99 zł
TU Zdrowie	POLISA ZDROWIE wariant podstawowy	do 70 lat	16	190	od 32 zł
	POLISA ZDROWIE wariant rozszerzony	do 70 lat	40	466	od 168 zł
InterRisk	ANTIDOTUM PLUS wariant podstawowy	do 65 lat	18	89	od 65 zł
	ANTIDOTUM PLUS wariant prestiż	do 65 lat	65	135	od 160 zł
Aviva	BĄDŹ ZDRÓW wariant podstawowy	do 61 lat	7	115	od 52 zł
	BĄDŹ ZDRÓW wariant rozszerzony	do 61 lat	20	289	od 94 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Ubezpieczenie zdrowotne – 7 najlepszych ofert*, Ubezpieczenia Rankomat, [www.rankomat.pl/ubezpieczenie-zdrowotne](http://www.rankomat.pl/ubezpieczenie-zdrowotne), dostęp: 17.03.2023 r. oraz *Pakiet medyczny „Bądź zdrow” – Wykaz usług medycznych*, Aviva, [www.aviva.pl](http://www.aviva.pl), dostęp: 17.03.2023 r.

Wybierając dany pakiet medyczny czy ubezpieczenie zdrowotne powinno kierować się także liczbą placówek medycznych, jakie oferuje dana firma. Niektóre z nich umożliwiają także zwrot kosztów leczenia po zaprezentowaniu paragonu za usługi związane z wizytą u danego specjalisty w jakiejś innej placówce, z którą konkretny ubezpieczyciel współpracuje, czy też w zupełnie innej przychodni, która nie ma żadnej umowy z ubezpieczycielem. Istotnym jest fakt, że mimo posiadania konkretnego zakresu lekarzy specjalistów w podpisanej umowie ubezpieczenia okazać się może, iż dany specjalista nie będzie dostępny w wybranej placówce medycznej tego zakładu, dlatego należy o tym pamiętać przed zakupem ubezpieczenia<sup>22</sup>.

W przypadku InterRisk pakiet „Antidotum Plus”, omówiony w tabeli 6.2, jest możliwy do wykupienia online, ponieważ nie uwzględnia on oceny ryzyka. Inne produkty tej firmy posiadające charakter ubezpieczenia muszą być nabyte osobiście, ponieważ uwzględniają już one szeroko rozumiane ryzyko. Takim pakietem może być przykładowo ubezpieczenie zdrowotne dla przyszłej mamy, które w swoim zakresie oferuje usługi ginekologiczne i wszelkie badania i inne czynności związane z procesem, jakim jest ciąża, czy także obejmować może nawet poród i pobyt w szpitalu z nim związany. Produktu takiego nie można zakupić przez internet.

<sup>22</sup> *Raport: Najlepsze dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Porównanie pakietów*, mFind, [www.punkta.pl](http://www.punkta.pl), dostęp: 18.03.2022 r.

Z kolei jedną z bardziej atrakcyjnych ofert zakładów ubezpieczeń nieskierowanych do klientów indywidualnych jest dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne zapewniane przez PZU Życie SA w formie grupowego ubezpieczenia dla pracowników i ich rodzin. Warunkiem koniecznym jest nieukończenie jeszcze 67 roku życia oraz posiadanie przez pracodawcę tzw. ubezpieczenia podstawowego, które funkcjonuje w ramach polisy ochrony życia i zdrowia pracowników. Produkt „Opieka Medyczna INTRO” zapewnia znaczące zniżki u lekarzy specjalistów oraz w przypadku chęci wykonywania wybranych badań i zabiegów<sup>23</sup>. Możliwe jest także ubezpieczenie małżonka i uczących się dzieci, dla których także dostępni będą lekarze bez konieczności posiadania skierowań, a sam czas oczekiwania na wizytę wynosić ma zaledwie 2 dni robocze w przypadku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz 5 dni roboczych, jeżeli zajdzie potrzeba wizyty u lekarza specjalisty.

Z uwagi na specyficzny konstrukt ubezpieczeń zdrowotnych i z powodu ich klasyfikacji ustawowej zakłady ubezpieczeń często łączą polisy na życie z polisami dotyczącymi aspektu ochrony zdrowia, poszerzając je o dodatkowe świadczenia medyczne – chodzi tutaj o te ubezpieczenia przedmiotowe, które można zaliczyć do działu I (ubezpieczenia na życie). Pojawiają się jednak też takie zakłady, które swoją działalność opierają na dziale II (pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe) i wtedy prywatne ubezpieczenie zdrowotne występuje jako osobny produkt niemający nic wspólnego ze wspomnianym ubezpieczeniem na życie<sup>24</sup>.

### 6.3. Determinanty rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Dla rozważań na temat popytu na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i jego analizy niezwykle istotne jest określenie najważniejszych czynników determinujących stopień zainteresowania potencjalnych klientów owymi produktami ubezpieczeniowymi. Na potrzeby badania jako determinanty rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zostały przyjęte uwarunkowania demograficzne, sytuacja dochodowa polskiego społeczeństwa oraz kondycja publicznego sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Do analizy czynników demograficznych wykorzystane głównie zostały regularnie publikowane raporty Głównego Urzędu Statystycznego. Dla określenia struktury ludności od czasów powojennych w porównaniu z okresem po transformacji wykorzystany został raport *Ludność:*

<sup>23</sup> *Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna*, Powszechny Zakład Ubezpieczeń, [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl), dostęp: 18.03.2022 r.

<sup>24</sup> M. Osak, *op. cit.*, s. 193-194.



*sytuacja demograficzna, języki, wyznania* przygotowany przez Komisję Europejską. Kolejnym czynnikiem poddanym analizie był przyrost naturalny, a dokładniej struktura urodzeń i zgonów omówiona w oparciu o raport GUS (*Sytuacja demograficzna Polski do 2020 roku w okresie 2011-2020*).

Przy badaniu sytuacji dochodowej polskiego społeczeństwa poza raportami GUS, które użyte zostały w celu analizy struktury wynagrodzenia w 2020 roku w połączeniu z poszczególnymi poziomami wykształcenia (*Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020*), do uzyskania ogólnych wniosków o dochodzie wykorzystano również publikację Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Struktura wykształcenia ludności została ustalona podstawie informacji podanych przez Bank Danych Lokalnych dla lat 2016-2020. Struktura wysokości wydatków i dochodów rozporządzalnych w latach 2004-2020 bazowała na raporcie GUS *Sytuacja gospodarstw domowych w 2020 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*.

Aby dokonać prawidłowej oceny kondycji publicznego sektora ochrony zdrowia przeprowadzono analizę wydatków na ochronę zdrowia i ich udziału w PKB (Produkcie Krajowym Brutto) i został do niej wykorzystany raport GUS *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020*, z czego dane na rok 2020 były jedynie wstępnymi szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia ze względu na to, iż informacje te nie są jeszcze oficjalnie dostępne. Średnie czasy oczekiwania na świadczenia zdrowotne bądź porady u specjalistów zostały zbadane w okresie 2017-2019 bazując o *Raporty na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce* Fundacji Watch Health Care. Pod kątem liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców dla okresu 2014-2021 dane podane zostały w oparciu o konsekwentne dla poszczególnych lat publikacje *Health at Glance: Europe* przygotowywane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.

W celu zbadania popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne zostało przeprowadzone badanie ankietowe, w którym udział wzięło 213 osób. Próba badawcza została dobrana w sposób nielosowy poprzez rozesłanie ankiety na poszczególnych grupach internetowych. Niezbędnym narzędziem, które umożliwiło analizę tego problemu był formularz *Google Forms*, który został zastosowany w celu określenia faktycznych czynników wpływających na zakup wspomnianych produktów ubezpieczeniowych przez poszczególnych respondentów. Badanie było skierowane do osób zamieszkujących tereny Polski, stąd też zostało ono przeprowadzone w pełni w języku polskim. Zarówno osoby posiadające prywatne ubezpieczenie zdrowotne czy

abonament medyczny, jak i osoby nie posiadające żadnego z tych produktów mogły wziąć w nim udział. Kwestionariusz badawczy składał się z dwóch części, a mianowicie z wywiadu orientacyjnego, w którym zapytano także o częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia, oraz z części badawczej. Nakreślenie wielkości potrzeb zdrowotnych Polaków poprzez zadanie pytania o publiczny sektor zdrowia istotne było pod kątem ewentualnego ustalenia przyczyn braku zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Pierwsza część zawierała dziesięć pytań zamkniętych, które miały na celu ustalenie podstawowych cech osób badanych, które wykorzystane zostały później w celu zbadania popytu. Respondenci byli pytani o płeć, wiek, stan cywilny, wielkość miejscowości zamieszkania, wykształcenie, obecne zatrudnienie, łączny dochód miesięczny własny netto, łączny dochód miesięczny gospodarstwa domowego netto, poziom zadłużenia oraz wysokość posiadanych własnych oszczędności.

Przed zidentyfikowaniem czynników determinujących zainteresowanie analizowanym produktem, popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne poddany został badaniu poprzez wykorzystanie jednej z metod oceny popytu tj. metody wyceny warunkowej (wariant *willingness to pay*), która polega na określeniu, ile za dostęp do danego dobra i usługi respondent byłby skłonny zapłacić<sup>25</sup>. Zostało to dokonane poprzez zadanie prostego pytania zamkniętego: „Czy mając możliwość odbycia wizyty u 15 różnych lekarzy specjalistów i możliwość realizowania różnego rodzaju badań (np. badania moczu, morfologia, cytologia, testy alergiczne), byłbyś/byłabyś skłonny/sklonna płacić miesięcznie...”. Pierwszą kwotą było 75 złotych i w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na to pytanie kwota powiększała się za każdym razem o 25 złotych – w przypadku odpowiedzi przeczącej konsekwentnie spadała kolejno o 25 złotych. W ten sposób określona została gotowość danego respondenta do zapłaty za prywatne ubezpieczenie zdrowotne, co pozwoliło na określenie ogólnego zapotrzebowania na ten produkt wśród próby badawczej. W przypadku deklaracji braku zainteresowania osoba pytana była o powody, które przyczyniły się do tego, iż nie byłaby ona skłonna do zakupu tego rodzaju ubezpieczenia. Wśród nich do wyboru były m. in. zbyt niska liczba lekarzy specjalistów, zbyt niska liczba dostępnych badań, brak odpowiednich środków czy oszczędności oraz brak

---

<sup>25</sup> K. Rauba, *Możliwości zastosowania metody wyceny warunkowej w procesie wdrażania zasady zwrotu kosztów usług wodnych*, „Ekonomia i środowisko” 2016, nr 3, s. 201.

potrzeb związany z tym, iż publiczna służba zdrowia jest dla respondenta wystarczająca, by zaspokoić jego potrzeby.

Ze względu na swój charakter prywatne ubezpieczenie zdrowotne można nazwać produktem, czyli „dobrem lub usługą zdolną do zaspokojenia ludzkich potrzeb”<sup>26</sup>. W tym przypadku będzie to usługa, która przybiera rodzaj świadczenia. W latach 2014-2022 nastąpiło znaczne poszerzenie znaczenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych<sup>27</sup> poprzez rozwój konkurencji i ukształtowanie się rynku, na którym można spotkać takiego rodzaju produkty. Z tego względu dynamiczne i ciągłe zmiany powodują, iż jednostki posiadające w ofercie prywatne ubezpieczenia zdrowotne, czy bardzo do nich podobne abonamenty medyczne, ciągle muszą stawiać czoła nowym wyzwaniom i konieczności przeprowadzania licznych analiz i prognoz odnoszących się bezpośrednio do zainteresowania i utrzymania atrakcyjności tych produktów, aby zachęcić do nich coraz większe grono klientów. Potrzebne jest to bowiem, aby odpowiednio ustalić ceny i dostosować się do rosnących potrzeb konsumentów, których obserwacja zachowań jest niezbędna do prawidłowego oszacowania wartości składki w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Podobnie jak w przypadku innych dóbr i usług, jeżeli analizuje się konkretny produkt istotne jest, aby powiązać z nim pojęcie rynku, który jest „mechanizmem, za pośrednictwem którego kupujący i sprzedający oddziałują wzajemnie na siebie, aby określić cenę i ilość dobra lub usługi”<sup>28</sup>. Nieodłącznym elementem tak rozumianego rynku są pojęcia popytu i podaży, które bezpośrednio wpływają na kształtowanie się wysokości miesięcznych stawek. Zarówno popyt jak i podaż to konstrukcje niezwykle złożone, na które wpływa wiele czynników. Skupić się jednak należy przede wszystkim na popycie, który oznacza skłonność i możliwość nabycia w danym czasie danej konkretnej usługi przy założeniu, że inne czynniki wpływające na niego pozostają bez zmian. Jego ukształtowanie będzie wypadkową siły oddziaływania pozacenowych czynników na niego wpływających<sup>29</sup>. Specyfika prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych powoduje, iż wyróżnić można szereg konkretnych determinant popytu, czyli uwarunkowań powiązanych z tym w jaki sposób i na jaką skalę zakłady ubezpieczeń będą oferować te produkty.

<sup>26</sup> T. Kramer, *Podstawy marketingu*, PWE, Warszawa 2004, s. 83.

<sup>27</sup> *Ubezpieczenia w liczbach*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 08.06.2023 r.

<sup>28</sup> P. A. Samuelson, W. D. Nordhaus, *Ekonomia*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2004, s. 59.

<sup>29</sup> Z. Dach, *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012, s. 51-52.

Oferty zakładów ubezpieczeń w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych kierowane są do zdecydowanej większości społeczeństwa. Widocznym limitem jednak okazuje się być górna granica wiekowa, która kształtuje się mniej więcej na poziomie do 62-70 roku życia. Po osiągnięciu konkretnego wieku wskazanego w danej ofercie ubezpieczeniowej niezwykle utrudnione jest nabycie takiego ubezpieczenia. Istotne okazać się może również miejsce zamieszkania, gdyż placówki medyczne wymienione w ramach poszczególnych produktów ubezpieczenia zdrowotnego najczęściej występują w większych miastach i fakt ten może stanowić barierę dla osób pochodzących z mniejszych miejscowości pozbawionych możliwości skorzystania z takiego produktu czy zdecydowania się na jego zakup. Nie tylko wiek oraz miejsce zamieszkania, ale także płeć czy poziom wykształcenia mogą mieć znaczenie. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz abonament medyczny są produktami bardzo zindywidualizowanymi i ich zakres może różnić się ze względu na płeć. Spotkać się można także z ofertami skierowanymi przykładowo dla kobiet w ciąży i atrakcyjność takich produktów również może wpłynąć na ogólny popyt. Ten ostatni czynnik demograficzny, jakim jest poziom wykształcenia pośrednio może wiązać się z sytuacją dochodową polskiego społeczeństwa, którą również należy wziąć pod uwagę przy doborze pozacenowych czynników determinujących popyt na omawiane produkty ubezpieczeniowe, ponieważ być może poziom posiadanych oszczędności i wysokie wynagrodzenie netto mogą powodować wzrost zainteresowania i skłonności do zakupu tych świadczeń, a z drugiej strony stopień zadłużenia i niska płaca przyczynić się mogą do niechęci ze strony potencjalnych klientów. Istotna jest także szeroko rozumiana kondycja publicznego sektora opieki zdrowotnej. Prywatne ubezpieczenia mają w założeniu mieć charakter dopełniający i funkcjonować jako dodatek. Dla niektórych jednak ze względu na ich niezadowolenie ze świadczeń gwarantowanych przez państwo, prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą okazać się czymś koniecznym i niezwykle potrzebnym, aby pozbyć się deficytu przejawiającego się pod postacią niedostatecznej liczby lekarzy i długich okresów oczekiwania na badania i wizyty u specjalistów.

Struktura ludności w Polsce już od czasów powojennych zaczęła doświadczać ogromnych przemian pod względem wielu procesów demograficznych. Przez kilka kolejnych dekad po wojnie liczba ludności wzrosła aż o 14 mln<sup>30</sup>. Po roku 1989 r. liczba urodzeń i liczba zgonów

---

<sup>30</sup> *Ludność: sytuacja demograficzna, języki, wyznania*, Eurydice, [www.eacea.ec.europa.eu](http://www.eacea.ec.europa.eu), 15.04.2022 r.

zaczęły się od siebie różnić, a wskaźnik reprodukcji zaczął diametralnie się zmniejszać. W konsekwencji nie można było mówić o zastępowalności pokoleń, czyli stabilnej strukturze ludności niezminiającej swojej liczby ze względu na zbliżone poziomy zgonów i urodzeń<sup>31</sup>. Poza tymi dwoma czynnikami kolejnym istotnym jest poziom migracji, który bezpośrednio wpływa na wysokość przyrostu rzeczywistego w polskiej strukturze demograficznej. Od wielu lat w Polsce występowały przeważające wielkości emigrantów, czyli osób opuszczających kraj nad liczbą imigrantów decydujących się do Polski przemieścić. Saldo stałych migracji zagranicznych w 2020 roku było jednak dodatnie i wyniosło 4,5 tys. osób, co oznacza, że sytuacja w kwestii migracji uległa poprawie w ciągu ostatnich lat, gdyż 20 lat temu była ona aż pięć razy mniejsza i osiągnęła ujemny wynik<sup>32</sup>. Jeżeli chodzi o pobyt czasowy to najwięcej Polaków jako główny powód wyjazdów za granicę deklarowało zainteresowanie podjęciem tam pracy. Jak wynika z raportu, w przypadku struktury emigracji czasowych dominuje grupa w wieku 30-39 lat. Analizując poprzednie okresy da się zauważyć, iż wcześniej były to osoby w wieku 20-29 lat, co oznaczać może, iż większość z nich postanowiła pozostać za granicą aż do czasów obecnych<sup>33</sup>.

Spoglądając na ilość zgonów i urodzeń w Polsce (rysunek 6.1) w ostatniej dekadzie (lata 2011-2020) można wyciągnąć wnioski, iż zależność pomiędzy tymi wielkościami ciągle się zmieniała, momentami osiągając bardzo podobny poziom.

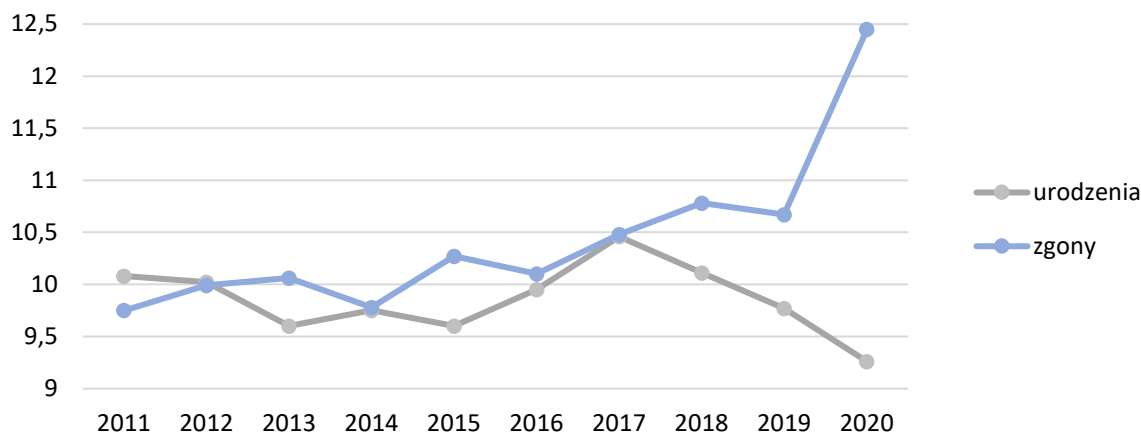
Przyrost naturalny na 1000 ludności oscylował najczęściej wokół zera, jednak od roku 2013 konsekwentnie osiągał on poziom ujemny. Sytuacja uległa zmianie po roku 2017, gdy liczba urodzeń zaczęła ciągle do momentu spadać. Najbardziej zauważalny jest przełom lat 2019/2020, gdy pojawiła się pandemia COVID-19, która mocno wpłynęła na wiele aspektów w Polsce i na świecie, a analizując czynniki demograficzne najbardziej widoczną zmianę można zauważyć analizując współczynnik zgonów. W roku 2020 współczynnik przyrostu naturalnego osiągnął poziom -3,18 na 1000 ludności (spadek aż o 250%). Zmarło ponad 477 tys. osób i najczęściej podawanym powodem śmierci był wirus SARS-CoV-2. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba zgonów wzrosła o prawie 68 tys. osób (17%), z czego 60% to ofiary COVID-19. Był to największy wzrost od czasów wojennych. Poziom umieralności analizując wielkość

<sup>31</sup> P. Szukalski, *Czy w Polsce nastąpi powrót do prostej zastępowalności pokoleń?*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2009, s. 59-67.

<sup>32</sup> *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), 15.04.2022 r.

<sup>33</sup> *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

miejsowości osiąga większe poziomy w miastach<sup>34</sup>. Według najnowszych danych GUS liczba zgonów w 2021 r. przekroczyła ponad pół miliona osób i wyniosła 518 tyś. (w tym 52% to mężczyźni, a 48% to kobiety)<sup>35</sup>. W porównaniu z Europą jedynie w Niemczech oraz Wielkiej Brytanii zmarło więcej osób niż w Polsce.



**Rysunek 6.1. Struktura urodzeń i zgonów w Polsce (na 1000 mieszkańców) w latach 2011-2020**

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 roku. Zgony i umieralność*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

Aktywność ekonomiczna oraz poziom płac są w większości przypadków ściśle powiązane z wykształceniem, jakie dana osoba posiada. Z edukacją wiąże się wiele czynników takich jak płeć, czy też miejsce zamieszkania i inne faktory, które mogą determinować możliwość uzyskania wyższego wykształcenia. Z punktu widzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych istotna jest analiza czynników aktywności ekonomicznej w celu poprawnego zbadania popytu, który zależny może być także od miejsca zamieszkania danej osoby. Oferty zakładów ubezpieczeń w mniejszych miastach czy na wsi mogą być ograniczone ze względu na niższy popyt. Z tego powodu jednostki te posiadają więcej placówek medycznych w miastach, które zamieszkiwane są przez większą ilość potencjalnych klientów. Ubezpieczyciele dostosowują zatem swoje produkty do posiadanego przez ich placówki zasięgu geograficznego, a także do zamieszkujących dany obszar klientów. Statystycznie większe płace czekają na tych, którzy

<sup>34</sup> *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

<sup>35</sup> *Zgony według tygodni w Polsce 2021*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

posiadają wyższy stopień naukowy. Jak wynika z raportu Głównego Urzędu Statystycznego<sup>36</sup> w 2020 r. osoby posiadające tytuł co najmniej doktora osiągały wynagrodzenie brutto na poziomie jednym z najwyższych w całym kraju. Wniosek mówiący o tym, iż czym wyższy poziom wykształcenia, tym większe przeciętne wynagrodzenie brutto można wyciągnąć także analizując badania OECD<sup>37</sup> dotyczące kondycji ekonomicznej i innowacji ze względu na kapitał ludzki w Polsce.

W okresie 2016-2020 zaobserwować można ciągły wzrost odsetka osób (aż o 13% w porównaniu z rokiem 2016) o wykształceniu wyższym, co może sugerować, iż nastąpił postęp, jeżeli chodzi o edukację i związane z systemem kształcenia zmiany wprowadzane na przestrzeni lat, które miały pozytywne odzwierciedlenie na wykształcenie ogółu społeczeństwa w Polsce. Konsekwentnie także spadała liczba osób (o 2,8 punkty procentowe) z wykształceniem gimnazjalnym, podstawowym i niższym, takim jak wykształcenie niepełne podstawowe<sup>38</sup>. W przypadku osób o wyższym wykształceniu dla ludności w wieku 15 lat i powyżej to kobiety były dominującą grupą, bowiem stanowiły one 29,1% ogółu kobiet. Dla mężczyzn odsetek ten analogicznie kształtował się na poziomie 22%. Polska znajduje się na czele państw europejskich w kwestii poziomu wykształcenia społeczeństwa<sup>39</sup>.

Bardzo istotny jest fakt, iż udział wydatków w dochodzie rozporządzalnym w Polsce w 2020 roku uległ zmniejszeniu do 63% (spadek o 5,3 punktów procentowych). Gospodarstwa domowe decydowały się więcej oszczędzać, co przejawiało się w tym, że mniej wydawały. Mając to na uwadze można stwierdzić, iż w okresie 2004-2020 gospodarstwa domowe zauważalnie poprawiły swoją sytuację materialną. Najwyższy dochód rozporządzalny udało się osiągnąć osobom pracującym na własny rachunek, jednak to wśród nich udział wydatków w ogóle dochodu był dominujący i wyniósł 63,1%, podobnie jak w przypadku zwykłych pracowników. Stosunek wydatków do dochodu rozporządzalnego był najniższy w gospodarstwach domowych rolników, u których nastąpił także wzrost realnego przeciętnego dochodu rozporządzalnego ogółem na osobę. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania danego gospodarstwa domowego,

<sup>36</sup> *Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

<sup>37</sup> *OECD Economic Surveys: Poland 2018*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 18.04.2022 r.

<sup>38</sup> *Ludność wg typu aktywności i poziomu wykształcenia*, Bank Danych Lokalnych, [www.bdgl.stat.gov.pl](http://www.bdgl.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

<sup>39</sup> *Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na osobę był wyższy o 28,0% w miastach. W strukturze przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwach domowych dominującą pozycją były dochody z pracy najemnej, które stanowiły aż 53% ogółu<sup>40</sup>.

Polski publiczny system ochrony zdrowia poddawany był wielu zmianom zanim ukształtował się on do takiej postaci, pod jaką funkcjonuje obecnie. Jego kondycja jest obecnie jednak daleka od pożądanej formy pozwalającej zaspokoić rosnące potrzeby społeczeństwa, co stanowić będzie w dalszym ciągu spore wyzwanie. Wprowadzenie stanu epidemii COVID-19 niosło ze sobą ogromne skutki, które bezpośrednio dotknęły także w dużym stopniu służbę zdrowia. Porównując wydatki na ochronę zdrowia poczynszy od roku przed pojawieniem się wirusa do najnowszych danych i wstępnych szacunków na rok 2020, można zaobserwować stopniowy wzrost wydatków oraz konsekwentne powiększanie się ich udziału w PKB (Produkcie Krajowym Brutto), co zostało zaprezentowane w tabeli 6.3.

W roku 2019 wzrost ten wyniósł 10,1%, a udział powiększył się jedynie o 0,1 punktów procentowych w porównaniu z rokiem poprzednim. Analogicznie rok później wydatki bieżące na ochronę zdrowia wzrosły o 12,1%, co było bardziej dynamiczną zmianą niż na przestrzeni lat 2018/2019, podobnie jak ich udział w produkcie krajowym brutto, który był już znacznie wyższy, gdyż nastąpiła jego zmiana o 0,7 punktów procentowych i według wstępnych szacunków wyniósł on 7,1% PKB. Warto zaznaczyć, iż zarówno w przypadkach wydatków publicznych, jak i wydatków prywatnych zaobserwowano wzrosty zarówno jeżeli chodzi o ich wielkość wyrażoną w pieniądzu jak i pod względem ich procentowego udziału w PKB.

Biorąc pod uwagę rodzaj finansowania ochrony zdrowia przez państwo w latach 2018-2020 wzrósł udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem. Przed pandemią wynosił on 71,5%, natomiast wydatki prywatne stanowiły wówczas 28,5%. Według wstępnych szacunków Narodowego Rachunku Zdrowia za 2020 r., wydatki bieżące publiczne osiągnęły 73,3% udziału w strukturze wydatków na ochronę zdrowia, co jest znacznym wzrostem pod względem finansowania opieki zdrowotnej. Z raportu opublikowanego przez GUS wynika, iż wśród wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2019 r. dominowały wydatki na usługi lecznicze (58,9% udziału). Największe wydatki generowały szpitale, bo aż 41,7% kwoty

---

<sup>40</sup> *Sytuacja gospodarstw domowych w 2020 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 19.04.2022 r.



wydatków ogółem. Wciąż przeważającym źródłem finansowania polskiej opieki zdrowotnej są środki pochodzące ze składek zdrowotnych, które w 2019 r. stanowiły 60,5% wszystkich przychodów. Najmniej istotny udział (6,2%) stanowiły składki na ubezpieczenia zdrowotne w postaci dobrowolnych przedpłat, które były przyjmowane na rzecz ubezpieczonych mając na celu zapewnienie dostępności do świadczeń w ramach dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych<sup>41</sup>.

**Tabela 6.3. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2018-2020 i ich udział w PKB**

Wyszczególnienie	2018		2019		2020	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
<b>Produkt krajowy brutto</b>	2 121 555	100	2 293 199	100	2 323 859	100
<b>Wydatki na ochronę zdrowia ogółem</b>	<b>134 244,4</b>	<b>6,3</b>	<b>147 838,5</b>	<b>6,4</b>	<b>151 873,5</b>	<b>6,5</b>
<b>Wydatki publiczne</b>	95 977,1	4,5	106 133,9	4,6	109 752,7	4,7
<b>w tym:</b>						
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	13 381,8	0,6	14 693,6	0,06	14 939,4	0,6
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	82 595,3	3,9	91 420,3	4,0	94 813,3	4,1
<b>Wydatki prywatne</b>	38 267,3	1,8	41 724,6	1,8	42 120,8	1,8
<b>w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych</b>	27 413,2	1,3	29 701,9	1,3	29 668,4	1,3

Źródło: *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 21.04.2022 r.

Jednym z głównych źródeł niezadowolenia wynikającego z pojawiających się problemów uczestników systemu ochrony zdrowia jest niewątpliwie długi czas oczekiwania na wizytę do specjalisty, czy także na niektóre gwarantowane świadczenia zdrowotne. Kolejnym istotnym problemem jest długość oczekiwania na poradę specjalisty. Analizując raporty Fundacji Watch

<sup>41</sup> *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 21.04.2022 r.

Health Care według najnowszych danych w okresie 2017-2019, konsekwentnie rośnie okres oczekiwania na wizytę u specjalisty, podobnie dzieje się w przypadku średniego czasu oczekiwania na pojedyncze świadczenie o jakimkolwiek charakterze. W 2017 przeciętny Polak musiał czekać około 12 tygodni na tego rodzaju świadczenie. Taki mniej więcej poziom utrzymywał się także przez okres 3 lata wcześniej. W przypadku wyrażenia chęci odbycia wizyty u konkretnego specjalisty, pacjent musiał spędzić średnio 2,8 miesiąca w oczekiwaniu na poradę<sup>42</sup>. Znaczący wzrost został odnotowany w 2018 roku, kiedy to średni czas oczekiwania na świadczenia wynosił 3,7 miesiąca (około 16 tygodni), a na specjalistę należało czekać przeciętnie 3,4 miesiąca (wzrost o 21%)<sup>43</sup>. Rok później okres wzrósł o 0,1 miesiąca w przypadku świadczeń, a zatem przyjął dosyć zbliżony poziom w 2019 roku.

Do największych wyzwań polskiego systemu opieki zdrowotnej zaliczyć można także niedobór pracowników medycznych. Z powodu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku wielu wykształconych obywateli zaczęło opuszczać kraj, gdyż fakt ten niezwykle ułatwił zjawisko emigracji. Liczba praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców wyniosła jedynie 2,4, co w porównaniu ze średnią Unii Europejskiej wynoszącą 3,9 jest wartością bardzo niską<sup>44</sup>. W 2016 roku w dalszym ciągu poziom ten był niższy od średniej i wyniósł 2,42 praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców<sup>45</sup>, a w 2014 osiągnął wynik zaledwie 2,2<sup>46</sup>. Analizując liczbę pielęgniarek w przypadku Polski wynosi ona 5,1 na 1 000 mieszkańców. Wynik ten jest jednak również jednym z najgorszych w Unii Europejskiej<sup>47</sup>. Konieczne jest uwzględnienie także czynników regionalnych, bowiem jak się okazuje niektóre regiony posiadają znaczący niedobór pracowników służby zdrowia, co powoduje intensyfikowanie braków dostępu do opieki zdrowotnej, mimo jej zamierzonej powszechności. Patrząc na rok 2019 odsetek ludności zgłaszający ten fakt osiągnął poziom 4,2% i był dużo wyższy niż średnia UE – 1,7%.

Można wyciągnąć wnioski, iż stopniowe pogarszanie się średniego okresu oczekiwania na wybrane świadczenia oraz na wizyty u lekarzy specjalistów w postaci wydłużania się tych okresów powoduje, iż dostęp do leczenia dla pacjentów pozostaje w znacznym stopniu

<sup>42</sup> *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2017 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 22.04.2022 r.

<sup>43</sup> *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2018 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 22.04.2022 r.

<sup>44</sup> *Health at Glance: Europe 2021*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

<sup>45</sup> *Health at Glance: Europe 2016*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

<sup>46</sup> *Health at Glance: Europe 2014*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

<sup>47</sup> *Health at Glance: Europe 2021*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

ograniczony. Wszystko to w porównaniu ze spadającą liczbą kadry lekarskiej, która niezbędna jest do efektywnego działania służby zdrowia oraz z powstającym niedoborem powodującym zawężenie dostępności do świadczeń medycznych, bezpośrednio wpływa negatywnie na kondycję publicznego sektora ochrony zdrowia.

#### **6.4. Popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce w świetle wyniku własnych badań ankietowych**

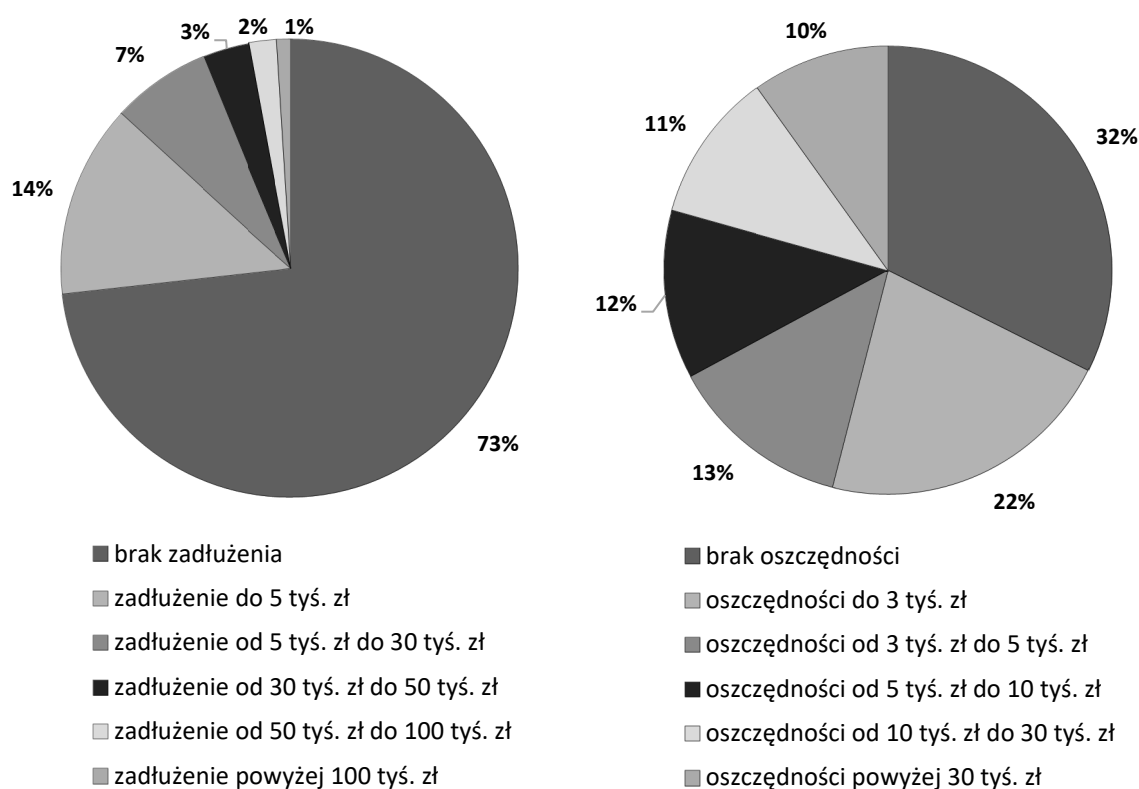
Aby dokładniej określić jakie perspektywy rozwoju mają prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz w jakim stopniu mogą przyczynić się w przyszłości do poprawy polskiego sektora ochrony zdrowia, konieczne jest nakreślenie zainteresowania nimi na obecnym rynku ubezpieczeń. Popyt powiązany będzie bowiem z tym, czy zakłady ubezpieczeń będą poszerzać swoją ofertę o produkty mające charakter świadczeń zdrowotnych oraz w jak dużym stopniu będą one zróżnicowane i jaki zakres będą obejmować. Do wyciągnięcia niezbędnych wniosków przeprowadzone zostało badanie popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne na nielosowo dobranej próbie badawczej liczącej 213 osób. Głównym celem badania empirycznego była identyfikacja wybranych determinant popytu i zbadanie zależności pomiędzy nimi, a skłonnością do zakupu poprzez określenie, ile dany respondent byłby w stanie zapłacić za podstawowe świadczenie, które można nabyć na prywatnym rynku ubezpieczeń.

Dominującą grupą w strukturze uczestników badania były kobiety, które stanowiły 54,9% ogółu próby. Wśród nich przeważały osoby o wykształceniu średnim (47% ogółu kobiet), jednak w przypadku grupy mężczyzn odsetek ten był dużo niższy (zaledwie 39,6%), wśród nich najwięcej osób posiadało wykształcenie wyższe – aż 42,7% ogółu mężczyzn. Kobiety o wykształceniu wyższym stanowiły 38,5% swojej grupy. W badaniu wzięły udział osoby w wieku 19 – 66 lat i więcej. Przeważającą część (40,4%) stanowiły osoby młode (19 – 25 lat) i to właśnie na nich należy się głównie skupić pod kątem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – najwięcej ofert zakładów ubezpieczeń skierowanych jest bowiem do osób w niższym wieku, co jest powiązane z niższym poziomem ryzyka w porównaniu z osobami starszymi. Konsekwentnie wraz ze wzrostem wieku korespondentów udział danej grupy w ogóle próby badawczej spadał. Z tego powodu aż 53,5% osób deklarowało swój stan cywilny jako „panna/kawaler”, choć osób w związku małżeńskim było 78 osób (36,6% ogółu badanych). Biorąc pod uwagę płeć, w przypadku kobiet sytuacja kształtowała się podobnie, jednak w grupie mężczyzn zdecydowanie

przeważały osoby pozostające w związku małżeńskim – grupa ta stanowiła ponad połowę (51%) badanych mężczyzn. Najniższy odsetek w tej strukturze stanowiły osoby owdowiałe (3,3%), co najprawdopodobniej powiązane jest ze strukturą wiekową osób, które wzięły udział w badaniu. Istotne jest również przybliżenie struktury wielkości miejsca zamieszkania wśród respondentów. Najwięcej z nich (27,7%) zamieszkiwało małe miasta do 50 tyś. mieszkańców, choć ich liczba była zbliżona do ilości osób ze wsi (25,4% ogółu), z czego w strukturze kobiet dominowały osoby ze wsi (35,9%), a analizując grupę mężczyzn większość z nich zamieszkiwała tereny mniejszych miast.

Poza czynnikami demograficznymi należy również spojrzeć na determinanty o charakterze finansowym, których wpływ stanowić będzie punkt wyjściowy dla tego badania, a określenie ich działania będzie niezbędne do wyciągnięcia pożądanych wniosków. Wspomniana wcześniej struktura wykształcenia respondentów powiązana jest z wysokością dochodów netto, które są w danym miesiącu przez nich osiągane.

Okolo połowa (50,4%) ogółu osób o wykształceniu wyższym posiadała przeciętne dochody własne ponad 5 tyś. złotych miesięcznie oraz aż 61,6% z nich była częścią gospodarstw domowych o dochodach przewyższających 6 tyś. złotych miesięcznie. Dla respondentów deklarujących wykształcenie podstawowe, zawodowe lub średnie przeważały w znacznej części (70%) dochody własne nieprzekraczające 5 tyś. złotych oraz blisko 60% ogółu osób o wspomnianym wykształceniu należała do gospodarstw domowych o dochodach poniżej 6 tyś. złotych miesięcznie. Potwierdza to powiązanie pomiędzy wykształceniem badanych a ich sytuacją finansową pod kątem przeciętnych miesięcznych dochodów netto. Umowę o pracę na pełen etat posiadało 80 respondentów, na umowie o pracę na część etatu pracowało 26 osób, na umowę zlecenie zatrudnione było 23 z nich, a zaledwie 11 deklarowało, że osiąga dochody z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Duży odsetek stanowili także studenci (28% ogółu), z czego 37 z nich nie pracowało, a 22 osiągało miesięczne dochody nieprzekraczające 5 tyś. złotych. Poza osiąganym dochodem w badaniu istotna jest także analiza struktury posiadanych oszczędności oraz poziomu zadłużenia wśród ankietowanych, które zostały zaprezentowane na rysunku 6.2.



**Rysunek 6.2. Struktury zadłużenia oraz poziomu posiadanych oszczędności wśród respondentów**

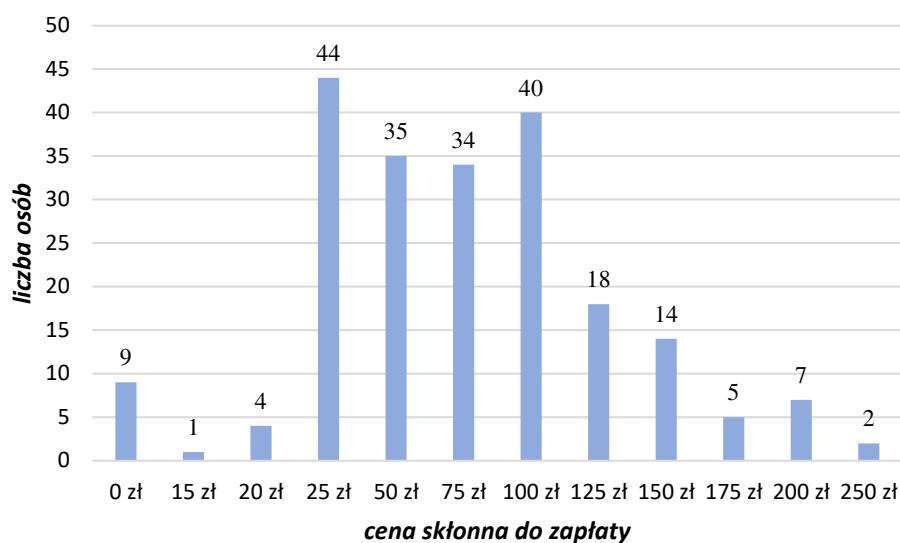
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowanych.

Przyglądając się poziomowi zadłużenia, zdecydowana większość osób (73% ogółu) nie deklaruje posiadania jakiegokolwiek zobowiązania pieniężnego, a wśród osób pozostałych ponad połowa z nich (14% ogółu) posiadała zadłużenie jedynie do 5 tys. złotych. Zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet poszczególne odsetki wielkości zadłużenia są zbliżone do ogólnej struktury, choć sam fakt posiadania długu o dowolnej wielkości zgłaszany był w większości przez mężczyzn (57% ogółu zadłużonych). Najczęściej były to także osoby pozostające w związku małżeńskim zatrudnione na umowę o pracę na pełen etat, co najprawdopodobniej powiązane jest z możliwościami związanymi ze spłacaniem zadłużenia takimi jak np. stabilne miejsce zatrudnienia oraz ewentualna pomoc współmałżonka. Aż 15,8% osób zadłużonych osiągało dochody poniżej 2 tys. złotych, co oznaczać może niepokojącą sytuację finansową i w pewnym stopniu ma szansę wpływać na decyzje odnośnie braku zdecydowania się na zakup prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Struktura oszczędności ma z kolei charakter bardziej zróżnicowany. Największy odsetek stanowią osoby nieposiadające jakichkolwiek oszczędności (32% ogółu badanych), jednak reszta z nich dysponuje już dodatkowo zgromadzonymi środkami. Pomimo iż odsetek ten spada wraz ze wzrostem kwoty oszczędności to aż 10%

respondentów posiada oszczędności powyżej 30 tys. złotych. Biorąc pod uwagę miesięczny dochód własny netto osób, które nie posiadają takich środków, aż 71% z nich nie zarabia więcej niż 3 tys. złotych w skali miesiąca, co powoduje, iż nie są oni w stanie odłożyć jakiegokolwiek środków. Osoby pracujące na pełen etat posiadające umowę o pracę razem ze studentami dominują w ogóle osób oszczędzających. Najwięcej oszczędzają także objęte badaniem kobiety (blisko 60% ogółu osób oszczędzających), osoby niepozostające w związku małżeńskim (68,7% ogółu oszczędzających), osoby w wieku 19 – 25 lat (45,8% ogółu oszczędzających) oraz osoby niezadłużone (85,4% ogółu oszczędzających). Widoczna jest zatem oczywista zależność dotycząca oszczędności i długu – osoby zadłużone nie mają zbyt dużych możliwości oszczędzania, stąd też posiadają zdecydowanie mniej dodatkowo zgromadzonych środków. Osoby o wysokich oszczędnościach to w większości osoby niezadłużone lub posiadające nieznaczny dług (do 5 tys. złotych).

W celu zbadania popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne konieczne jest również nakreślenie częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia przez ankietowanych. Zdecydowana większość osób badanych (82,2% badanych) deklarowała, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy choć raz skorzystała ze świadczeń publicznego sektora – częściej korzystały z nich kobiety. Liczba wizyt odbytych w ciągu roku najczęściej wynosiła od 1 do 3 (47,9% ogółu badanych). Wśród osób, które ze służby zdrowia nie skorzystały, 34,2% z nich posiadało już wykupione prywatne ubezpieczenie zdrowotne lub abonament medyczny. Osoby, które nie były objęte żadnym z tych produktów to w większości (52,3%) mężczyźni.

Respondenci musieli udzielić albo przeczącej, albo twierdzącej odpowiedzi na pytanie odnośnie zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od ceny, co pozwoliło na ustalenie skłonności do zakupu wspomnianego produktu. Jak zostało zaprezentowane na rysunku 6.3, większość próby badawczej oscylowała wokół ceny 50-75 złotych



**Rysunek 6.3. Skłonność do zapłaty za prywatne ubezpieczenie zdrowotne (w zł) a liczba osób, która ją deklaruje w Polsce – stan na dzień 01.05.2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowanych.

Kompletny brak zainteresowania został zadeklarowany przez 4,2% ogółu respondentów, co liczbowo przekłada się na zaledwie 9 osób. Najczęstszym powodem tej decyzji było to, iż publiczna służba zdrowia jest wystarczająca lub po prostu taka potrzeba nie występuje, a jeżeli się pojawia to jest ona sporadyczna i nie warta odprowadzania cyklicznej składki każdego miesiąca. Osoby te również często spotykały się z brakiem odpowiednich środków czy zgromadzonych oszczędności, które pozwoliłyby na swobodny zakup wspomnianego ubezpieczenia. Ze względu na brak limitu górnego osoby, które były skłonne zapłacić powyżej 175 złotych miesięcznie za świadczenia zdrowotne prywatnego sektora ubezpieczeń zostały poproszone o podanie najwyższej kwoty określającej granicę ich skłonności. Dwie osoby byłyby skłonne zapłacić 250 złotych, co jest najwyższą wartością podawaną wśród wszystkich ankietowanych.

Mając na uwadze wyżej postawione wnioski, aby odpowiednio zbadać popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne konieczna jest weryfikacja hipotez statystycznych, która powiązana jest z teorią podejmowania decyzji i oznacza każde przypuszczenie odnośnie jednej lub wielu zmiennych w populacji generalnej bez posiadania pełnej znajomości nt. tej populacji<sup>48</sup>. W celu zbadania współzależności dwóch zjawisk wyróżnia się hipotezę zerową ( $H_0$ ) zakładającą brak zależności pomiędzy określonymi czynnikami oraz hipotezę alternatywną ( $H_1$ ), mówiącą o istnieniu takiej zależności. Ta pierwsza polega na założeniu, że jest prawdziwa dopóki nie

<sup>48</sup> E. Wasilewska, *Statystyka matematyczna w praktyce*, Difin, Warszawa 2015, s. 223.

otrzyma się wystarczających informacji statystycznych pozwalających na zmianę postawionych na początku wniosków - jest to hipoteza bezpośrednio weryfikowana. Przyjmowana jest jedynie w przypadku braku wystarczających dowodów na jej odrzucenie, jednak nie jest to jednoznaczne z tym, że jest ona prawdziwa. Natomiast przeciwstawna do niej hipoteza alternatywa „przypisuje parametrowi bądź parametrom populacji wartość, która niezgodna jest z przypisaną mu bądź im przez hipotezę zerową”, co oznacza, iż można ją przyjąć, jeżeli odrzucona zostanie wcześniej hipoteza zerowa<sup>49</sup>.

Przy badaniu popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne konieczne jest określenie zależności pomiędzy poszczególnymi czynnikami, a skłonnością do zakupu tego produktu poprzez postawienie poszczególnych hipotez. Do wyciągnięcia wniosków zostały określone poszczególne predyktory potrzebne do zbadania zależności. Dzięki temu możliwe było zweryfikowanie w próbie badawczej szczególnie to, czy istnieje zależność pomiędzy skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a:

- poziomem zadłużenia,
- poziomem posiadanych oszczędności,
- częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia.

W oparciu o przeprowadzone badania nie da się jednoznacznie zweryfikować w sposób pozytywny czy negatywny wpływu pozostałych predyktorów (płeć, grupa wiekowa, wielkość miejsca zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, zatrudnienie, łączny miesięczny dochód netto własny oraz łączny miesięczny dochód gospodarstwa domowego) na skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego przy poszczególnie dobranych kwotach stanowiących deklaracje osób badanych. Wynika to z faktu, iż blisko 95,8% respondentów wyraziło chęć nabycia wspomnianego produktu, co wskazuje na bardzo duże zainteresowanie w badanej próbie i przyczynia się do zbyt dużego zróżnicowania w preferencjach kwotowych oraz w konsekwencji powoduje, iż wnioski interpretacyjne pod tym kątem tracą sens.

Poprawna weryfikacja hipotez wymaga przyjęcia poziomu istotności ( $\alpha$ ), czyli prawdopodobieństwa odrzucenia badanej hipotezy zerowej w sytuacji, gdy jest ona prawdziwa. Przyjęty poziom istotności na potrzeby badania wynosi  $\alpha = 0,5$  – jest to jedna z najczęściej

---

<sup>49</sup> A. D. Aczel, J. Sounderpandian, *Statystyka w zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 266-277.



przyjmowanych wielkości w celu weryfikacji hipotez<sup>50</sup>. Niezbędny jest także dobór testu istotności, który pozwoli na ocenę postawionych hipotez. Do tego celu został wykorzystany został test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ), który jest testem nieparametrycznym i którego wnioskowanie oparte jest na prawdopodobieństwie testowym nazywanym *wartością p*, pod która można rozumieć najniższy poziom istotności, dla którego można wyciągnąć wniosek pozwalający na odrzucenie hipotezy zerowej przy otrzymanej wartości statystycznej. Aby było to możliwe niezbędne jest porównywanie *wartości p* z poziomem istotności w następujący sposób<sup>51</sup>:

Jeżeli  $p \leq \alpha$ , to należy odrzucić  $H_0$  i przyjąć  $H_1$

Jeżeli  $p > \alpha$ , to nie ma podstaw do odrzucenia  $H_0$

Najbardziej oczywistym założeniem byłoby to, iż popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne zależy w dużej mierze od sytuacji finansowej potencjalnego klienta oraz częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia, która może być powiązana z tym, czy dana osoba w ogóle ma jakąkolwiek potrzebę korzystania z dodatkowych świadczeń, czy też może są one mu zupełnie zbędne, gdyż sektor publiczny jest dla tej osoby wystarczający.

Przy określeniu sytuacji finansowej ankietowanych szczególnie istotny jest ich poziom, który obrazuje pewnej wysokości zobowiązanie pieniężne, jakie musi zostać w określonym czasie przez nich spłacone. W tabeli 6.4. pokazana została zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego a poziomem zadłużenia, który został przedstawiony w sposób przedziałowy. Analizując wartości prawdopodobieństwa testowego wśród konkretnych grup respondentów pokazujących ich chęć nabycia tego produktu w przypadku deklaracji powyżej 50 złotych, powyżej 100 złotych oraz powyżej 150 złotych można stwierdzić, iż poziom istotności jest większy od obliczonej wartości ( $p > 0,05$ ), co pozwala na stwierdzenie, iż nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku zależności pomiędzy poziomem zadłużenia, a skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Warty podkreślenia jest fakt, iż wartości te są stosunkowo niewielkie, więc w umiarkowanym stopniu będą świadczyć na korzyść tej hipotezy.

<sup>50</sup> M. Sobczyk, *Statystyka – aspekty praktyczne i teoretyczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006, s. 123.

<sup>51</sup> A. D. Aczel, J. Sounderpandian, *op. cit.*, s. 304-309.

**Tabela 6.4 Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego a poziomem zadłużenia**

Poziom zadłużenia	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 50 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak zadłużenia	57	36,5%	99	63,5%
zadłużenie do 5 tys. zł	15	51,7%	14	48,3%
zadłużenie od 5 tys. zł do 30 tys. zł	9	60,0%	6	40,0%
zadłużenie od 30 tys. zł do 50 tys. zł	1	14,3%	6	85,7%
zadłużenie od 50 tys. zł do 100 tys. zł	2	50,0%	2	50,0%
zadłużenie powyżej 100 tys. zł	0	0,0%	2	100,0%
Wartość p	0,1365			
Poziom zadłużenia	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 100 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak zadłużenia	118	75,6%	38	24,4%
zadłużenie do 5 tys. zł	28	96,6%	1	3,4%
zadłużenie od 5 tys. zł do 30 tys. zł	12	80,0%	3	20,0%
zadłużenie od 30 tys. zł do 50 tys. zł	5	71,4%	2	28,6%
zadłużenie od 50 tys. zł do 100 tys. zł	3	75,0%	1	25,0%
zadłużenie powyżej 100 tys. zł	1	50,0%	1	50,0%
Wartość p	0,1830			
Poziom zadłużenia	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 150 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak zadłużenia	143	91,7%	13	8,3%
zadłużenie do 5 tys. zł	29	100,0%	0	0,0%
zadłużenie od 5 tys. zł do 30 tys. zł	15	100,0%	0	0,0%
zadłużenie od 30 tys. zł do 50 tys. zł	7	100,0%	0	0,0%
zadłużenie od 50 tys. zł do 100 tys. zł	3	75,0%	1	25,0%
zadłużenie powyżej 100 tys. zł	2	100,0%	0	0,0%
Wartość p	0,2417			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowanych.

Z kolei struktura poziomu oszczędności, jakie udało się zgromadzić uczestnikom badania (tabela 6.5), będzie wskazywać jednak na odwrotne wnioski niż w przypadku analizy zadłużenia ankietowanych, ponieważ będzie można stwierdzić, że występuje istotna zależność między popytem – tj. skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a posiadanymi

oszczędnościami. Podobnie jak w przypadku zadłużenia, poziom posiadanych oszczędności został określony poszczególnymi przedziałami, aby określić potrzebną do analizy strukturę określającą rozkład oszczędności wśród respondentów.

**Tabela 6.5. Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego a własnym poziomem posiadanych oszczędności**

Poziom posiadanych oszczędności	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 50 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak oszczędności	41	59,4%	28	40,6%
oszczędności do 3 tys. zł	12	26,1%	34	73,9%
oszczędności od 3 tys. zł do 5 tys. zł	4	14,3%	24	85,7%
oszczędności od 5 tys. zł do 10 tys. zł	7	26,9%	19	73,1%
oszczędności od 10 tys. zł do 30 tys. zł	10	43,5%	13	56,5%
oszczędności powyżej 30 tys. zł	10	47,6%	11	52,4%
Wartość p	0,0002			
Poziom posiadanych oszczędności	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 100 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak oszczędności	64	92,8%	5	7,2%
oszczędności do 3 tys. zł	38	82,6%	8	17,4%
oszczędności od 3 tys. zł do 5 tys. zł	15	53,6%	13	46,4%
oszczędności od 5 tys. zł do 10 tys. zł	15	57,7%	11	42,3%
oszczędności od 10 tys. zł do 30 tys. zł	17	73,9%	6	26,1%
oszczędności powyżej 30 tys. zł	18	85,7%	3	14,3%
Wartość p	0,0001			
Poziom posiadanych oszczędności	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 150 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
brak oszczędności	67	97,1%	2	2,9%
oszczędności do 3 tys. zł	45	97,8%	1	2,2%
oszczędności od 3 tys. zł do 5 tys. zł	26	92,9%	2	7,1%
oszczędności od 5 tys. zł do 10 tys. zł	24	92,3%	2	7,7%
oszczędności od 10 tys. zł do 30 tys. zł	18	78,3%	5	21,7%
oszczędności powyżej 30 tys. zł	19	90,5%	2	9,5%
Wartość p	0,0355			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowanych.

Po ustaleniu wartości prawdopodobieństwa testowego można jednoznacznie stwierdzić, iż jest ona wśród wszystkich grup określających skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych kwotach (powyżej 50 złotych, powyżej 100 złotych oraz powyżej 150 złotych) niższa od poziomu istotności przyjętego na potrzeby badania ( $p < 0,05$ ), dlatego w tym przypadku można odrzucić hipotezę zerową na korzyść hipotezy alternatywnej, co pozwala na stwierdzenie, iż istnieje istotna zależność pomiędzy poziomem posiadanych oszczędności, a skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Do sytuacji finansowej można zaliczyć także dochód, jednak zależność między skłonnością do zakupu badanego produktu, a łącznym miesięcznym dochodem własnym netto występuje jedynie w przypadku przyjęcia poziomu istotności  $\alpha = 0,1$ , dlatego ze względu na przyjęcie w tym badaniu poziomu istotności  $\alpha = 0,05$  poprawna weryfikacja hipotez nie jest w pełni możliwa i została w tym zakresie pominięta.

Biorąc pod uwagę to, jak często respondenci korzystali z publicznego sektora ochrony zdrowia (tabela 6.6) możliwe jest ustalenie, czy występuje relacja pomiędzy częstotliwością wspomnianej czynności, a popytem na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Początkowo wydawać by się mogło, iż odpowiedź na ten problem jest twierdząca, bowiem badany produkt występuje częściowo jako uzupełnienie braku dostępu do świadczeń i pokrycie deficytu na polskim rynku usług medycznych. Jednak po weryfikacji wartości prawdopodobieństwa testowego widać, iż są one bardzo wysokie, a co za tym idzie nie można stwierdzić, iż istnieje zależność pomiędzy częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia w ciągu ostatniego roku a skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wielkości te zatem zdecydowanie świadczą na korzyść hipotezy zerowej mówiącej o braku występowania takiej relacji.

**Tabela 6.6. Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia**

Korzystanie z publicznej służby zdrowia w ostatnich 12 miesiącach	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 50 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
nie korzystałem/am	14	36,8%	24	63,2%
1 - 3 razy	39	38,2%	63	61,8%
4 - 5 razy	20	47,6%	22	52,4%
6 - 10 razy	7	33,3%	14	66,7%
więcej niż 10 razy	3	30,0%	7	70,0%
Wartość p	0.72924			

Korzystanie z publicznej służby zdrowia w ostatnich 12 miesiącach	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 100 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
nie korzystałem/am	30	78,9%	8	21,1%
1 - 3 razy	81	79,4%	21	20,6%
4 - 5 razy	32	76,2%	10	23,8%
6 - 10 razy	16	76,2%	5	23,8%
więcej niż 10 razy	8	80,0%	2	20,0%
Wartość p	0.99195			
Korzystanie z publicznej służby zdrowia w ostatnich 12 miesiącach	Skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego powyżej 150 zł			
	nie		tak	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
nie korzystałem/am	36	94,7%	2	5,3%
1 - 3 razy	95	93,1%	7	6,9%
4 - 5 razy	41	97,6%	1	2,4%
6 - 10 razy	18	85,7%	3	14,3%
więcej niż 10 razy	9	90,0%	1	10,0%
Wartość p	0.47068			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań ankietowanych.

Uwzględnienie niektórych kwot przy deklaracji zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego nie oddałoby jednak realnego wyniku odwzorowującego popyt na te produkty ze względu na to, iż nie ma możliwości jego nabycia w sytuacji, gdy ceny te są zbyt niskie. Po analizie ofert na rynku ubezpieczeniowym, trudno jest zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach opisanych w pytaniu, na które respondenci musieli odpowiedzieć deklarując kwotę określającą ich skłonność do zakupu, jeżeli cena w tej umowie jest w wielkości poniżej około 60 złotych, które jest wartością optymalną w przypadku opisanego w tym pytaniu produktu. Co istotne, skłonność do zakupu powinno się odróżnić od skłonności i możliwości zakupu jednocześnie. Badany popyt ma charakter jedynie teoretyczny, gdyż skupia się na zaspokojeniu potrzeb konsumentów poprzez dostarczenie świadczeń i usług o charakterze medycznym. W praktyce jednak występuje popyt efektywny, który ogranicza te potrzeby uwzględniając realną siłę nabywczą<sup>52</sup>. To popyt efektywny jest tym, który spotkać można na polskim rynku ubezpieczeniowym, bowiem nie każdy może pozwolić sobie na zakup prywatnego ubezpieczenia.

<sup>52</sup> E. Skawińska, K. G. Sobiech, K. A. Nawrot, *Makroekonomia. Teoretyczne i praktyczne aspekty gospodarki rynkowej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008, s. 71-72.

Mając to na uwadze, analizując skłonność do zapłaty i deklarowane przez respondentów kwoty można stwierdzić, że około 93 osoby (43% ogółu badanych), pomimo wyrażenia skłonności do zakupu będzie musiała jeszcze raz przemyśleć swój wybór, gdyż nie ma wielu ofert w tak niskich cenach i przy tak określonym zakresie usług i świadczeń, jak było to opisane w pytaniu wyjściowym.

## 6.5. Podsumowanie

Pojawiające się w coraz większym stopniu braki w sektorze ochrony zdrowia powodują, iż możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z roku na rok są coraz większe. Oparcie finansowania publicznego systemu na odprowadzanych obowiązkowo składkach okazuje się być niewystarczające i wymaga wsparcia środkami prywatnymi. Z powodu długiego czasu oczekiwania na wizyty u specjalistów oraz braku możliwości wykonania wybranych zabiegów ze względu na występujące braki w systemie, coraz większy odsetek obywateli decyduje się na wykupienie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Produkt ten zajmuje dosyć istotne miejsce na rynku ubezpieczeniowym, a jego konstrukcja oparta jest na ryzyku związanym ze zdrowiem klienta. Prywatne ubezpieczenie współistnieje razem z ubezpieczeniami obligatoryjnie określonymi przez poszczególne przepisy i ma formę uzupełniającą, a dla wielu ludzi jest po prostu opcją alternatywą, która pozwala na poradzenie sobie z ograniczoną dostępnością do usług medycznych. Pomimo braku istnienia osobnych przepisów prawnych regulujących prywatne ubezpieczenia zdrowotne można się spotkać z coraz większą liczbą ofert zakładów ubezpieczeń, które poszerzają ich zakres o zindywidualizowane usługi pozwalające potencjalnym klientom dokonać wyboru najbardziej odpowiadającego im prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez wybór świadczeń, z których chcieliby skorzystać.

Prywatny sektor ochrony zdrowia z pewnością wpływa na poprawę dostępności do usług medycznych i bezpośrednio ułatwia zaspokojenie ludzkich potrzeb. Oferowane produkty o charakterze medycznym cieszą się dużym zainteresowaniem, co powiązane jest z rosnącym popytem na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ze względu na swoją złożoność i możliwości dostosowania do indywidualnych potrzeb jednostki wiązać się one będą z poszczególnymi uwarunkowaniami demograficznymi. Z powodu występującej konkurencji ceny będą kształtować się na określonym przez rynek poziomie, dlatego możliwość nabycia przez klienta badanego świadczenia ograniczać będzie jego sytuacja dochodowa. Dzięki rozbudowanej analizie

struktury przeciętnego wynagrodzenia, a także wydatków w polskim społeczeństwie oraz w badanej próbie udało się ustalić, iż popyt na prywatne ubezpieczenia zdrowotne zależy będzie w głównej mierze od poziomu posiadanych oszczędności. Trudno jest jednoznacznie ustalić związek między dochodem społeczeństwa, a skłonnością do zakupu wspomnianego produktu, jednak można z pewnością stwierdzić, iż taki związek nie istnieje w przypadku poziomu zadłużenia, a co za tym idzie popyt na prywatne ubezpieczenie zdrowotne od niego nie zależy.

Hipoteza mówiąca o tym, iż skłonność do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest powiązana z częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia, została zweryfikowana w sposób negatywny. W związku z tym to jak często dana jednostka korzysta z usług oferowanych przez publiczny sektor ochrony zdrowia nie ma wpływu na deklaracje zakupu ubezpieczenia, co oznacza, iż oferty ubezpieczeniowe są na tyle atrakcyjne, że ludzie są skłonni do nabycia dotyczącego ich produktu, nawet gdy respondenci mogą w pewnym stopniu zaspokoić swoje potrzeby dzięki publicznej służbie zdrowia. Założenie, iż istnieje zależność pomiędzy popytem na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, a poziomem zadłużenia również okazało się być nieprawdziwe. Przeprowadzona analiza popytu wskazuje, iż nie istnieją przesłanki, aby stwierdzić prawdziwość tej hipotezy – zadłużenie analizowanej próby nie jest w istotny sposób powiązane z decyzjami ankietowanych odnośnie zakupu badanego produktu. Natomiast hipoteza dotycząca istnienia zależności pomiędzy poziomem posiadanych oszczędności, a popytem na prywatne ubezpieczenie zdrowotne przyniosła wnioski pozytywne. Analizując wyniki badań ankietowych można stwierdzić, że posiadana przez społeczeństwo wielkość oszczędności, które są pewnego rodzaju buforem oraz zabezpieczeniem pod postacią inwestycji w przyszłość, jest najważniejszą determinantą popytu na prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Zgromadzone środki pozwalają bowiem na skorzystanie ze świadczeń oferowanych przez zakłady ubezpieczeń i poprawiają jakość życia, a także ułatwiają zaspokajanie potrzeb – należy to uznać za główny powód deklaracji zakupu badanego produktu, w którym pokładane są nadzieje na poprawę polskiego systemu ochrony zdrowia.

## Literatura

### Piśmiennictwo:

Aczel A. D., Sounderpandian J., *Statystyka w zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.

- Buk H., *Modele i metody finansowania działalności leczniczej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2015, nr 2.
- Dach Z., *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012.
- Głos A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a zasada równości i solidarności*, „Diametros” 2017, nr 51.
- Jeziorska M., *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako instrument mogący usprawnić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2016, nr 318.
- Jurkiewicz-Świątek I., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2012, nr 10.
- Kramer T., *Podstawy marketingu*, PWE, Warszawa 2004.
- Laskowska I., *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w budowaniu "srebrnej gospodarki" w Polsce*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2020, nr 3.
- Monkiewicz J., *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II.
- Osak M., *Ubezpieczenia zdrowotne – miejsce w ustawowej systematyce ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 181.
- Pajewska-Kwaśny R., *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, [w:] *Zarządzenia podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. S. Winch, M. Jarosiński, Oficyna Wydawnictwa Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014.
- Paszowska M., *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania” 2017, nr 3.
- Pisarewicz P., Gierusz A., Kowalczyk-Rólczyńska P., Pobłocka A., *Produkty ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Warszawa 2020.
- Płonka M., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia” 2017, nr 6.
- Raubka K., *Możliwości zastosowania metody wyceny warunkowej w procesie wdrażania zasady zwrotu kosztów usług wodnych*, „Ekonomia i środowisko” 2016, nr 3.
- Samuelson P. A., Nordhaus W. D., *Ekonomia*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2004.
- Scheider T., *Thriving in a changing world – opportunities and challenges for private health insurance companies*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2018, nr 1.
- Skawińska E., Sobiech K. G., Nawrot K. A., *Makroekonomia. Teoretyczne i praktyczne aspekty gospodarki rynkowej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008.
- Sobczyk M., *Statystyka – aspekty praktyczne i teoretyczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006.
- Szetela P., *Analiza finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych w krajach europejskich należących do OECD*, „Optimum: studia ekonomiczne” 2016, nr 4.
- Szukalski P., *Czy w Polsce nastąpi powrót do prostej zastępowalności pokoleń?*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2009.
- Wasilewska E., *Statystyka matematyczna w praktyce*, Difin, Warszawa 2015.
- Wicka A., *Wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia związane z życiem i zdrowiem*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2021, nr 35.

#### **Akty prawne:**

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2021 poz. 1130 z późn. zm.).



Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).

#### Źródła internetowe:

*Health at Glance: Europe 2014*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

*Health at Glance: Europe 2016*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

*Health at Glance: Europe 2021*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

*Health at Glance: Europe 2021*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 22.04.2022 r.

*Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

*Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

*Kapitał ludzki w Polsce w latach 2016-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

*Ludność wg typu aktywności i poziomu wykształcenia*, Bank Danych Lokalnych, [www.bdgl.stat.gov.pl](http://www.bdgl.stat.gov.pl), dostęp: 18.04.2022 r.

*Ludność: sytuacja demograficzna, języki, wyznania*, Eurydice, [www.eacea.ec.europa.eu](http://www.eacea.ec.europa.eu), dostęp: 15.04.2022 r.

*OECD Economic Surveys: Poland 2018*, OECD, [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), dostęp: 18.04.2022 r.

*Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna*, Powszechny Zakład Ubezpieczeń, [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl), dostęp: 18.03.2022 r.

*Ogólne warunki świadczenia usług „Opieka dla maluszka”*, Medicover, [www.medistore.com.pl](http://www.medistore.com.pl), dostęp: 18.03.2022 r.

*Pakiet medyczny „Bądź zdrow” – Wykaz usług medycznych*, Aviva, [www.aviva.pl](http://www.aviva.pl), dostęp: 17.03.2022 r.

*Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2019 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 21.02.2022 r.

*Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2017 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 22.04.2022 r.

*Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce 2018 r.*, Barometr Watch Health Care, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl), dostęp: 22.04.2022 r.

*Raport: Najlepsze dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Porównanie pakietów*, mFind, [www.punkta.pl](http://www.punkta.pl), dostęp: 18.03.2022 r.

*Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst&Young, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 10.03.2022 r.

*Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

*Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

*Sytuacja gospodarstw domowych w 2020 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 19.04.2022 r.

*Ubezpieczenia w liczbach*, Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl), dostęp: 08.06.2023 r.

*Ubezpieczenie zdrowotne – 7 najlepszych ofert*, Ubezpieczenia Rankomat, [www.rankomat.pl/ubezpieczenie-zdrowotne](http://www.rankomat.pl/ubezpieczenie-zdrowotne), dostęp: 17.03.2022 r.

*Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 21.04.2022 r.

*Zgony według tygodni w Polsce 2021*, Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 15.04.2022 r.

## Rozdział 7

### Wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii – analiza komparatywna

Paulina Kacińska<sup>1</sup>

#### 7.1. Wprowadzenie

Nieszczęśliwe wypadki, nagłe zachorowania, kradzież, czy też katastrofy naturalne mogą spowodować wiele szkód materialnych, a także uszczerbki na zdrowiu. Wyżej wymienione zdarzenia mogą przytrafić się zarówno w miejscu pracy, szkole, w podróży, w trakcie prowadzenia pojazdów mechanicznych, ale również w trakcie wykonywania zwykłych czynności dnia codziennego. To z kolei może prowadzić do pogorszenia się sytuacji majątkowej danej osoby, bądź też całego gospodarstwa domowego. Z tego powodu, aby zapobiec możliwym stratom finansowym, część osób zawiera umowy ubezpieczenia, dzięki którym w przypadku wyżej wymienionych zdarzeń, a także wielu innych, zostanie wypłacone im odszkodowanie, lub też zostanie wypłacone odszkodowanie osobom trzecim w przypadku, gdy osoba ubezpieczona w ramach ubezpieczenia OC jest sprawcą szkody.

Ubezpieczenia stanowiące składową szeroko rozumianego rynku finansowego są silnie uregulowane aktami prawnymi. Kraje należące do Unii Europejskiej podporządkowane są przepisom prawa krajowego oraz regulacjom unijnym, co powoduje, iż funkcjonowanie rynku finansowego, w tym ubezpieczeniowego, jest w krajach członkowskich do siebie zbliżona. Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych w danym państwie powodować może, iż poziom wydatków na ubezpieczenia jest różny wśród poszczególnych krajów członkowskich. Przykład stanowią Polska i Hiszpania. W związku z tym w niniejszej pracy postawiono problem badawczy w postaci pytań: *Jak funkcjonuje jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej? Jakie są publicznoprawne podstawy rynku ubezpieczeń w Polsce, a jakie w Hiszpanii?*

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2022 r.

*Jakie są postawy polskiego i hiszpańskiego społeczeństwa względem ubezpieczeń? Na jakie ubezpieczenia polskie i hiszpańskie gospodarstwa domowe wydają najwięcej? W ramach postawionych pytań sformułowane zostały następujące hipotezy badawcze:*

1. Istnieje istotna zależność między krajem pochodzenia a opinią, iż ubezpieczenia są konieczne w życiu.
2. Istnieje istotna zależność między krajem pochodzenia a gotowością do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Istnieje istotna zależność między poziomem osiąganego dochodu netto gospodarstw domowych a liczbą wykupowanych produktów ubezpieczeniowych.
4. Istnieje istotna zależność między wiekiem a liczbą wykupowanych ubezpieczeń.

Do weryfikacji powyższych hipotez przyjęto następujące cele badawcze:

1. Charakterystykę rynku ubezpieczeniowego w Polsce i w Hiszpanii.
2. Porównanie postaw polskich oraz hiszpańskich społeczeństw wobec ubezpieczeń.
3. Zestawienie oraz analiza ubezpieczeń posiadanych przez polskie i hiszpańskie gospodarstwa domowe.
4. Porównanie miesięcznych wydatków polskich oraz hiszpańskich gospodarstw domowych na produkty ubezpieczeniowe.

Aby zrealizować wyżej wymienione cele badawcze, w pracy dokonano przeglądu literatury przedmiotu polskojęzycznej, anglojęzycznej, a także hiszpańskojęzycznej. Przeprowadzono analizę odpowiednich aktów prawnych, w skład których wchodziły ustawy RP, ustawy wywodzące się z prawa Hiszpanii, traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej oraz dyrektywy unijne. Przeprowadzono również badanie ankietowe, dzięki któremu zrealizowano pierwszy, drugi oraz trzeci cel badawczy.

Badanie ankietowe zrealizowano w formie kwestionariusza online na próbie 211 osób, z czego 114 respondentów pochodziło z Polski, a 97 osób stanowili mieszkańcy Hiszpanii. Badanie zostało przeprowadzone w kwietniu 2022 roku.

## 7.2. Organizacja rynku ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii

### 7.2.1 Jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej

Jednolity rynek ubezpieczeniowy wywodzi się z wewnętrznego rynku finansowego Unii Europejskiej, który z kolei stanowi część rynku wewnętrznego UE<sup>2</sup>. Definicja wynikająca z art. 26 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej opisuje wewnętrzny rynek jako obszar bez granic wewnętrznych, w którym zapewniony jest swobodny przepływ towarów, osób, usług i kapitału, zgodnie z postanowieniami traktatu<sup>3</sup>. Oznacza to, że na terenie państw członkowskich usługi związane z wyżej wymienionymi aspektami odbywają się swobodnie, bez barier.

Istotną część wewnętrznego rynku UE stanowi rynek finansowy. Odnoszące się do niego swobody zawarte w TFUE, a w szczególności swobody przepływu usług, przepływu kapitału i płatności, a także swoboda przedsiębiorczości wyrażane są w harmonizacji. Oznacza to, że prowadzenie działalności w zakresie świadczenia usług, przepływie kapitału i płatności na terenie państw należących do Unii Europejskiej zostało pozbawione barier<sup>4</sup>. Ujednolicenie wewnętrznego rynku, a w tym rynku finansowego dokonuje się poprzez normy prawne zawarte w TFUE. Stanowi on źródło prawa pierwotnego UE. Ze względu na jego formę, każde państwo członkowskie stosuje jego przepisy z bezpośrednim skutkiem. Oznacza to, że nie ma potrzeby implementacji traktatu w poszczególnych państwach tak, jak w przypadku dyrektyw, aby normy w nim zawarte obowiązywały w krajach na terenie Unii Europejskiej<sup>5</sup>. Następstwem stosowania zasady bezpośredniego skutku jest to, że państwa członkowskie są zobligowane do znoszenia barier w prowadzeniu działalności transgranicznej, a instytucje rynku wewnętrznego muszą przestrzegać praw unijnych. Stanowi to fundamentalną podstawę funkcjonowania wewnętrznego rynku finansowego, w tym jednolitego rynku ubezpieczeniowego. Obszar wspólnych zasad wynikających z prawa unijnego obejmuje: standardy ostrożnościowe, które dotyczą licencjonowania, nadzoru nad działalnością instytucji finansowych, a także ochrony konsumentów, wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz reguły konkurencji. Regulacje krajowe

<sup>2</sup> L. Oręziak, *Jednolity rynek ubezpieczeniowy w ramach Unii Europejskiej – zasady funkcjonowania i kierunki rozwoju*, „Zeszyty Naukowe/Szkoła Główna Handlowa. Kolegium Gospodarki Światowej” 1996, nr 1, s. 36.

<sup>3</sup> Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U..2004.90.864/2 z późn. zm.), dalej jako TFUE.

<sup>4</sup> M. Szaraniec, *Działalność gospodarcza pośredników ubezpieczeniowych. Studium publicznoprawne*, Difin, Warszawa 2017, s. 214.

<sup>5</sup> P. Kukuryk, *Elementy prawa Unii Europejskiej*, [w:] *Podstawy prawa dla ekonomistów*, red. B. Gnela, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 57.

dotyczą natomiast zawarcia oraz konstrukcji stosunku zobowiązaniowego. W przypadku rynku ubezpieczeniowego stosunkiem takim jest umowa ubezpieczenia<sup>6</sup>.

Wewnętrzny rynek finansowy, który jest dzielony na trzy sektory: bankowy, ubezpieczeniowy oraz kapitałowy<sup>7</sup>, stanowi jeden z istotniejszych segmentów rynku wewnętrznego UE, gdyż za sprawą jego funkcjonowania uzależniona jest praca innych sektorów. Konieczne jest zatem jego odpowiednie uregulowanie oraz zapewnienie odpowiedniej konkurencyjności w celu świadczenia usług coraz to lepszej jakości. Sektor ubezpieczeń, będąc sektorem rynku finansowego, również jest temu podporządkowany. W tym celu ustanowiono jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej<sup>8</sup>.

Powstanie jednolitego rynku ubezpieczeniowego w ramach UE miało miejsce wraz z pojawieniem się trzech generacji dyrektyw. Warty uwagi jest fakt, iż tę formę źródła prawa państwa członkowskie muszą zaimplementować w odpowiednim czasie, aby stanowiły normy prawne w państwie<sup>9</sup>.

Pierwsza generacja dyrektyw odnosiła się do m.in. swobody tworzenia oddziałów zakładów ubezpieczeń na terenie państw członkowskich, która została ustanowiona w 1964 r. Kolejna dyrektywa pierwszej generacji odnosiła się do sektora ubezpieczeń *non-life*<sup>10</sup> z 1973 r., a sześć lat później ustanowiono ostatnią, która dotyczyła sektora ubezpieczeń na życie. W latach 1988 oraz 1990 miało miejsce pojawienie się drugiej generacji dyrektyw, które odnosiły się do wysokiego ryzyka w sektorze ubezpieczeń *on-life* (1988 r.) oraz do ubezpieczeń w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych (1990 r.)<sup>11</sup>. Ostatnia, a zarazem najistotniejsza dla ustanowienia jednolitego rynku ubezpieczeniowego generacja dyrektyw odnosiła się do utworzenia jednolitej licencji umożliwiającej prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, która daje możliwość prowadzenia działalności instytucji ubezpieczeniowej na terenie państw członkowskich w formie oddziałów, bądź świadczenia swych usług do innych krajów należących do Unii Europejskiej ze swojej siedziby w kraju macierzystym (1992 r.). Wejście w życie trzech generacji dyrektyw miało miejsce w 1994 r. i

<sup>6</sup> M. Szaraniec, *op. cit.*, s. 214-215.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 214.

<sup>8</sup> L. Oręziak, *op. cit.*, s. 36.

<sup>9</sup> P. Kukuryk, *op. cit.*, s. 57.

<sup>10</sup> Z ang. ubezpieczenia nie na życie.

<sup>11</sup> T. Hess, T. Trauth, *Towards A Single European Insurance Market*, „International Journal of Business” 1998, nr 3, s. 91-92.

właśnie ten rok uważa się za rozpoczęcie faktycznego, realnego funkcjonowania jednolitego rynku ubezpieczeniowego<sup>12</sup>.

W celu zapewnienia ochrony nad instytucjami finansowymi, w tym ubezpieczeniowymi wymagany jest nadzór odpowiednich organów kontroli. Funkcjonowanie jednolitej licencji niesie za sobą konieczność uregulowania zasad dotyczących kontroli nad działalnością ubezpieczeniową we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskich. Zasady te zostały opracowane w Dyrektywie 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłącalność II). Zgodnie z art. 14 podejmowanie działalności z zakresu ubezpieczeń wymaga uprzedniego uzyskania zezwolenia, które wydaje organ nadzoru państwa członkowskiego, w którym usytuowana jest siedziba zakładu ubezpieczeń. Natomiast nadzór nad oddziałami utworzonymi w innym państwie członkowskim reguluje art. 33 dyrektywy, zgodnie z którym kontrola sprawowana jest przez organ nadzoru państwa macierzystego, tj. takiego, w którym znajduje się siedziba zakładu<sup>13</sup>. Organem zajmującym się współpracą z instytucjami kontroli w państwach członkowskich na szczeblu Unii Europejskiej jest Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych<sup>14</sup> (EIOPA). Instytucja ta została założona w 2010 r. Jest to zdecentralizowana agencja, której głównym celem jest wspieranie utrzymania stabilności i płynności finansowej na terenie UE. Do jej zadań należą również: współpraca z organami nadzoru państw członkowskich, a także wzmacnianie ochrony konsumentów<sup>15</sup>. Dokonuje tego poprzez zapewnianie transparentności, prostości oraz sprawiedliwości na rynku, poprzez znoszenie barier dla konsumentów oraz przez odpowiednią edukację na temat szeroko pojętych finansów. Odpowiednia wiedza pozwala na wykreowanie świadomości na temat narzędzi, którymi mogą dysponować na rynku finansowym, co wpływa również na zwiększenie ich bezpieczeństwa przy dokonywaniu czynności<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> L. Oręziak, *op. cit.*, s. 37-38.

<sup>13</sup> P. Wajda, *Regulacja krajowa a świadczenie usług ubezpieczeniowych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Kilka uwag krytycznych* [w:], *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych. Wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Difin, Warszawa 2017, s. 229-230.

<sup>14</sup> The European Insurance and Occupational Pensions Authority, dalej jako EIOPA.

<sup>15</sup> *EIOPA'S KEY ACHIEVEMENTS, October 2020 – October 2021, Annual hearing of EIOPA Chairperson before the Economic and Monetary Affairs Committee at the European Parliament*, EIOPA, [www.eiopa.europa.eu](http://www.eiopa.europa.eu) (02.01.2022).

<sup>16</sup> K. Surd, *The role of EIOPA in consumer protection.*, „Law & Financial Markets Review” 2013, nr 7, s. 291-292.

Nieodłącznym elementem funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego jest także dystrybucja ubezpieczeń. Jej istotność zawarta jest w jej definicji. Polega ona przede wszystkim na „doradzaniu, proponowaniu lub przeprowadzaniu innych prac przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia, na zawieraniu takich umów lub udzielaniu pomocy w administrowaniu takimi umowami [...]”<sup>17</sup>. Dystrybucja ubezpieczeń ma zatem diametralne znaczenie dla sprawnego działania rynku ubezpieczeń, gdyż to dzięki niej zagwarantowana jest płynność oraz pomoc przy zawieraniu umów ubezpieczeniowych.

Dystrybucja ubezpieczeń w ramach jednolitego rynku ubezpieczeniowego Unii Europejskiej uregulowana jest w Dyrektywie IDD, która stanowi zmianę do wcześniej uchwalonej Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (IMD). Modyfikacja miała na względzie przede wszystkim rozszerzenie grona podmiotów, które prowadzą działalność w zakresie sprzedaży usług ubezpieczeniowych<sup>18</sup>. Wcześniej bowiem dyrektywa obejmowała jedynie pośredników ubezpieczeniowych, którzy zgodnie z definicją zawartą w dyrektywie IDD nie są zakładem ubezpieczeniowym lub reasekuracyjnym, ani nie są ich pracownikami<sup>19</sup>. Rozszerzenie podmiotów objętych dyrektywą niewątpliwie wpływa m.in. na zwiększenie ochrony konsumentów. Wprowadzenie dyrektywy IDD ma również na celu poprawę harmonizacji regulacji prawnych w państwach członkowskich<sup>20</sup>, co stanowi fundamentalną część funkcjonowania wewnętrznego rynku finansowego, a w tym ubezpieczeniowego. Harmonizacja ta wpływa, jak wyżej, na ochronę klientów poprzez ustanawianie jednolitych zasad protekcji wewnątrz państw członkowskich. Dostarczanie odpowiedniej ilości informacji konsumentom o produktach, czy usług sprzedawanych przez zakłady ubezpieczeń ma dodatkowo pomóc w przypadku możliwych zaistniałych w przyszłości konfliktów interesów. Dystrybutor ubezpieczeniowy jest zobligowany do przedstawienia klientowi spersonalizowanej informacji odnośnie do możliwych ofert proponowanych przez niego. Istotnym jest, aby informacja ta zawierała wiele możliwości oraz żeby dystrybutor

<sup>17</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26 z 2.02.2016 r.), art. 1 ust. 1; dalej jako dyrektywa IDD.

<sup>18</sup> M. Szaraniec, op. cit., s. 50.

<sup>19</sup> Art. 2 ust.1 pkt 3 Dyrektywa IDD.

<sup>20</sup> K. Noussia, *The IDD and Its Impact on the Life Insurance Industry*, [w:] *Insurance Distribution Directive. A legal Analysis*, pod. red. P. Marano, K. Noussia, Springer 2021, s. 84-86.

zebrał jak najwięcej potrzebnych mu do ustalenia odpowiedniej oferty wiadomości, oczekiwań oraz sytuacji konsumenta<sup>21</sup>.

### 7.2.2 Publicznoprawne podstawy rynku ubezpieczeń w Polsce

Rynek ubezpieczeń, jak wyżej zostało omówione, stanowi nieodłączny segment wewnętrznego rynku finansowego. Klasyfikacja oraz formy prowadzenia działalności muszą być zatem odpowiednio uregulowane w każdym państwie. Ze względu na liczne możliwe przedmioty ubezpieczeń oraz coraz to bardziej rozwijające się instytucje finansowe, w tym ubezpieczeniowe, kryteria podziału ubezpieczeń oraz ich odpowiednie klasyfikacje są złożone.

Klasyfikacja ubezpieczeń w Polsce zaczyna się od ich podziału na społeczne i gospodarcze. Jest to fundamentalny rozdział, który wywodzi się z kwalifikacji ubezpieczeń społecznych do zagadnień związanych z prawem pracy oraz przynależności ubezpieczeń gospodarczych do prawa cywilnego<sup>22</sup>.

Ubezpieczenia społeczne, które stanowią jedną z technik zabezpieczenia społecznego, wywodzą się z ubezpieczeń gospodarczych i polegają na odprowadzaniu składki przez każdego ubezpieczonego do jednego funduszu. Z tego funduszu wypłacane są następnie świadczenia na rzecz ubezpieczonych<sup>23</sup>. Ze względu na swój przymusowy charakter składki te odprowadzane są obowiązkowo przez osoby, które im podlegają, jak również przez tych, którzy przystąpili do ubezpieczeń w ramach dobrowolnego podlegania. Instytucjami, które w Polsce stanowią organy świadczące usługi ubezpieczeń społecznych są Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Z kolei podział ubezpieczeń gospodarczych w polskim prawie jest dwojaki. Regulują go bowiem dwa akty prawne: Kodeks Cywilny oraz Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej<sup>24</sup>. Różnicę stanowią widoczne w nich kryteria podziału. W Kodeksie Cywilnym wyodrębniono ubezpieczenia majątkowe oraz ubezpieczenia osobowe. Natomiast w świetle przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a dokładniej jej załącznika, ubezpieczenia gospodarcze

<sup>21</sup> M. R. Quintáns Eiras, *A New European Market Insurance Distribution*, „LeXonomica” 2017, nr 9(1), s. 3-7.

<sup>22</sup> M. Cycoń, T. Jedynak, *System ubezpieczeń społecznych w Polsce*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014, s. 27.

<sup>23</sup> *Ibidem*, s. 27.

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.); dalej jako u.d.u.r.



klasyfikowane są według dwóch działów. Dział I odnosi się do Ubezpieczeń na życie, natomiast dział II obejmuje pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe<sup>25</sup>.

Zgodnie z Kodeksem Cywilnym ubezpieczenia gospodarcze klasyfikowane są ze względu na przedmiot ubezpieczenia. Art. 821 wskazuje, że w przypadku ubezpieczeń majątkowych „przedmiotem ubezpieczenia może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu”<sup>26</sup>. Stanowi to zatem: dobra materialne, prawa lub zobowiązania majątkowe. W przypadku ubezpieczeń osobowych, zgodnie z art. 829 przedmiotem natomiast jest życie i zdrowie człowieka. W przypadku ubezpieczeń na życie, ubezpieczenie dotyczy śmierci lub dożycia określonego wieku. Natomiast w przypadku, w którym przedmiotem jest zdrowie człowieka, ubezpieczenia obejmują następstwa nieszczęśliwych wypadków<sup>27</sup>.

Działalność ubezpieczeniowa, zgodnie z art. 4 u.d.u.r., to „wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych”. W skład czynności ubezpieczeniowych wchodzi m.in.: zawieranie umów ubezpieczenia, umów gwarancji ubezpieczeniowych lub zlecanie zawierania ich pośrednikom ubezpieczeniowym, składanie oświadczeń woli w sprawach roszczeń lub odszkodowania, ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu umów, ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych, wypłacanie odszkodowań, lokowanie środków zakładu ubezpieczeń, czy wykonywanie innych czynności przewidzianych dla zakładu ubezpieczeń w odrębnych ustawach<sup>28</sup>. Możliwe formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na terenie Polski uregulowane są w art. 6 u.d.u.r. W świetle przywołanego przepisu zakład ubezpieczeń może funkcjonować w formie spółki akcyjnej, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW), bądź też w formie spółki europejskiej w ramach jednolitego rynku ubezpieczeniowego. Zgodnie z tym artykułem, w Polsce przepisy spółki akcyjnej stosuje się odpowiednio do spółki europejskiej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej<sup>29</sup>.

<sup>25</sup> T. Jedynek, *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 59-63.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks Cywilny* (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93 z późn. zm.), art. 821; dalej jako k.c.

<sup>27</sup> Art. 821 §1 k.c.

<sup>28</sup> Art. 4 ust. 1,2 u.d.u.r.

<sup>29</sup> Art. 6 ust. 1,3 u.d.u.r

Prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w formie spółki akcyjnej uregulowane jest w zarówno w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jak i w kodeksie spółek handlowych. Przepisy pochodzące z kodeksu spółek handlowych odnoszą się do ogólnych zagadnień ubezpieczeniowych spółek, natomiast ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej uzupełnia przepisy ogólne<sup>30</sup>. Do powstania ubezpieczeniowej spółki akcyjnej wymagane jest zezwolenie organu nadzoru, którym w przypadku Polski jest Komisja Nadzoru Finansowego<sup>31</sup>. Jest to najbardziej rozpowszechniona forma ze względu na łatwość pozyskiwania kapitału, jak i możliwość do podejścia komercyjnego w ramach prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Celem powstania spółki akcyjnej jest maksymalizacja zysku, a więc korzyści właścicieli<sup>32</sup>. Należy pamiętać, iż zgodnie z art. 80 u.d.u.r. kapitał zakładowy nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego niezbędnego dla grup ubezpieczeń z działu I i II. Wielkość składki pobieranej od swoich klientów przez zakład ustalana jest z góry i nie jest zależna od wyniku finansowego zakładu. Zgodnie z art. 7 u.d.u.r. spółka zobligowana jest to zawarcia w swojej firmie wyrazu „towarzystwo ubezpieczeń”, „zakład ubezpieczeń”, „towarzystwo ubezpieczeń i reasekuracji” lub „zakład ubezpieczeń i reasekuracji” bądź też ich skróty. Jest to zastrzeżone jedynie dla ubezpieczeniowych spółek akcyjnych.

Zakład ubezpieczeń w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych jest znacznie rzadziej występującą formą na rynku ubezpieczeń. Jego prawne aspekty reguluje u.d.u.r. W odróżnieniu od spółki akcyjnej, głównym celem T UW jest ochrona ubezpieczonych członków. W celu utrzymania zasady wzajemności każdy klient uznawany jest za członka, co znacząco odróżnia T UW od spółki akcyjnej, gdzie podział na właściciela i klienta jest wyraźny. W przypadku prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w formie T UW-u, składka ustalana jest w zależności od wyniku finansowego, a więc ustalana jest z dołu. Zgodnie z art. 7 u.d.u.r. zakład ubezpieczeń w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, w swojej firmie musi zawrzeć sformułowania „towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych”, bądź też jego skrótu „T UW”.

---

<sup>30</sup> M. Płonka, *Institucje polskiego rynku ubezpieczeniowego*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 72-73.

<sup>31</sup> Dalej jako KNF.

<sup>32</sup> P. Gołąb, *Współczesne formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2009, nr 3, s. 88.

Kolejny, niemniej ważny aspekt rynku ubezpieczeń stanowią pośrednicy ubezpieczeniowi. Są oni bezpośrednio związani z dystrybucją ubezpieczeń. Wcześniej omawiana Dyrektywa IDD w art. 2 definiuje dystrybutora ubezpieczeń jako „każdego pośrednika ubezpieczeniowego, pośrednika oferującego ubezpieczenia uzupełniające lub zakład ubezpieczeń”<sup>33</sup>, natomiast wedle polskich przepisów, do grupy dystrybutorów wchodzi zakład ubezpieczeń, agent ubezpieczeniowy, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające lub broker ubezpieczeniowy<sup>34</sup>. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje również podział na agentów i multiagentów ubezpieczeniowych oraz agentów i multiagentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające. Różnica tkwi w dokonywaniu czynności dla przynajmniej dwóch zakładów ubezpieczeń, które prowadzą działalność w obrębie tego samego działu ubezpieczeń<sup>35</sup>. W świetle przepisów ustawy o dystrybucji ubezpieczeń pośrednikiem ubezpieczeniowym jest „agent ubezpieczeniowy, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, broker ubezpieczeniowy oraz broker reasekuracyjny, którzy wykonują dystrybucję ubezpieczeń albo dystrybucję reasekuracji za wynagrodzeniem”. Stanowi to podstawowy podział kanałów dystrybucji ubezpieczeń. Zważając na fakt, że coraz to bardziej postępujący rozwój wśród szeroko rozumianej technologii, spowodował także zwiększenie liczby możliwych dystrybutorów ubezpieczeń, do których można zaliczyć banki poprzez *bancassurance*, dealerów samochodowych, czy też nawet biura podróży, które w swoich ofertach proponują ubezpieczenie podróży. Stanowi to oczywiście nieoficjalny podział kanałów dystrybucji ubezpieczeń. Równie istotny wpływ na poszerzenie możliwości zawierania umów ubezpieczenia miał Internet, za pomocą którego w łatwy i przejrzysty sposób są proponowane, zestawiane są z podobnymi do siebie ofertami<sup>36</sup>.

Agentem ubezpieczeniowym, zgodnie z art. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń jest przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń. Natomiast broker ubezpieczeniowy, zgodnie z art. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń to osoba fizyczna lub prawna, która posiada zezwolenie od organu nadzoru na wykonywanie działalności brokerskiej w zakresie ubezpieczeń. Należy jednak zwrócić

<sup>33</sup> Art. 2 ust. 1 pkt 8 dyrektywa IDD.

<sup>34</sup> Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017 poz. 2486 z późn. zm.), art. 3 ust. 1 pkt 8.

<sup>35</sup> M. Orlicki, *Aksjologia dystrybucji ubezpieczeń – kryteria uznawania działań dystrybutora za zgodne z prawem i etyczne*, [w:] *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych. Wybrane zagadnienia publicznoprawne*, red. B. Gnella, M. Szaraniec, Difin, Warszawa 2017, s. 20-21.

<sup>36</sup> J. Lisowski, M. Zieniewicz, *Zmiany w kanale agencyjnym na rynku ubezpieczeniowym w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H – Oeconomia” 2015, nr 4, s. 336-337.

uwagę na różnice, które wynikają z rodzaju umów agencyjnych i brokerskich. W świetle art. 758 Kodeksu Cywilnego umowa agencyjna zawierana jest przez agenta na rzecz dającego zlecenie przedsiębiorcy, za wynagrodzeniem. Głównym celem działalności brokera ubezpieczeniowego jest natomiast zawieranie umów na rzecz konsumenta, czyli osoby poszukującej ubezpieczenia. Wynagrodzenie jednak broker ubezpieczeniowy otrzymuje od ubezpieczyciela<sup>37</sup>.

Istotnym elementem funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego jest bezpieczeństwo oraz ochrona konsumentów. W celu zwiększenia kontroli oraz doinformowania klientów na temat potencjalnych pośredników ubezpieczeniowych, wprowadzone zostały rejestry zarówno agentów jak i brokerów ubezpieczeniowych. Są one prowadzone przez Komisję Nadzoru Finansowego (KNF). Zgodnie z art. 52 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, rejestr ten prowadzony jest w systemie rejestracji internetowej. Dzięki temu zachowana jest zasada jawności. Rejestr jest dostępny dla osób trzecich, które mogą w kwestiach formalnych zwrócić się o wgląd w celu zweryfikowania potrzebnych informacji na temat agentów i brokerów ubezpieczeniowych. Prowadzenie rejestru w znacznym stopniu wspomaga ochronę konsumentów, którzy chcą zawrzeć umowę z pośrednikiem ubezpieczeniowym<sup>38</sup>.

### 7.2.3 Publicznoprawne podstawy rynku ubezpieczeń w Hiszpanii

Hiszpania, będąc państwem członkowskim Unii Europejskiej, jest podporządkowana jednolitemu rynkowi ubezpieczeń. Oznacza to, iż system ubezpieczeń w Hiszpanii będzie zbliżony, wręcz porównywalny do systemów innych państw należących do UE. Podstawowy podział ubezpieczeń w Hiszpanii składa się z dwóch podstawowych grup. Pierwszą z nich są ubezpieczenia społeczne, a drugą są ubezpieczenia prywatne. Ubezpieczenia społeczne należą do systemu zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia prywatne stanowią natomiast ubezpieczenia gospodarcze.

System zabezpieczenia społecznego w Hiszpanii dzieli się na dwa rodzaje: system składkowy oraz system nieskładkowy. Ten drugi stanowi pomoc społeczną dla osób, które ze względu na indywidualną, wyjątkową sytuację majątkową, nie są w stanie odprowadzać

---

<sup>37</sup>A. Borkowski, *Wybrane zagadnienia związane z ochroną konsumentów na rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2, s. 48.

<sup>38</sup>M. Szaraniec, *op. cit.*, s. 306.

samodzielnie składek ubezpieczeniowych<sup>39</sup>. W skład hiszpańskich instytucji, zajmujących się systemem zabezpieczenia społecznego wchodzi: Instytut Poboru Składek i Ewidencji Ubezpieczonych (*Tesoreía General de la Seguridad Social – TGSS*), Krajowy Instytut Zabezpieczenia Społecznego (*Instituto Nacional de la Seguridad Social – INSS*), Instytut spraw socjalnych pracowników sektora morskiego (*Instituto Social de la Marina – ISM*), Instytut ds. osób starszych i usług socjalnych (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMERSO*) oraz Krajowe publiczne służby zatrudnienia (*Servicio Público de Empleo Estatal – INEM*). System składkowy składa się z systemu ogólnego, którego charakteryzują osoby zatrudnione, nieobjęte innymi systemami oraz niektóre kategorie urzędników służby cywilnej, a także z trzech specjalnych systemów zawodowych. Do tej grupy należą osoby samozatrudnione, górnicy i pracownicy morskcy oraz studenci objęci ubezpieczeniem szkolnym<sup>40</sup>.

Drugi segment ubezpieczeń w Hiszpanii stanowią ubezpieczenia prywatne. Te z kolei dzielą się na dwie podgrupy: ubezpieczenia na życie i ryzyka uzupełniające oraz ubezpieczenia inne niż na życie i ryzyka dodatkowe.

W skład ubezpieczeń na życie wchodzi jedna kategoria, która obejmuje ubezpieczenia na życie, na przeżycie, bądź też połączenie obydwu. Należy pamiętać, iż do tej grupy należą również ryzyka dodatkowe. Są nimi dwie pierwsze kategorie występujące w grupie ubezpieczeń nie na życie, a więc wypadki i choroby. W celu zakwalifikowania ich do grupy ryzyk dodatkowych ubezpieczeń na życie muszą one spełniać następujące wymogi. Po pierwsze muszą być one związane z ryzykiem głównym oraz muszą odnosić się do przedmiotu pokrytego ryzykiem głównym. Dodatkowo muszą być gwarantowane w tej samej umowie. Ostatnim wymogiem, dotyczącym jedynie ubezpieczeń chorobowych, jest to, że nie może on obejmować świadczeń zdrowotnych<sup>41</sup>.

W skład ubezpieczeń nie na życie, zgodnie z załącznikiem A do ustawy Ley 20/2015, wchodzi:

- ubezpieczenia wypadku,
- ubezpieczenia choroby,

---

<sup>39</sup> *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Hiszpanii*, Komisja Europejska, [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu), dostęp: 30.12.2021 r., s. 5.

<sup>40</sup> *Jak ubezpieczają się w Unii (Hiszpania)*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, [www.zus.pl](http://www.zus.pl), dostęp: 30.12.2021 r., s. 1-2.

<sup>41</sup> Anexo A de Ley 20/2015, de 14 de Julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

- ubezpieczenia pojazdów lądowych (pojazdów nie szynowych),
- ubezpieczenia pojazdów szynowych,
- ubezpieczenia pojazd powietrznych,
- ubezpieczenia pojazdów żeglugi morskiej i śródlądowej,
- ubezpieczenia przewożonych towarów (w tym bagażu i innych przewożonych towarów),
- ubezpieczenia pozostałych szkód spowodowanych przez: ogień, eksplozję, burzę, inne żywioły, energię jądrową oraz obsunięcia ziemi i tąpnięcia,
- ubezpieczenia innych uszkodzeń mienia spowodowane przez gradobicie lub mróz, kradzież, bądź inne, niewymienione wyżej czynniki,
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z pojazdami drogowymi (w tym odpowiedzialność przewoźnika),
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z pojazdami powietrznymi (w tym odpowiedzialność przewoźnika),
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z pojazdami żeglugi morskiej i śródlądowej (w tym odpowiedzialność przewoźnika),
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej,
- ubezpieczenia kredytu,
- gwarancje (bezpośrednie i pośrednie),
- ubezpieczenia różnych strat finansowych,
- ubezpieczenie ochrony prawnej,
- ubezpieczenie osób, które znajdują się w trudnej sytuacji podczas podróży lub poza jej domem, bądź miejscem zamieszkania,
- ubezpieczenia w przypadku śmierci, obejmujące zapewnienie świadczenia usług pogrzebowych.

Formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w Hiszpanii reguluje Ley 20/2015 z dnia 4 lipca 2015 r. Art. 6 wyżej wymienionej ustawy definiuje zakład ubezpieczeń jako podmiot uprawniony do prowadzenia bezpośredniej działalności w zakresie ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń innych niż na życie. Wprowadzono również pojęcie ubezpieczyciela wewnętrznego, który jest własnością podmiotu niebędącego zakładem ubezpieczeniowym bądź reasekuracyjnym. Działa on jedynie na dla jednostki, do której należy. Ustawodawstwo

hiszpańskie wprowadza sześć możliwych form prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Istnieje bowiem możliwość utworzenia zakładu ubezpieczeń w formie: spółki akcyjnej, spółki akcyjnej europejskiej, towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, spółdzielni, spółdzielni europejskiej oraz w formie funduszu ubezpieczeń społecznych. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, spółdzielnie oraz fundusze ubezpieczeń społecznych mogą funkcjonować tylko na zasadzie stałej składki<sup>42</sup>. W celu uzyskania osobowości prawnej, wyżej wymienione jednostki muszą zostać ówczasnie zarejestrowane do rejestru *Registro Mercantil*. Spółdzielnie ubezpieczeniowe natomiast nabywają swoją osobowość na zasadach przeznaczonych dla spółdzielni. W swojej firmie zakłady ubezpieczeń zobligowane są do użycia słów *seguros*<sup>43</sup> bądź *reaseguros*<sup>44</sup> w zależności od prowadzonej działalności. Wyrażenia: „towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych”, „spółdzielnia ubezpieczeniowa” oraz „fundusze ubezpieczeń społecznych” są natomiast zarezerwowane dla podmiotów tego rodzaju<sup>45</sup>.

Minimalny kapitał zakładowy niezbędny do funkcjonowania zakładu w formie spółki akcyjnej i spółdzielni ubezpieczeniowej zależy od działalności, którą się zajmują. W przypadku ubezpieczeń na życie, gwarancji ubezpieczeniowej oraz jakiegokolwiek ubezpieczenia z zakresu odpowiedzialności cywilnej minimalny kapitał wynosi 9.015.000 euro. W przypadku ubezpieczeń wypadkowych, chorobowych, ochrony prawnej, ubezpieczenia osób znajdujących się w trudnej sytuacji podczas podróży lub poza jej domem, bądź miejscem zamieszkania oraz w przypadku ubezpieczeń w przypadku śmierci kapitał ten wynosi 2.103.000 euro. W pozostałych przypadkach kwota ta wynosi 3.005.000 euro<sup>46</sup>.

W celu utrzymania odpowiedniego nadzoru istnieje rejestr administracyjny, w którym wszystkie zakłady ubezpieczeń muszą być wpisane. Zgodnie z art. 40 Ley 20/2015 prowadzi go instytucja *La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones*<sup>47</sup>. Jest to rejestr publiczny, do którego dostęp można uzyskać poprzez media elektroniczne.

Dystrybucja ubezpieczeń w Hiszpanii opiera się na pośrednictwie ubezpieczeniowym. Będąc krajem członkowskim Unii Europejskiej, Hiszpania zobligowana była do implementacji w

---

<sup>42</sup> Ley 20/2015, de 4 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, art. 27 ust. 2.

<sup>43</sup> Z hiszp. ubezpieczenia.

<sup>44</sup> Z hiszp. reasekuracja.

<sup>45</sup> Ley 20/2015, de 4 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, art. 29.

<sup>46</sup> *Ibidem*, art. 33.

<sup>47</sup> Dalej jako DGSFP.

swoim porządku prawnym dyrektywy IDD. Regulacje odnoszące się do dystrybucji ubezpieczeń umieszczono w Real Decreto-ley 3/2020 z dnia 4 lutego 2020 r<sup>48</sup>. Upřednio przepisy dotyczące dystrybucji ubezpieczeń zamieszczone były w Ley 26/2006 z dnia 17 lipca 2006 r.

Zgodnie z art. 128 Real Decreto-ley 3/2020 pośrednikiem ubezpieczeniowym jest „każda osoba fizyczna lub prawna, która nie jest zakładem ubezpieczeń ani reasekuracji, nie jest jej pracownikiem, ani nie jest pośrednikiem ubezpieczeń komplementarnych, który w zamian za wynagrodzenie, zobowiązuje się do lub realizuje dystrybucję ubezpieczeń”. Każda osoba będąca pośrednikiem ubezpieczeniowym zobligowana jest do wpisu do rejestru w celu prowadzenia swojej działalności. Rejestr ten prowadzi DGSFP<sup>49</sup>. Pośrednicy ubezpieczeniowi muszą dostarczać wystarczające, prawdziwe informacje na każdym etapie prowadzenia swojej działalności, a więc podczas promocji, oferty i subskrypcji umów<sup>50</sup>.

Prawo hiszpańskie wprowadza podział wśród pośredników ubezpieczeniowych na: agentów oraz brokerów ubezpieczeniowych. Agenci z kolei rozróżniani są na agentów wyłącznych i niewyłącznych. Agenci wyłączni świadczą usługi na rzecz jednego zakładu ubezpieczeniowego, a agenci niewyłączni pracują dla więcej niż jednego zakładu. Broker ubezpieczeniowy działa natomiast na rzecz klienta i nie jest on zależny od jednostki ubezpieczeniowej. Jest również możliwość pośrednictwa ubezpieczeniowego w ramach działalności bankowej pod nazwą operatora bankowo-ubezpieczeniowego, który działa na zasadach agenta ubezpieczeniowego (wyłącznego lub niewyłącznego)<sup>51</sup>. Obecnie, wyżej wymienione jednostki uregulowane są w art. 135 Real Decreto-ley 3/2020.

---

<sup>48</sup> Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, dalej jako Real Decreto- ley 3/2020.

<sup>49</sup> Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, art. 132, ust. 1.

<sup>50</sup> R. Lara, *Transparency in Insurance Law and Regulation in Spain*, [w:] *Transparency in Insurance Regulation and Supervisory Law. A Comparative Analysis*, Springer 2021, s. 250.

<sup>51</sup> M. Szaraniec, *op. cit.*, s. 63.



### 7.3. Postawy polskich i hiszpańskich społeczeństw wobec ubezpieczeń w świetle wyników własnych badań ankietowych

#### 7.3.1 Metodyka badań

W celu zbadania wydatków gospodarstw domowych na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii przeprowadzono badanie ankietowe przy użyciu dwóch kwestionariuszy Google Forms. Jeden arkusz został skierowany do grupy polskich gospodarstw domowych, a drugi, w języku hiszpańskim, zawierający analogiczne pytania, został udostępniony grupie gospodarstw domowych w Hiszpanii. Badanie realizowane zostało w kwietniu 2022 roku, na grupie 114 Polaków oraz 97 Hiszpanów. W badaniu wzięły udział osoby, które należały do następujących grup wiekowych: poniżej 18 lat, od 18 do 26 lat, od 27 do 39 lat, od 40 do 64 lat, powyżej 65 lat. Kwestionariusz składał się z 18 pytań, których celem było zaprezentowanie postaw polskiego i hiszpańskiego społeczeństwa względem ubezpieczeń oraz jakie czynniki wpływają na skłonność gospodarstw domowych do ponoszenia wydatków na ubezpieczenia. W celu zbadania postaw społeczeństwa wobec ubezpieczeń, w kwestionariuszu zadano dziewięć pytań, które dotyczą tego zagadnienia. Zbadano w nich:

- samoocenę własnej wiedzy na temat szeroko rozumianych finansów, a także na temat ubezpieczeń,
- poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz przyczyny jego braku,
- opinię na temat niezbędności ubezpieczeń w życiu oraz jej powody,
- potrzebę ubezpieczania się mimo braku wystąpienia zdarzenia losowego,
- postawę wobec dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz przedziały maksymalnych składek, które poszczególne jednostki byłyby skłonne opłacać na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.

W celu zbadania zależności występujących między wyżej wymienionymi czynnikami postawiono odpowiednie hipotezy oraz przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat. Do obliczeń przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ .

Pierwsza część badań dotyczyła postaw polskiego oraz hiszpańskiego społeczeństwa wobec ubezpieczeń. Zbadano, czy istnieją zależności między krajem pochodzenia a opinią, że ubezpieczenia są konieczne w życiu. Dokonano również analizy zależności między zaufaniem respondentów do zakładów ubezpieczeń a opinią, że ubezpieczenia są konieczne w życiu.

Istotnym punktem przeprowadzonego badania w części pierwszej była zależność między krajem pochodzenia a gotowością do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Na potrzeby badania przeprowadzono następujące testy niezależności Chi-kwadrat:

H<sub>1</sub>: istnieje istotna zależność między krajem pochodzenia a opinią, że ubezpieczenia są konieczne w życiu.

H<sub>2</sub>: istnieje istotna zależność między krajem pochodzenia a gotowością na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

W drugiej części zbadano, jakie są determinanty wydatków na ubezpieczenia gospodarstw domowych w Polsce i w Hiszpanii. Istotnym punktem analizy były również przeciętne miesięczne wydatki na poszczególne kategorie ubezpieczeń, a także porównanie wielkości ponoszonych wydatków na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii. Przeprowadzono również test niezależności Chi-kwadrat liczby posiadanych ubezpieczeń względem następujących czynników X<sub>n</sub>:

- przeciętne miesięczne osiągnięte dochody netto,
- wiek.

Przyjęte w teście niezależności Chi-kwadrat hipotezy alternatywne kształtowały się następująco:

H<sub>3</sub>: istnieje istotna zależność między poziomem osiąganego dochodu netto gospodarstw domowych a ilością wykupionych ubezpieczeń.

H<sub>4</sub>: istnieje istotna zależność między wiekiem a liczbą wykupowanych ubezpieczeń.

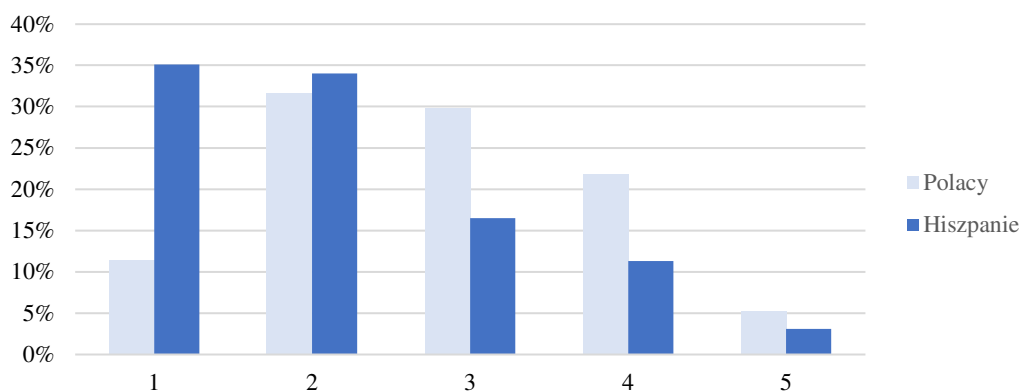
### 7.3.2 Postawy społeczeństwa wobec ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii

Przez postawę w psychologii rozumie się strukturę procesów poznawczych, emocjonalnych, a także tendencji do zachowania, dzięki którym człowiek wyraża swój pogląd, czy też stosunek do danego zjawiska. W skład procesu poznawczego wyróżnić można stan wiedzy oraz świadomość na temat danego przedmiotu. Element emocjonalny charakteryzują zarówno pozytywne jak i negatywne przekonania, upodobania, czy preferencje<sup>52</sup>. W literaturze przedmiotu na pojęcie świadomości finansowej składają się: wiedza finansowa, znajomość pojęć, produktów oraz własnej sytuacji finansowej, zrozumienie, umiejętności interpretowania

<sup>52</sup> M. Musiał, *Postawy finansowe Polaków w procesie gospodarowania finansami osobistymi*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 67, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2014, nr 804, s. 840.

informacji finansowych, podejmowania decyzji oraz wyboru produktów finansowych adekwatnych do własnej sytuacji majątkowej, motywacja oraz pewność siebie do podejmowania decyzji finansowych. Wywnioskować zatem można, iż świadomość finansowa stanowi szersze pojęcie, którego składową jest wiedza finansowa<sup>53</sup>. Poprzez świadomość ubezpieczeniową rozumie się stan intelektualny, który wynika z poziomu znajomości, zrozumienia, także racjonalnego wartościowania faktów i zdarzeń, które zachodzą na rynku ubezpieczeniowym. Składają się na nie następujące czynniki: świadomość zagrożeń oraz ich postrzeganie, znajomość dóbr i usług oferowanych przez rynek ubezpieczeniowy, wiedza na temat posiadanych praw i obowiązków ubezpieczeniowych, umiejętność oceny poziomu konsumpcji usług ubezpieczeniowych względem realnych potrzeb, a także zamiary korzystania z ochrony ubezpieczeniowej<sup>54</sup>.

Na pewność siebie do podejmowania decyzji w zakresie ubezpieczeń wpływa również wysoki poziom własnej oceny na temat posiadanej wiedzy na ich temat. Na wykresie 7.1 zaprezentowano, jak Polacy oraz Hiszpanie oceniają swój poziom wiedzy na temat ubezpieczeń w skali od 1 do 5, gdzie ocena 1 oznacza bardzo niski poziom wiedzy, a ocena 5 stanowi bardzo wysoki poziom. W celu sprawdzenia, czy kraj pochodzenia ma wpływ na ocenę własnej wiedzy na temat ubezpieczeń przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat. Wyniki testu przedstawiono w tabeli 7.1.



**Rysunek 7.1. Samoocena wiedzy na temat ubezpieczeń Polaków oraz Hiszpanów w skali od 1 do 5**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

<sup>53</sup> M. Zdanowska, *Świadomość finansowa w Polsce*, „Współczesne Problemy Ekonomiczne” nr 5, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2012, nr 767, s. 214 – 216.

<sup>54</sup> J. Iwko, J. Iwko, *Świadomość ubezpieczeniowa indywidualnych klientów zakładów ubezpieczeń z terenu województwa dolnośląskiego na tle badań ankietowych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2, str. 90-91.

Z wyników kwestionariusza stwierdzić można, iż Polacy lepiej oceniają poziom badanej wiedzy. Jedynie 11,4% Polaków uważa, że nie ma wiedzy na temat ubezpieczeń. W przypadku mieszkańców Hiszpanii, ocenę „1” przyznało sobie aż 35,1% osób. 30% Polaków ocenia swój poziom wiedzy jako przeciętny, a Hiszpanie w jedynie 16,5%.

Na postawy społeczeństwa w stosunku do ubezpieczeń wpływa także poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń. Wyniki badań pozwalają na stwierdzenie, iż Polacy mają większe zaufanie względem instytucji ubezpieczeniowych niż Hiszpanie. 68,4% respondentów z Polski odpowiedziało pozytywnie na pytanie „Czy ma Pan/i zaufanie do zakładów ubezpieczeń”. W przypadku badania przeprowadzonego wśród Hiszpanów, również większość respondentów (57,7%) ufa zakładom ubezpieczeń.

Brak zaufania do zakładów ubezpieczeń jest spowodowany przez wiele czynników. W badaniu ankietowym poproszono respondentów o podanie przyczyn negatywnych emocji skierowanych względem zakładów ubezpieczeń. W Polsce najczęściej podawaną odpowiedzią było zdanie „Uważam, że zakłady ubezpieczeń chcą na mnie zarobić”. Takie zdanie wyraziło 44,7% z osób, które nie ufają zakładom ubezpieczeń. Z kolei 39,5% wcześniej wymienionych badanych ma obawę przed niewypłaceniem odszkodowania i związanymi z tym możliwymi stratami finansowymi. Dwanaście osób spotkało się ze złymi doświadczeniami rodziny i bliskich osób związanych z ubezpieczeniami, a ośmiu respondentom nie zostało wypłacone odszkodowanie bądź też jego wartość została zaniżona. Brak zaufania do zakładów ubezpieczeń spowodowany jest również przez brak korzystania z ich usług.

W Hiszpanii brak zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz towarzystw ubezpieczeniowych wyraziło 42,3% ankietowanych. Podobnie jak w Polsce, może być to skutkiem przekonania, że zakłady ubezpieczeń chcą zarobić na swoich klientach. Takie zdanie wyraziło 16% respondentów. Jednak najczęściej wybieraną przyczyną negatywnych emocji kierowanych względem wyżej wymienionych instytucji jest złe doświadczenie bliskich osób ankietowanych, ponieważ 40,5% osób, które nie ufają zakładom ubezpieczeń, podało tę odpowiedź.

Znaczącym składnikiem postawy wobec ubezpieczeń jest poczucie konieczności ubezpieczenia się. W badaniu ankietowanym zostało zadane pytanie: „Czy uważa Pan/i, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu”. W Polsce aż 87,7% respondentów odpowiedziało „Tak” na zadane pytanie. Nieco inaczej odpowiedzieli Hiszpanie. W przypadku kwestionariusza skierowanego do mieszkańców Hiszpanii również ponad połowa ankietowanych odpowiedziała „Tak”

na zadane pytanie, jednak stanowili oni grupę 67% osób. W celu zbadania, czy pozytywna odpowiedź na wyżej zadane pytanie zależy od zaufania do zakładów ubezpieczeń, a także od kraju pochodzenia, przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat. Tabele 7.1 oraz 7.2 przedstawiają odpowiednio wyniki testu.

**Tabela 7.1. Zależność między krajem pochodzenia a opinią, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu**

Uważam, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu	Polska	Hiszpania
	Liczebność	Liczebność
Tak	100	65
Nie	14	32
Wartość p	0,0003	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Wartość p jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności. Należy więc odrzucić hipotezę zerową i przyjąć alternatywną, zgodnie z którą istnieje zależność między krajem pochodzenia, a opinią, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu. Ankietowanym zostało również zadane pytanie, jakie są główne przyczyny poczucia konieczności ubezpieczenia się. 76,6% osób odpowiedziało, że ubezpieczenie się stanowi gwarancję otrzymania odszkodowania w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego, którego dotyczyła umowa ubezpieczenia. 45,9% respondentów uważa, że jest to zabezpieczenie przed możliwymi stratami finansowymi. 67,6% ankietowanych stwierdziło, że ubezpieczenie się jest konieczne ze względu na zabezpieczenie dla siebie i dla swoich bliskich. W Hiszpanii 57,9% ankietowanych odczuwa konieczność ubezpieczenia się, ponieważ stanowi to gwarancję wypłaty odszkodowania w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego. 44,7% osób zaznacza, że jest to ochrona przed możliwymi stratami finansowymi, a 70,6% respondentów uważa, że jest to zabezpieczenie dla siebie i dla swoich bliskich.

**Tabela 7.2. Zależność między zaufaniem do zakładów ubezpieczeń a opinią, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu**

Ufam zakładom ubezpieczeń	Polska		Hiszpania	
	Ubezpieczenia są niezbędne w życiu	Ubezpieczenia nie są niezbędne w życiu	Ubezpieczenia są niezbędne w życiu	Ubezpieczenia nie są niezbędne w życiu
	Liczebność	Liczebność	Liczebność	Liczebność
<b>Tak</b>	74	4	20	21
<b>Nie</b>	26	10	12	44
<b>Wartość p</b>	0.000615		0.004651	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii wartość p jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności. Zależy zatem odrzucić hipotezę zerową, która mówi o braku zależności pomiędzy czynnikiem, którym jest zaufanie do zakładów ubezpieczeń a opinią, że ubezpieczenia są konieczne w życiu człowieka oraz przyjąć hipotezę alternatywną, świadczącą o zależności między wyżej wymienionymi aspektami. Należy zwrócić uwagę, że w Polsce zależność ta jest silniejsza niż w Hiszpanii.

Istotnym elementem wpływającym na poczucie konieczności ubezpieczenia się jest również lęk przed możliwymi następstwami ryzyk, mimo iż osoby ubezpieczone wcześniej ich nie doświadczyły. Na pytanie: „Czy mimo braku wystąpienia zdarzenia losowego, którego dotyczyła umowa ubezpieczenia, dalej odczuwa Pan/i potrzebę ubezpieczenia się?” 90,1% respondentów z Polski odpowiedziało „Tak”. W przypadku kwestionariusza skierowanego do mieszkańców Hiszpanii, również większość odpowiedzi była pozytywna, jednak mniejsza niż w Polsce i wynosiła 77,7%. Świadczy to o wysokiej potrzebie ubezpieczenia się ze względu na niepewną przyszłość.

Istotną część nieobowiązkowych ubezpieczeń wchodzących w skład ubezpieczeń gospodarczych stanowi dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Respondentom zadano pytanie, czy „Gdyby dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne było gwarantem poprawy dostępu do usług medycznych i ich jakości, czy Pan/i byłby/byłaby gotowy/a wykupić takie ubezpieczenie?”. Znaczna część osób, zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii, bo aż 86% respondentów z Polski oraz 82,5% respondentów z Hiszpanii, odpowiedziało pozytywnie na wyżej podane pytanie. W celu zbadania, czy istnieje zależność między krajem pochodzenia a gotowością do wykupienia

dotychczasowego ubezpieczenia zdrowotnego przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat, a w tabeli 7.3 przedstawiono jego wyniki.

**Tabela 7.3. Zależność między krajem pochodzenia a gotowością na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego**

Gotowość do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego	Polska	Hiszpania
	Liczebność	Liczebność
Tak	98	80
Nie	16	17
Wartość p	0.486615	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Wartość p jest większa od przyjętego poziomu istotności. Oznacza to, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, mówiącej o braku zależności między krajem pochodzenia, a gotowością do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia medycznego. Zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii ponad 80% badanych osób byłoby gotowych wykupić dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, jeżeli będzie to miało wpływ na poprawę jakości świadczonych im usług. Może to być spowodowane przez relatywnie niski poziom usług świadczonych przez publiczne placówki zdrowotne zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii. Choć zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii większość respondentów byłaby chętna do wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, to wysokość maksymalnej składki, którą byliby skłonni zapłacić za wcześniej wspomniane ubezpieczenie różni się w analizowanych państwach. Wyniki przedstawiono w tabeli 7.4. Na potrzeby umożliwienia porównania danych, wartość dla Polski zostały przeliczone według średniego kursu NBP z dnia 04.05.2022 r.

**Tabela 7.4. Maksymalna składka, którą mieszkańcy Polski i Hiszpanii byliby skłonni opłacać na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne**

Wyszczególnienie	Polska		Hiszpania	
	Liczebność	%	Liczebność	%
Nie byłbym/byłabym skłonny/a opłacać takiej składki	15	13,2%	13	13,4%
Poniżej 20 euro	49	43%	21	21,6%
20 – 40 euro	35	30,7%	35	36,1%
40 – 60 euro	8	7%	15	15,5%
Ponad 60 euro	7	6,1%	13	13,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Z wyników badania wywnioskować można, iż Hiszpanie byliby skłonni ponosić większe miesięczne wydatki na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Głównym czynnikiem, który może wpływać na rezultaty przeprowadzonego badania są osiągnięte przeciętne miesięczne dochody netto, które wśród gospodarstw domowych w Hiszpanii są wyższe niż wśród polskich gospodarstw domowych.

#### 7.4. Czynniki wpływające na wydatki na ubezpieczenia w Polsce i w Hiszpanii na podstawie wyników własnych badań ankietowych

W Polsce najczęściej wybieranym dodatkowym ubezpieczeniem, zgodnie z wynikami badania ankietowego, były ubezpieczenia wykorzystywane w szkole, czy pracy, takie jak ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wydatków, gdyż 72,8% osób posiada lub posiadało takie ubezpieczenie. Najrzadziej wybieranymi ubezpieczeniami w Polsce były: ubezpieczenia związane z nieruchomością, np. ubezpieczenie ogniowe, mienia, czy powodziowe, a także dodatkowe ubezpieczenie związane z pojazdami mechanicznymi, takimi jak autocasco. Tabela 7.5 przedstawia liczbę ubezpieczeń posiadanych przez badane osoby w Polsce oraz w Hiszpanii.

**Tabela 7.5. Liczba posiadanych ubezpieczeń przez mieszkańców Polski oraz Hiszpanii**

Wyszczególnienie	Polska		Hiszpania	
	Liczebność	%	Liczebność	%
Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	65	57%	63	64,9%
Ubezpieczenie na życie	55	48,2%	27	27,8%
Ubezpieczenia związane z nieruchomością (np. ogniowe, mienia, powodziowe, itp.)	32	28,1%	36	37,1%
Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne	34	29,8%	40	41,2%
Inne ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi (np. autocasco)	32	28,1%	22	22,7%
Ubezpieczenie podróżne	57	50%	37	38,1%
Ubezpieczenia wykorzystywane w szkole, pracy (np. NNW)	83	72,8%	20	20,6%
Brak dodatkowych ubezpieczeń	5	3,5%	14	14,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Drugim najczęściej wybieranym ubezpieczeniem w przypadku respondentów z Polski jest ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Ponad połowa, bo 57%



respondentów opłaca składki na wspomniane ubezpieczenie. Ze względu na jego obowiązkowy charakter, każdy kto posiada pojazd mechaniczny zobligowany jest do jego wykupienia i opłacania składek. Stanowi to główny powód wysokiego udziału tego rodzaju ubezpieczenia wśród innych wymienionych ubezpieczeń. Należy zwrócić jednak uwagę, że znacznie mniejsza liczba respondentów posiada dodatkowe ubezpieczenie związane z pojazdami mechanicznymi, takimi jak autocasco. Podaną odpowiedź zaznaczyło 28,1% ankietowanych. Często spotykanymi ubezpieczeniami wśród wymienionych w tabeli 3.1 są również ubezpieczenia na życie (48,2% respondentów) oraz ubezpieczenia podróżne (50% respondentów). W celu zweryfikowania, czy osiągnięte dochody oraz wiek mają wpływ na liczbę posiadanych ubezpieczeń, przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat, a jego wyniki przedstawiono w tabelach 7.6 oraz 7.7.

**Tabela 7.6. Zależność między osiąganym miesięcznym dochodem a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Polsce**

Przeciętne miesięczne osiągnięte dochody	Ilość wykupionych ubezpieczeń							
	0	1	2	3	4	5	6	7
0 – 2 tys. zł	4	10	7	12	6	3	0	0
2 – 4 tys. zł	0	5	10	8	4	1	1	0
4 – 6 tys. zł	0	0	6	2	1	5	2	0
6 – 8 tys. zł	0	1	0	0	0	1	1	1
Powyżej 8 tys. zł.	0	0	0	1	0	3	5	3
Wartość p	0.0000011							

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.

**Tabela 7.7. Zależność między wiekiem a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Polsce**

Wiek	Ilość wykupionych ubezpieczeń		
	0 - 1	2 - 4	5 - 7
18 – 26 lat	20	49	8
27 – 39 lat	0	2	2
40 – 64 lat	0	5	12
Wartość p	0.00000171		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.

W obu przeprowadzonych testach wartość p jest niższa od przyjętego poziomu istotności. Należy zatem odrzucić hipotezę zerową, która dotyczy braku zależności między poziomem

przeciętnych miesięcznych dochodów a liczbą posiadanych ubezpieczeń oraz hipoteczę zerową, mówiącej o braku zależności między wiekiem a liczbą posiadanych ubezpieczeń. Z wyników badania ankietowego wywnioskować można, iż osoby, które mniej zarabiają posiadają mniej ubezpieczeń niż osoby, których przeciętne miesięczne dochody netto przekraczają 4 tys. zł.

Zapytani o przyczyny niezawierania umowy ubezpieczenia, respondenci w Polsce wskazywali w znacznej części następujące powody: brak posiadanego pojazdu mechanicznego, przez co nie są zobowiązani do wykupywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, a także brak potrzeby dodatkowego ubezpieczania się. Mniej liczne grono ankietowanych wskazuje jako przyczyny:

- brak zaufania do zakładów ubezpieczeń (14,1% osób),
- sytuacja dochodowa, która nie pozwala na zakup dodatkowych ubezpieczeń (11,3% osób),
- brak obawy przed możliwymi skutkami finansowymi, które mogą ponieść przez wystąpienie zdarzenia losowego (11,3%).

Wśród respondentów z Hiszpanii najczęściej wybieranym ubezpieczeniem było ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Odpowiedź ta była wybrana w przypadku 64,9% ankietowanych. 41,2% osób wykupiło dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Odpowiednio 37% i 38% respondentów posiada lub posiadało ubezpieczenia związane z nieruchomością oraz ubezpieczenie podróże.

**Tabela 7.8. Zależność między przeciętnym miesięcznym dochodem netto a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Hiszpanii**

Przeciętne miesięczne osiągnięte dochody	Ilość wykupionych ubezpieczeń		
	0 - 1	2 - 4	5 - 7
0 – 600 euro	31	15	1
600 – 1200 euro	6	16	3
1200 – 2400 euro	2	8	5
2400 – 3000 euro	0	2	2
Powyżej 3000 euro	0	1	5
Wartość p	0.00001217		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Istotnym jest, iż w Hiszpanii większy odsetek respondentów nie posiada dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Mniej osób posiada również ubezpieczenie na życie. W

porównaniu do Polski więcej Hiszpanów posiada ubezpieczenia związane z nieruchomością. W Polsce posiada je około 28% respondentów, a w Hiszpanii o 10 punktów procentowych więcej. Znaczącą różnicę zauważyć można również w przypadku ubezpieczeń wykorzystywanych w szkole, czy pracy. W Polsce 72,8% ankietowanych posiada bądź posiadało takie ubezpieczenie. W Hiszpanii natomiast jedynie 20,6% osób wykupiło ubezpieczenie, które jest wykorzystywane w miejscu pracy, czy też nauki. W przypadku kwestionariusza skierowanego do mieszkańców Hiszpanii również na podstawie jego wyników przeprowadzono test niezależności Chi-kwadrat. W tabelach 7.8 oraz 7.95 przedstawiono jego wyniki. Zbadano brak zależności pomiędzy liczbą posiadanych ubezpieczeń a przeciętnym miesięcznym dochodem netto, a także wiekiem.

**Tabela 7.9. Zależność między wiekiem a ilością posiadanych ubezpieczeń w Hiszpanii**

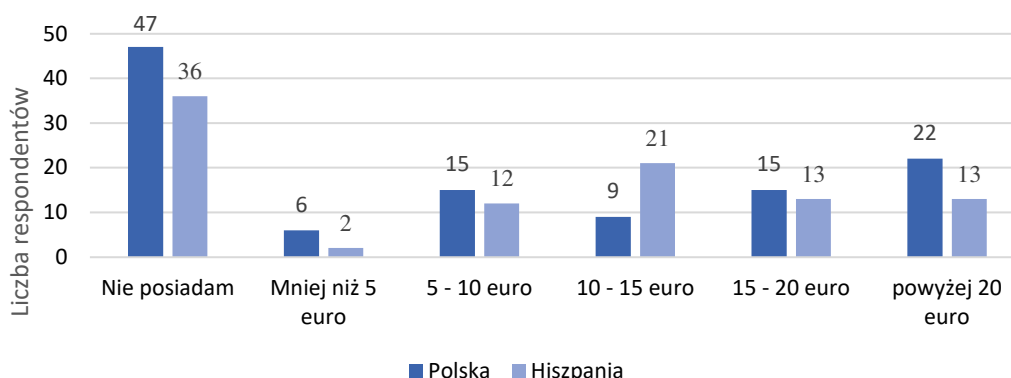
Wiek	Ilość wykupionych ubezpieczeń		
	0 - 1	2 - 4	5 - 7
18 – 26 lat	33	21	5
27 – 39 lat	1	6	4
40 – 64 lat	2	13	5
Powyżej 64 lat	1	1	0
Wartość p	0.00214901		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego

Prawdopodobieństwo testowe (wartość p) w obu testach jest niższa od przyjętego poziomu istotności. Świadczy to, iż należy odrzucić hipotezę zerową, która mówi, że liczba posiadanych ubezpieczeń nie zależy od wieku. Hipoteza zerowa, według której liczba posiadanych ubezpieczeń nie zależy od osiągniętych przeciętnych miesięcznych dochodów netto również powinna zostać odrzucona. Należy zatem przyjąć hipotezę alternatywną. Im niższe są osiągnięte miesięczne dochody, tym mniejsza jest liczba posiadanych ubezpieczeń. Podobne stwierdzenie można postawić przy zależności od wieku. Im respondenci są młodszy, tym mniej ubezpieczeń posiadają. W przypadku Hiszpanii dwoma głównymi przyczynami braku posiadania ubezpieczenia są: brak posiadanego pojazdu mechanicznego, a także niepozwalająca na zawarcie umowy ubezpieczenia sytuacja dochodowa respondentów. 30% ankietowanych nie czuje potrzeby ubezpieczania się, a 24,5% osób stwierdziło, że nie ubezpiecza się, ponieważ nie ufa zakładom ubezpieczeń. Jedynie około 10% ankietowanych nie posiada bądź nie posiadało

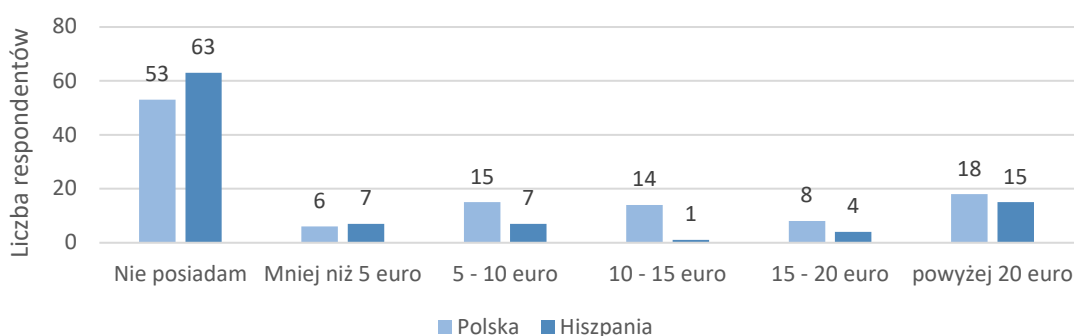
ubezpieczenia ze względu na obawę przed możliwymi stratami finansowymi związanymi z zawarciem umowy ubezpieczenia.

Wysokość miesięcznej składki płaconej przez respondentów na poszczególne ubezpieczenia, które posiadają lub posiadali różni się w Polsce i w Hiszpanii. Różnice wynikają przede wszystkim z liczby posiadanych ubezpieczeń oraz od sytuacji dochodowej Polaków i Hiszpanów. W celu doprowadzenia danych do porównywalności, kwoty podane przez Polaków zostały przeliczone według średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP na dzień 04.05.2022 r. Na wykresach 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7 oraz 7.8 przedstawiono poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów z tytułu poszczególnych kategorii ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii. Dane przedstawiono w euro.



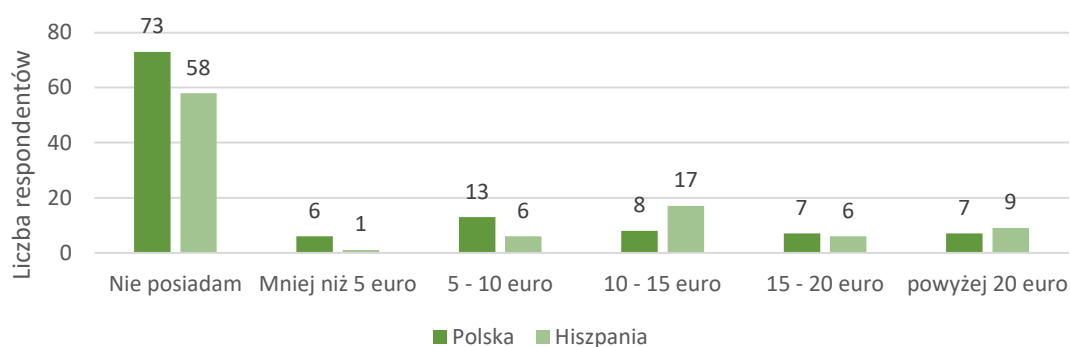
**Rysunek 7.2. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.



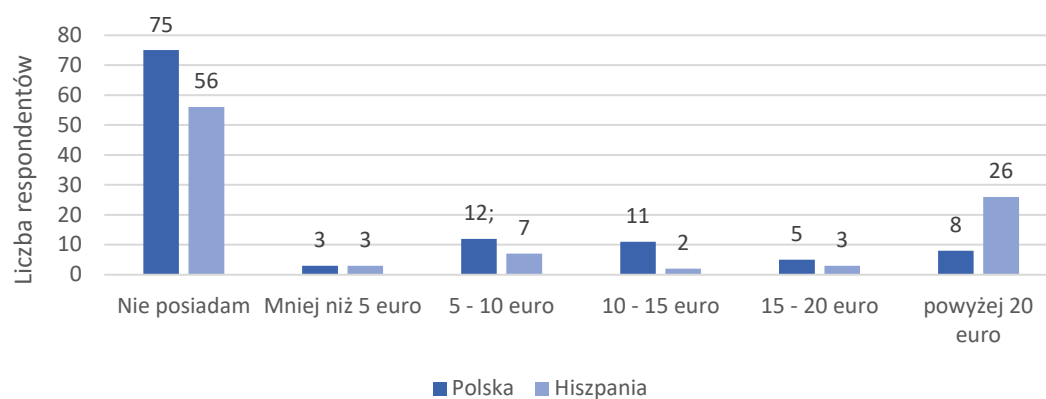
**Rysunek 7.3. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie na życie w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.



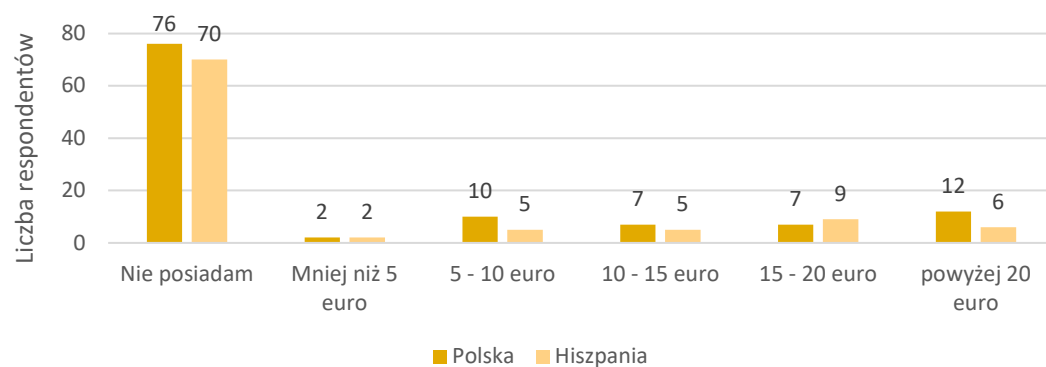
**Rysunek 7.4. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie związane z nieruchomością w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego



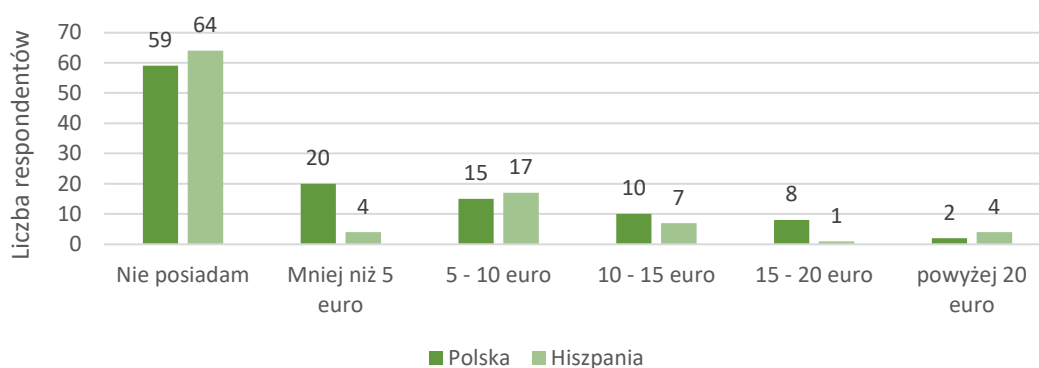
**Rysunek 7.5. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.



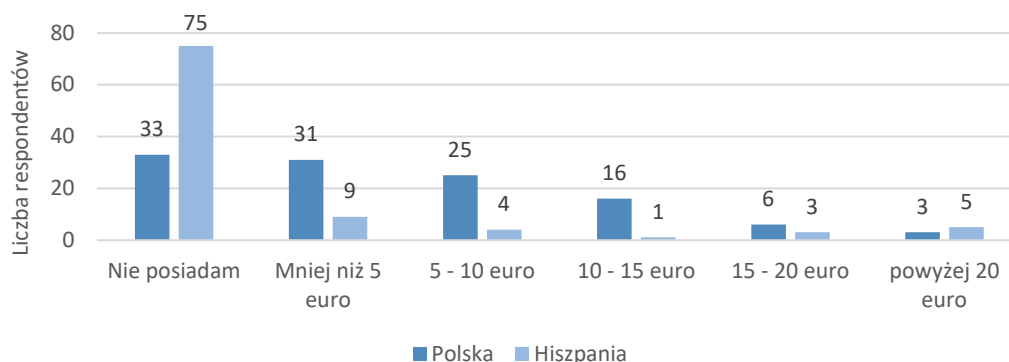
**Rysunek 7.6. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na inne ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.



**Rysunek 7.7. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenia podróżne w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.



**Rysunek 7.8. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenia wykorzystywane w szkole oraz w pracy (np. NNW) w Polsce i w Hiszpanii (w euro)**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnego badania ankietowego.

W przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych najwięcej Hiszpanów płaci składki w wysokości 10–15 euro. Wśród Polaków, którzy mają ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ponad 50% płaci składki powyżej 15 euro miesięcznie. W przypadku ubezpieczenia na życie znaczna liczba osób odpowiedziała, że go nie posiada. Najwięcej respondentów, zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii, płaci natomiast składki powyżej 20 euro miesięcznie. Ubezpieczenia związane z nieruchomością również nie są często wykupowane przez mieszkańców Polski i Hiszpanii. Polscy respondenci badania ankietowego, jeżeli posiadają taki ubezpieczenie, przeważnie płacą składki w wysokości od 5 do 10 euro miesięcznie. Hiszpanie natomiast od 10 do 15 euro miesięcznie. W przypadku dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki wśród Hiszpan w przeważającej większości wynosi ponad 20 euro miesięcznie. Rzadko wykupowanymi ubezpieczeniami są inne ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi. Wśród osób badanych w Polsce, którzy

posiadają inne ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi, około 30% udzieliło odpowiedzi, że płaci na nie składki w wysokości ponad 20 euro miesięcznie. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było od 5 do 10 euro miesięcznie. Taki wynik zaznaczyło około 26% respondentów posiadających analizowane ubezpieczenie. Respondenci z Hiszpanii, którzy wykupili dodatkowe ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi natomiast wydają od 15 do 20 euro miesięcznie. Tak odpowiedziało około 33% badanych osób. Podobnie jak w Polsce, drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było od 10 do 15 euro. Taki sam odsetek respondentów z Hiszpanii wybrał również odpowiedź od 5 do 10 euro i wynosił on około 19%. Ubezpieczenia podróżne wśród respondentów z Polski są częściej wykupowane niż wśród badanych osób z Hiszpanii, jednak wysokość składki na nie opłacanej jest relatywnie niska. Miesięcznie wynosi ona poniżej 5 euro miesięcznie. Hiszpanie natomiast wykupując ubezpieczenie podróżne płacą od 5 do 10 euro miesięcznie. Ubezpieczenia wykorzystywane w szkole lub w pracy, których przykładem jest ubezpieczenie NNW, jest jednym z częściej wykupowanym przez Polaków. W większości składki przez nich ponoszone na wyżej wymienione ubezpieczenie wynoszą miesięcznie mniej niż 5 euro. Jednak należy zwrócić uwagę, iż znacząca liczba osób opłaca miesięczne składki w wysokości od 5 do 10 euro.

## 7.5. Podsumowanie

Zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii, ze względu na przynależność do jednolitego rynku ubezpieczeniowego, obowiązują te same regulacje unijne. Dyrektywy Unii Europejskiej ujednolicają zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej wśród krajów członkowskich. Powoduje to, iż system oraz zasady funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego w Polsce i w Hiszpanii są bardzo podobne. Ma to odzwierciedlenie w tym, iż ubezpieczenia gospodarcze są podobnie klasyfikowane. Zgodność widoczna jest również w funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeniowych, a także w pośrednictwie ubezpieczeniowym.

W oparciu o przeprowadzone badania ankietowe, a także o dokonane testy niezależności Chi-kwadrat można stwierdzić iż pierwsza postawiona hipoteza została zweryfikowana w sposób pozytywny - w Hiszpanii 67,01% respondentów uważa, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu. Osoby mieszkające w Polsce w 87,72% zgadzają się z wyżej podanym stwierdzeniem. Zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii głównymi przyczynami poczucia konieczności

ubezpieczania się są: gwarancja wypłaty odszkodowania w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego oraz to, iż ubezpieczenia stanowią zabezpieczenie dla ubezpieczonego oraz jego bliskich.

Druga postawiona hipoteza badawcza została zweryfikowana w sposób negatywny. Zależność między krajem pochodzenia a gotowością na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie istnieje. Zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii, odsetek osób skłonnych do wykupienia dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego jest wysoki i wynosi ponad 80%. Choć odsetek osób, którzy odpowiedzieli pozytywnie na zadane im pytanie w Polsce i w Hiszpanii był do siebie zbliżony, jednak w Polsce był on wyższy niż w Hiszpanii i wynosił 86%. W Hiszpanii natomiast wynosił 82,5%.

Trzecia oraz czwarta hipoteza badawcza zostały zweryfikowane w sposób pozytywny. Zarówno poziom przeciętnego miesięcznego dochodu oraz wiek mają wpływ na liczbę posiadanych ubezpieczeń. Im wyższe są przeciętne miesięczne dochody, tym większa jest liczba posiadanych ubezpieczeń zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii. Na podstawie wyników badań stwierdzić również można, że osoby w wieku od 40 do 64 lat posiadają najwięcej ubezpieczeń. Istotnie mniejszą liczbę produktów ubezpieczeniowych należą osoby z grupy wiekowej 18 – 26 lat. W Polsce najczęściej wykupowanym rodzajem ubezpieczeń są ubezpieczenia wykorzystywane w szkole, czy pracy, których przykład stanowi NNW. W Hiszpanii natomiast najczęściej posiadane ubezpieczenie to ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Niniejsze opracowanie może stanowić przyczynek do pogłębienia badań związanych z rynkiem ubezpieczeń w Polsce i w Hiszpanii. Istotny punkt badań stanowić może funkcjonowanie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego na polskim i hiszpańskim rynku, a także wpływ społecznych czynników na rynek ubezpieczeń, takich jak różnice kulturowe. Wartym zbadania jest również poziom wydatków na ubezpieczenia wśród innych państw należących do jednolitego rynku ubezpieczeniowego, przede wszystkim na rynku, który wychodzi poza granice Unii Europejskiej. Przykład stanowić mogą instytucje ubezpieczeniowe w Stanach Zjednoczonych, które ze względu na podporządkowanie pod swoje regulacje prawne, mogą funkcjonować inaczej niż na rynku ubezpieczeniowym krajów członkowskich Unii Europejskiej.



## Literatura

### Piśmiennictwo

- Borkowski A., *Wybrane zagadnienia związane z ochroną konsumentów na rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2.
- Cycoń M., Jedynak T., *System ubezpieczeń społecznych w Polsce*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014.
- Gołąb P., *Współczesne formy prowadzenia działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2009, nr 3.
- Hess T., Trauth T., *Towards, A Single European Insurance Market*, “International Journal of Business” 1998, nr 3(1).
- Iwko J., Iwko J., *Świadomość ubezpieczeniowa indywidualnych klientów zakładów ubezpieczeń z terenu województwa dolnośląskiego na tle badań ankietowych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2.sty
- Jedynak T., *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Kukuryk P., *Elementy prawa Unii Europejskiej*, [w:] *Podstawy prawa dla ekonomistów*, red. B. Gnela, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Lara R., *Transparency in Insurance Law and Regulation in Spain*, [w:] *Transparency in Insurance Regulation and Supervisory Law. A Comparative Analysis*, Springer 2021.
- Lisowski J., Zieniewicz M., *Zmiany w kanale agencyjnym na rynku ubezpieczeniowym w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H – Oeconomia” 2015, nr 4.
- Musiał M., *Postawy finansowe Polaków w procesie gospodarowania finansami osobistymi*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 67, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2014, nr 804.
- Noussia K., *The IDD and Its Impact on the Life Insurance Industry*, [w:] *Insurance Distribution Directive. A legal Analysis*, red. P. Marano, K. Noussia, Springer 2021.
- Oręziak L., *Jednolity rynek ubezpieczeniowy w ramach Unii Europejskiej – zasady funkcjonowania i kierunki rozwoju*, „Zeszyty Naukowe/Szkoła Główna Handlowa. Kolegium Gospodarki Światowej” 1996, nr 1.
- Orlicki M., *Aksjologia dystrybucji ubezpieczeń – kryteria uznawania działań dystrybutora za zgodne z prawem i etyczne*, [w:] *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych. Wybrane zagadnienia publicznoprawne*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Difin, Warszawa 2017.
- Płonka M., *Instytucje polskiego rynku ubezpieczeniowego*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Quintáns Eiras M.R., *A New European Market Insurance Distribution*, „LeXonomica” 2017, nr 9(1).
- Surd K., *The role of EIOPA in consumer protection*, „Law & Financial Markets Review” 2013, nr 7.
- Szaraniec M., *Działalność gospodarcza pośredników ubezpieczeniowych. Studium publicznoprawne*, Difin, Warszawa 2017.
- Wajda P., *Regulacja krajowa a świadczenie usług ubezpieczeniowych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Kilka uwag krytycznych* [w:], *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych. Wybrane zagadnienia prawne*, red. B. Gnela, M. Szaraniec, Difin, Warszawa 2017.
- Zdanowska M., *Świadomość finansowa w Polsce*, „Współczesne Problemy Ekonomiczne” nr 5, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2012, nr 767.

### Źródła internetowe

- EIOPA'S KEY ACHIEVEMENTS, October 2020 – October 2021, Annual hearing of EIOPA Chairperson before the Economic and Monetary Affairs Committee at the European Parliament, EIOPA, [www.eiopa.europa.eu](http://www.eiopa.europa.eu), dostęp: 02.01.2022 r.

*Jak ubezpieczają się w Unii (Hiszpania)*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, [www.zus.pl](http://www.zus.pl), dostęp: 30.12.2021 r.

*Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Hiszpanii*, Komisja Europejska, [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu), dostęp: 30.12.2021 r.

### **Akty prawne**

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. UE L 26 z 2.02.2016 r.).

Ley 20/2015, de 4 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U..2004.90.864/2 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017 poz. 2486 z późn. zm.).

## Spis tabel

Tabela 1.1. Symptomy zagrożenia kontynuacji działalności wg MSRF.....	13
Tabela 1.2. Stany prawne i zdarzenia gospodarcze powodujące zagrożenie kontynuacji działalności jednostki.....	14
Tabela 1.3. Wewnętrzne przyczyny upadłości przedsiębiorstw.....	16
Tabela 1.4. Zewnętrzne przyczyny upadłości przedsiębiorstw .....	16
Tabela 1.5. Wady i zalety modeli dyskryminacyjnych.....	26
Tabela 1.6. Wartości modelu E. Mączyńskiej dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	28
Tabela 1.7. Wartości modelu D. Hadasik dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021 .....	29
Tabela 1.8. Wartości modelu D. Wierzby dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	30
Tabela 1.9. Wartości modelu A. Hołdy dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	30
Tabela 1.10. Wartości modelu poznańskiego dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021 .....	31
Tabela 1.11. Wartości modelu B. Prusaka dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	31
Tabela 1.12. Wartości modelu T. Maślanki dla Pharmena S.A. w latach 2016-2021 .....	32
Tabela 1.13. Wartości modeli wczesnego ostrzegania dla spółki Pharmena S.A. w latach 2016-2021 .....	32
Tabela 1.14. Wartości modelu E. Mączyńskiej dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021.....	34
Tabela 1.15. Wartości modelu D. Hadasik dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021 .....	35
Tabela 1.16. Wartości modelu D. Wierzby dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021.....	35
Tabela 1.17. Wartości modelu A. Hołdy dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021.....	36
Tabela 1.18. Wartości modelu poznańskiego dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021 .....	37
Tabela 1.19. Wartości modelu B. Prusaka dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021.....	38
Tabela 1.20. Wartości modelu T. Maślanki dla sektora produkcja leków w latach 2016-2021 .....	38
Tabela 2.1. Podstawowe różnice między spółką akcyjną a towarzystwem reasekuracji wzajemnej ...	49
Tabela 2.2. Cechy spółek europejskich.....	51
Tabela 2.3. Wybrane sposoby ujmowania ryzyka ubezpieczeniowego .....	52
Tabela 2.4. Wybrane metody służące identyfikacji ryzyka.....	53
Tabela 2.5. Klasyfikacja reasekuracji ze względu na typ zawartej umowy.....	56
Tabela 2.6. Reasekuracja w Polsce w latach 2011-2021 .....	58
Tabela 2.7. Udział reasekuracji w portfelach wybranych zakładów ubezpieczeń działu I (w %) – reasekuracja bierna .....	60
Tabela 2.8. Udział reasekuracji w portfelach wybranych zakładów ubezpieczeń działu II (w %) – reasekuracja bierna .....	60
Tabela 2.9. Udział reasekuracji w portfelach wybranych T UW działu I i II (w %) – reasekuracja bierna .....	61
Tabela 2.10. Udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach wybranych zakładów ubezpieczeniowych SA działu I i II (w %) – reasekuracja bierna.....	62
Tabela 2.11. Udział reasekuracji w odszkodowaniach i świadczeniach wybranych zakładów ubezpieczeniowych T UW działu I i II (w %) – reasekuracja bierna.....	64
Tabela 3.1. Liczba wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2017-2021 .....	80
Tabela 3.2. Wartość wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2017-2021 (w zł).....	81
Tabela 3.3. Wartość przestępstw ubezpieczeniowych poza obszarem wypłaty odszkodowań w latach 2017-2020 (w zł).....	83
Tabela 3.4. Struktura procentowa płci wśród ankietowanych.....	85
Tabela 3.5. Odpowiedzi na pytanie „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?” .....	88

Tabela 3.6. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od płci .....	94
Tabela 3.7. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wieku .....	94
Tabela 3.8. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wykształcenia .....	95
Tabela 3.9. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania .....	96
Tabela 3.10. Społeczna akceptacja zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń w zależności od posiadania ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych.....	97
Tabela 4.1. Wybrane cechy zjawiska missellingu w aspekcie prawnym .....	106
Tabela 4.2. Znaczenie missellingu w ujęciu wąskim i szerokim.....	107
Tabela 4.3. Liczba i udział skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w latach 2015-2021 .....	113
Tabela 4.4. Przykłady postępowań sądowych w zakresie nieuczciwych praktyk na rynku ubezpieczeń na życie w Polsce w 2018 roku .....	114
Tabela 4.5. Rekomendacje Bancassurance .....	121
Tabela 5.1. Czynniki rozwoju ubezpieczeń gospodarczych .....	136
Tabela 5.2. Liczba zmarłych w Polsce w latach 2016-2021 .....	138
Tabela 5.3. Tablica trwania życia dla Polski w latach 2015-2020 .....	139
Tabela 5.4. Udział poszczególnych grup w składce przypisanej brutto działu I, lata 2017-2021 .....	140
Tabela 5.5. Wysokość wskaźnika penetracji rynku ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2018-2021 .....	142
Tabela 5.6. Udział poszczególnych grup działu I w wypłaconych świadczeniach w latach 2017-2021	143
Tabela 5.7. Procentowa wartość poszczególnych kanałów dystrybucji w odniesieniu do składki przypisanej brutto, lata 2018-2020 .....	146
Tabela 6.1. Liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce w latach 2014-2020 (w tys.) .....	154
Tabela 6.2. Wybrane produkty dostępne na polskim rynku usług medycznych wg stanu na dzień 28.02.2023 r. ....	158
Tabela 6.3. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2018-2020 i ich udział w PKB .....	169
Tabela 6.4. Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego a poziomem zadłużenia .....	178
Tabela 6.5. Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego a własnym poziomem posiadanych oszczędności .....	179
Tabela 6.6. Zależność między skłonnością do zakupu prywatnego ubezpieczenia.....	180
Tabela 7.1. Zależność między krajem pochodzenia a opinią, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu	205
Tabela 7.2. Zależność między zaufaniem do zakładów ubezpieczeń a opinią, że ubezpieczenia są niezbędne w życiu .....	206
Tabela 7.3. Zależność między krajem pochodzenia a gotowością na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.....	207
Tabela 7.4. Maksymalna składka, którą mieszkańcy Polski i Hiszpanii byłiby skłonni opłacać na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne .....	207
Tabela 7.5. Liczba posiadanych ubezpieczeń przez mieszkańców Polski oraz Hiszpanii.....	208
Tabela 7.6. Zależność między osiąganym miesięcznym dochodem a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Polsce.....	209
Tabela 7.7. Zależność między wiekiem a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Polsce.....	209

Tabela 7.8. Zależność między przeciętnym miesięcznym dochodem netto a liczbą posiadanych ubezpieczeń w Hiszpanii.....	210
Tabela 7.9. Zależność między wiekiem a ilością posiadanych ubezpieczeń w Hiszpanii.....	211

## Spis rysunków

Rysunek 1.1. Podział symptomów zagrożenia kontynuacji działalności wg MSRF.....	13
Rysunek 1.2. Przyczyny upadłości przedsiębiorstw.....	15
Rysunek 1.3. Zmiana wartości funkcji dyskryminacyjnych dla spółki Pharmena S.A. w latach 2016-2021.....	33
Rysunek 2.1. Wybrane cechy reasekuracji.....	55
Rysunek 2.2. Definicja ryzyka czasu i oceny.....	57
Rysunek 3.1. Rodzaje ryzyka ze względu na skutki.....	71
Rysunek 3.2. Przepięstwa związane z działalnością ubezpieczeniową.....	76
Rysunek 3.3. Ujawnione wyłudzenia odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych w ujęciu ilościowym w latach 2017-2021 w Polsce, z wyszczególnieniem Działu II.....	79
Rysunek 3.4. Udział przestępstw ubezpieczeniowych z działu I i II w przestępstwach ubezpieczeniowych ogółem w Polsce w latach 2017-2021 w ujęciu wartościowym.....	80
Rysunek 3.5. Status badanych.....	86
Rysunek 3.6. Struktura procentowa wielkości miejscowości zamieszkania.....	86
Rysunek 3.7. Liczba ankietowanych posiadających poszczególne produkty ubezpieczeniowe.....	87
Rysunek 3.8. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani uważa, w którym z ubezpieczeń odnotowuje się najwięcej wyłudzeń odszkodowań?”.....	89
Rysunek 3.9. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaką karę Pana/Pani zdaniem przewiduje się za upozorowanie zdarzenia ubezpieczeniowego w celu osiągnięcia odszkodowania, czyli tzw. oszustwo asekuracyjne?”.....	90
Rysunek 3.10. "Przepięstwa ubezpieczeniowe godzą jedynie w interesy zakładów ubezpieczeń i nie mają wpływu na innych ubezpieczonych." Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem. ....	91
Rysunek 3.11. „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”.....	93
Rysunek 4.1. Liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie i skarg ogółem w Polsce w latach 2015-2021.....	110
Rysunek 4.2. Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń działu I w Polsce w latach 2015-2021 [w szt.].....	112
Rysunek 4.3. Struktura systemu ochrony interesów klienta w Polsce – stan na 31.12.2022 r.....	117
Rysunek 5.1. Zgony w Polsce w latach 2016-2021 (tyś.).....	138
Rysunek 5.2. Wysokość składki przypisanej brutto działu I i II rynku ubezpieczeń w Polsce w latach 2017-2021 [w mld zł.].....	140
Rysunek 5.3. Wysokość wypłaconych świadczeń i odszkodowań w dziale I i II rynku ubezpieczeń w Polsce w latach 2017-2021 [w mld zł.].....	142
Rysunek 5.4. Wynik techniczny działu I, lata 2017-2021.....	144
Rysunek 6.1. Struktura urodzeń i zgonów w Polsce (na 1000 mieszkańców) w latach 2011-2020 ....	166
Rysunek 6.2. Struktury zadłużenia oraz poziomu posiadanych oszczędności wśród respondentów .	173

---

Rysunek 6.3. Skłonność do zapłaty za prywatne ubezpieczenie zdrowotne (w zł) a liczba osób, która ją deklaruje w Polsce – stan na dzień 01.05.2022 r. ....	175
Rysunek 7.1. Samoocena wiedzy na temat ubezpieczeń Polaków oraz Hiszpanów w skali od 1 do 5 203	
Rysunek 7.2. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w Polsce i w Hiszpanii (w euro) .....	212
Rysunek 7.3. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie na życie w Polsce i w Hiszpanii (w euro) .....	212
Rysunek 7.4. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenie związane z nieruchomością w Polsce i w Hiszpanii (w euro).....	213
Rysunek 7.5. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w Polsce i w Hiszpanii (w euro).....	213
Rysunek 7.6. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na inne ubezpieczenia związane z pojazdami mechanicznymi w Polsce i w Hiszpanii (w euro).....	213
Rysunek 7.7. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenia podróże w Polsce i w Hiszpanii (w euro) .....	214
Rysunek 7.8. Poziom przeciętnej miesięcznej składki respondentów na ubezpieczenia wykorzystywane w szkole oraz w pracy (np. NNW) w Polsce i w Hiszpanii (w euro) .....	214



UNIWERSYTET  
EKONOMICZNY  
W KRAKOWIE



RISK  
MANAGEMENT  

---

KOŁO NAUKOWE UBEZPIECZEŃ

**KATEDRA  
ZARZĄDZANIA  
RYZYKIEM  
I UBEZPIECZEŃ**  
[KU.UEK.KRAKOW.PL](http://KU.UEK.KRAKOW.PL)