

**REDAKCJA
NAUKOWA**

MACIEJ CYCOŃ

TOMASZ JEDYNAK

GRZEGORZ STRUPCZEWSKI

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY UBEZPIECZEŃ

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ 2016

FUNDACJA UNIwersYTETU EKONOMICZNEGO W KRAKOWIE



Współczesne problemy ubezpieczeń

Przegląd Ubezpieczeń 2016

redakcja naukowa

Maciej Cycoń

Tomasz Jedynak

Grzegorz Strupczewski

Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

Kraków 2016

Recenzja
dr Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
dr Monika Wieczorek-Kosmala

Projekt okładki
Maciej Batory

ISBN 978-83-65173-74-4
pdf online

Publikacja została wydana w ramach projektu „Współczesne problemy ubezpieczeń” realizowanego przez Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management” oraz Katedrę Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń w latach 2015-2016.

© Copyright by Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego
w Krakowie, Kraków 2016

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

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Wybrane aspekty ubezpieczeń dla sektora MŚP w Polsce	10
1.1. Wprowadzenie.....	10
1.2. Charakterystyka sektora MŚP w Polsce.....	11
1.3. Rola ubezpieczeń w procesie zarządzania ryzykiem	13
1.4. Powszechność stosowania ochrony ubezpieczeniowej wśród przedsiębiorstw z sektora MŚP.....	17
1.5. Typy ubezpieczeń występujących w przedsiębiorstwach z sektora MŚP.....	19
1.6. Porównanie oferty wybranych towarzystw ubezpieczeniowych.....	24
1.7. Podsumowanie	28
Rozdział 2. Ubezpieczenie armatorów morskich P&I.....	30
2.1. Wprowadzenie.....	30
2.2. Ubezpieczenie OC armatora – P&I	30
2.3. P&I w ofercie polskich ubezpieczycieli	34
2.4. Kluby P&I.....	36
2.5. Podsumowanie i wnioski	40
Rozdział 3. Ryzyko w ubezpieczeniach motocyklowych w Polsce	42
3.1. Wprowadzenie.....	42
3.2. Ryzyko powstałe w związku z kierowaniem motocyklem.....	44
3.3. Liczba oraz przyczyny wypadków z udziałem motocyklistów	46
3.4. Stopień wykorzystania polis	48
3.5. Podsumowanie	52
Rozdział 4. Obowiązkowe ubezpieczenia OC zawodów księgowych a deregulacja tych zawodów	54
4.1. Wprowadzenie.....	54
4.2. Charakterystyka zawodów księgowych i odpowiadające im ubezpieczenia obowiązkowe.....	55
4.3. Deregulacja zawodów księgowych	60
4.4. Metody rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej.....	64
4.5. Podsumowanie	66

Rozdział 5. Sprawozdawczość finansowa zakładów ubezpieczeń ze szczególnym naciskiem na sprawozdanie z działalności jednostki	67
5.1. Wprowadzenie.....	67
5.2. Cel, podstawy prawne i zasady tworzenia sprawozdań finansowych zakładów ubezpieczeń	68
5.3. Charakterystyka poszczególnych składników sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń	70
5.4. Podsumowanie i wnioski	78
5.5. Załącznik do rozdziału 4.....	79
Rozdział 6. Czy Rekomendacja U rozwiązuje problemy na rynku bancassurance?	81
6.1. Wprowadzenie.....	81
6.2. Istota bancassurance	81
6.3. Nieprawidłowości na rynku bancassurance jako przyczyna wprowadzenia Rekomendacji U.....	83
6.4. Rekomendacja U – charakter prawny oraz główne wytyczne	86
6.5. Wpływ Rekomendacji U na rynek bancassurance.....	89
6.6. Podsumowanie	94
Rozdział 7. Ubezpieczenia posagowe w Polsce.....	96
7.1. Wprowadzenie.....	96
7.2. Ubezpieczenia posagowe na polskim rynku.....	97
7.3. Główne powody zawierania umów ubezpieczeń posagowych	100
7.4. Rynek ubezpieczeń posagowych w Polsce	105
7.5. Podsumowanie	107
Rozdział 8. Bariery rozwoju Indywidualnych Kont Emerytalnych i Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego.....	109
8.1. Wprowadzenie.....	109
8.2. Idea utworzenia Indywidualnego Konta Emerytalnego i Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego	110
8.3. Funkcjonowanie Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego na polskim rynku	114
8.4. Bariery rozwoju kont indywidualnego gromadzenia kapitału na przyszłą emeryturę	116
8.5. Podsumowanie	120
Rozdział 9. Porównanie polskiego systemu emerytalnego z systemem emerytalnym Szwecji	122

9.1. Wprowadzenie.....	122
9.2. Definicja systemu emerytalnego	123
9.3. System emerytalny Polski.....	124
9.4. System emerytalny Szwecji	129
9.5. Podsumowanie	134
Rozdział 10. Porównanie polskiego i amerykańskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.....	137
10.1. Wprowadzenie.....	137
10.2. Modele finansowania ochrony zdrowia w Europie	138
10.3. Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce	139
10.4. Ubezpieczenia zdrowotne w Stanach Zjednoczonych.....	143
10.5. Podsumowanie	146
Literatura	149
Spis tabel	158
Spis rysunków.....	159

Wstęp

Obserwowany w ostatnich latach dynamiczny rozwój nowych technologii implikujący powstawanie nieznanymi wcześniej rodzajów ryzyka, intensyfikacja występowania zdarzeń o charakterze katastroficznym, kryzysy gospodarcze oznaczające konieczność funkcjonowania w warunkach niestabilnych rynków finansowych, postępujące zmiany demograficzne, w tym w szczególności proces starzenia się społeczeństwa, liczne zmiany w otoczeniu regulacyjnym, a także inne zdarzenia w sferze społeczno-gospodarczej istotnie wpływają na szeroko rozumiany sektor ubezpieczeń. Okoliczności te wymagają aktywnego reagowania nie tylko ze strony zakładów ubezpieczeń, ale również instytucji nadzoru oraz organów ustawodawczych. Dobór najefektywniejszych strategii, metod i narzędzi zarządzania nowymi rodzajami ryzyka oraz ich skuteczna implementacja stanowią poważne wyzwanie dla całego sektora ubezpieczeń. W tym kontekście rysują się nowe i intrygujące poznawczo obszary badawcze, których eksploracja stała się inspiracją do zainicjowania projektu badawczego zrealizowanego przez Katedrę Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie wraz z Kołem Naukowym Ubezpieczeń „Risk Management”.

W ramach projektu przeprowadzono próbę identyfikacji kluczowych wyzwań stojących przed uczestnikami rynku ubezpieczeń w Polsce. Stwierdzono, że wyzwania te w szczególności dotyczą obszarów, takich jak: 1) analiza procesów dostosowawczych oferty produktów ubezpieczeń majątkowych do zmieniających się potrzeb rynku; 2) wpływ zmian legislacyjnych na warunki funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń; 3) sposoby alokacji dochodu w cyklu życia jednostki; 4) wykorzystanie metody ubezpieczeniowej w finansowaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Mając na uwadze rozległość każdego ze zidentyfikowanych powyżej obszarów zdecydowano, że dalsze, szczegółowe badania powinny koncentrować się na pogłębionej analizie wybranych zagadnień.

Monografia składa się z dziesięciu rozdziałów tworzących spójną całość. W czterech pierwszych rozdziałach przedstawiono zagadnienia obejmujące procesy dostosowawcze oferty produktów ubezpieczeń majątkowych do zmieniających się potrzeb współczesnego rynku. Rozdział pierwszy traktuje o wyzwaniach stojących przed ubezpieczeniami dedykowanymi sektorowi małych i średnich przedsiębiorstw. W rozdziale drugim podjęto

rzadko analizowany w literaturze wątek ubezpieczeń armatorów morskich świadczonych przez tzw. kluby P&I. W rozdziale trzecim dokonano analizy różnych rodzajów ryzyka występujących w ubezpieczeniach motocykli. Kolejny rozdział porusza zagadnienie wpływu deregulacji zawodów księgowych na zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC tej grupy zawodowej.

Przedmiotem zainteresowania autorów dwóch kolejnych rozdziałów jest wpływ zmian legislacyjnych na warunki funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń w Polsce. W rozdziale piątym autorka skoncentrowała się na zagadnieniu sprawozdawczości finansowej zakładów ubezpieczeń ze szczególnym uwzględnieniem sprawozdania z działalności jednostki. Wpływ Rekomendacji U na dystrybucję ubezpieczeń przez banki został przeanalizowany w rozdziale szóstym.

Kolejny blok tematyczny tworzą trzy rozdziały, dla których wspólną osią są sposoby alokacji dochodu w cyklu życia jednostki. Diagnoza rynku ubezpieczeń posagowych oraz perspektywy ich rozwoju zostały wnikliwie przeanalizowane przez autorów rozdziału siódmego. Dwa kolejne rozdziały dotyczą różnych aspektów funkcjonowania systemu emerytalnego. Rozdział ósmy traktuje o instrumentach dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego, jakim są indywidualne konta emerytalne oraz indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego. Natomiast w rozdziale dziewiątym dokonano analizy porównawczej polskiego oraz szwedzkiego systemu emerytalnego formułując przy tym wnioski aplikacyjne dla Polski.

Monografię zamyka rozdział dziesiąty, który dotyczy obszaru związanego z wykorzystaniem metody ubezpieczeniowej w finansowaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Podejmując tę problematykę autorka zestawiała kluczowe cechy charakteryzujące polski i amerykański systemy ubezpieczeń zdrowotnych, przywołując przy tym najważniejsze kwestie podnoszone w publicznej debacie nad koniecznymi reformami tych systemów.

Wierzmy, że przekazywana w ręce czytelników monografia może stanowić cenne źródło wiedzy dla studentów, ludzi nauki, praktyków z dziedziny ubezpieczeń oraz samorządowców i pracowników różnego rodzaju organów i instytucji publicznych. Mamy również nadzieję, że zawartość publikacji będzie stanowiła źródło inspiracji dla kolejnych badań mających na celu zgłębienie złożonej problematyki ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

Niniejsza publikacja nie powstałaby bez wsparcia licznego grona osób. Poza autorami poszczególnych rozdziałów i redaktorami naukowymi w badaniach, których efektem jest ta książka brali również udział studenci z Koła Naukowego Ubezpieczeń „Risk Management”, których nie sposób wymienić tutaj wszystkich z imienia i nazwiska. Za okazane wsparcie i bezcenną pomoc w procesie wydawniczym pracownikom dziękujemy pracownikom Sekcji Promocji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie oraz Fundacji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Ponadto szczególne podziękowania należą się recenzentom – dr Patrycji Kowalczyk-Rólczyńskiej z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz dr Monice Wieczorek-Kosmali z Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.

Maciej Cycoń

Tomasz Jedynak

Grzegorz Strupczewski

Rozdział 1.

Wybrane aspekty ubezpieczeń dla sektora MŚP w Polsce

Michał Borzęcki, Gabriela Filipowicz*

1.1. Wprowadzenie

Sektor MŚP odgrywa bardzo ważną i ciągle rosnącą rolę w systemie gospodarczym Polski. Biorąc pod uwagę jego rozwój na przestrzeni ostatnich lat, wzrost złożoności oraz zróżnicowania obszarów działalności przedsiębiorstw małych i średnich, powinny także nastąpić zmiany w ofercie dostępnych na rynku ubezpieczeń dla tej grupy odbiorców. Podmioty reprezentujące podażową stronę rynku ubezpieczeń (ubezpieczyciele, brokerzy ubezpieczeniowi, agenci i multiagenci ubezpieczeniowi), zaczęły dostrzegać rosnący potencjał sektora MŚP jako nabywcy produktów ubezpieczeniowych, a co za tym idzie, źródło znaczących przychodów. Podejmując szereg działań mających na celu dotarcie do jak najliczniejszej grupy odbiorców, towarzystwa ubezpieczeniowe starają się dostosować swoją ofertę do dynamicznie zmieniających się potrzeb oraz oczekiwań przedsiębiorców¹. Z drugiej strony, przedsiębiorcy cechujący się coraz większą świadomością w zakresie zarządzania ryzykiem, a co za tym idzie, zawierający umowy ubezpieczenia, starają się zapewnić swoim firmom jak najlepszą ochronę przed ryzykami towarzyszącymi prowadzonej przez nich działalności. Dodatkowej wagi całej kwestii dodaje zależność kondycji całej gospodarki kraju od sytuacji oraz ciągłości funkcjonowania małych i średnich przedsiębiorstw, w czym niewątpliwie pomaga korzystanie z pakietów ubezpieczeniowych kierowanych do tych podmiotów.

Analiza literatury przedmiotu, danych statystycznych dostarczonych przez wyspecjalizowane podmioty oraz ogólnych warunków ubezpieczeń wybranych towarzystw

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

¹ M. Gasińska, *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem małego i średniego przedsiębiorstwa w świetle wyników badania empirycznego*, Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula nr 35, 2014, s. 193.

ubezpieczeniowych pozwoliła sformułować następującą tezę: Rola ubezpieczeń dla sektora MŚP jest pochodną funkcji, jaką przedsiębiorstwa te pełnią w gospodarce Polski. Dopasowanie oferty dostępnych na rynku pakietów dedykowanych tym podmiotom, podobnie jak sama wielkość firmy, przekłada się na skłonność przedsiębiorstw do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. W związku z tym, towarzystwa ubezpieczeniowe powinny starać się w jak najlepszy sposób odpowiadać na zgłaszany na omawianym rynku popyt, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb najmniejszych podmiotów, stanowiących większość sektora, dotychczas mniej chętnie korzystających z ochrony ubezpieczeniowej.

W uzasadnieniu tej tezy pomogło odpowiedzenie na poniższe pytania:

1. Jak duży jest oraz jaką rolę odgrywa sektor MŚP w Polsce?
2. Czym jest zarządzanie ryzykiem i ubezpieczenie?
3. Jak dużo przedsiębiorstw z sektora MŚP korzysta obecnie z ochrony ubezpieczeniowej oraz jak oferta dostępna na rynku oceniana jest przez te podmioty?
4. Z jakich ubezpieczeń korzystają przeważnie przedsiębiorstwa mikro, małe i średnie?
5. Jak kształtuje się oferta dla małych i średnich przedsiębiorstw w wybranych towarzystwach ubezpieczeniowych?

1.2. Charakterystyka sektora MŚP w Polsce

Sektor przedsiębiorstw stanowi niezaprzeczalnie jeden z najważniejszych składników gospodarki każdego kraju. Jego struktura, wielkość i zróżnicowanie bardzo silnie wpływa na kondycję, poziom rozwoju oraz skalę systemu gospodarczego. Mają one także niebagatelny wpływ na kreowanie wzrostu gospodarczego, a także poziomu innowacyjności. Podobnie jest w przypadku Polski. Poprzez tworzenie nowych miejsc pracy, możliwość szybkiej adaptacji do realiów społecznych i gospodarczych oraz bieżące dostosowywanie do zmieniających się potrzeb rynku, małe i średnie przedsiębiorstwa pozostają istotne dla polskiej gospodarki i przedsiębiorczości. Ich funkcjonowanie związane jest również z wieloma trudnościami, do których można zaliczyć działalność na ograniczoną skalę oraz ograniczony kapitał. Podmioty zaliczane do małych i średnich przedsiębiorstw są podatne również na zmiany makroekonomiczne i ogólną koniunkturę gospodarki ze względu na brak możliwości zapobiegania sytuacjom kryzysowym. Ponadto, ich przetrwanie na rynkach cechujących się

wzmoczoną konkurencją wśród podmiotów sprzedających produkty lub oferujących usługi tego samego typu jest szczególnie trudne.

Sektor małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce od lat stanowi ponad 99% liczby wszystkich przedsiębiorstw. Na przestrzeni lat ich liczba się zmieniała, jednak udział pozostawał na niezmiennie wysokim poziomie. Najmniejsze z przedsiębiorstw, należące do kategorii mikro zdefiniowane są jako podmioty, w których liczba zatrudnionych nie przekracza 10, natomiast roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekraczają kwoty 2 milionów euro. Do małych przedsiębiorstw zalicza się te podmioty, które zatrudniają mniej niż 50 pracowników, a ich roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekraczają kwoty 10 milionów euro. Średnie przedsiębiorstwa cechują się liczbą zatrudnionych nie przekraczającą 250 osób oraz rocznymi obrotami (całkowitymi bilansami rocznymi) nie większymi niż 43 miliony euro². Pierwsze i drugie z nich stanowią od dekady blisko 99% całkowitej liczby podmiotów gospodarczych w Polsce, natomiast średnie odpowiadają za około 0,8-0,9%³. Biorąc pod uwagę wielkości przedstawione w tabeli 1.1., tabeli 1.2. oraz tabeli 1.3, należy zwrócić uwagę na wpływ, wywierany przez małe i średnie przedsiębiorstwa gospodarkę Polski. Wartość dodana, jaką w okresie od 2004 do 2011 roku wytwarzały rocznie firmy z sektora MŚP oscylowała wokół niemal 50%. Udział ten w doskonały sposób obrazuje, jak istotną rolę odgrywają one w systemie gospodarczym naszego kraju.

Tabela 1.1. Wartość dodana brutto wytworzona przez przedsiębiorstwa w latach 2004-2011 w odniesieniu do PKB Polski

Rok	PKB (mln PLN)	Wartość dodana brutto wytworzona przez przedsiębiorstwa				Wartość dodana brutto innych podmiotów
		ogółem	MŚP		duże	
			mikro i małe	średnie		
2004	923 248	70,50%	38,60%	10,00%	21,90%	18,30%
2005	983 302	70,30%	38,90%	8,90%	22,50%	17,80%
2006	1 060 031	70,70%	38,40%	9,30%	27,90%	17,20%
2007	1 176 737	70,80%	37,60%	9,80%	23,50%	16,70%

² Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE L 124 z dnia 20.05.2003 r.), s. 36.

³ *Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w latach 2005-2014*, Główny Urząd Statystyczny, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 10.06.2016 r.

2008	1 275 432	71,10%	37,30%	9,90%	23,90%	16,50%
2009	1 343 366	72,30%	38,30%	10,10%	23,90%	16,50%
2010	1 416 447	71,60%	37,20%	10,40%	24,00%	16,50%
2011	1 528 127	71,80%	37,20%	10,10%	24,50%	16,10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 10.06.2016 r.

1.3. Rola ubezpieczeń w procesie zarządzania ryzykiem

W dobie postępującej globalizacji i zaostrzenia się walki konkurencyjnej pomiędzy przedsiębiorstwami działającymi w tej samej branży oraz rosnącej liczbie czynników decydujących o powodzeniu, a może raczej przetrwaniu przedsiębiorstw na rynku, zarządzanie ryzykiem stało się koniecznością i integralną częścią zarządzania oraz budowania strategii wielu podmiotów.

Zarządzanie ryzykiem (ang. *risk management*) to szeroko pojęte działania zarządcze, które mają przede wszystkim prowadzić do zidentyfikowania oraz oceny towarzyszącego wszelkim przedsięwzięciom ryzyka. Ma ono również za zadanie zwalczać przyczyny rzeczonoego ryzyka oraz niepewności i ograniczać ich wpływ na organizację. Nadrzędnym celem tych działań jest zapewnienie przedsiębiorstwu jak najlepszych warunków do wzrostu i rozwoju⁴.

Do rozwoju koncepcji zarządzania ryzykiem, zwłaszcza w sektorze przedsiębiorstw, przyczyniło się wiele czynników, generowanych przez zmieniające się na przestrzeni czasu środowisko funkcjonowania firm. Nierzadko jego implementacja miała kluczowy wpływ na przetrwanie organizacji i możliwość kontynuowania działalności⁵. Wśród przyczyn wzrostu zainteresowania dziedziną zarządzania ryzykiem można wyróżnić:

- rosnące tempo pojawiania się na rynku nowych technologii oraz ich coraz większy wpływ na różne sektory,
- coraz szybciej postępującą globalizację,
- zwiększenie konkurencji w większości sektorów,
- otwarcie dotychczas zamkniętych i podlegających licznym regulacjom rynków.

⁴ A.C. Williams J r., M.L. Smith, P.C. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, PWN, Warszawa 2002, s. 57.

⁵M. Thlon, *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym przedsiębiorstwa. Metoda szacowania ryzyka delta-EVT*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012, s. 39.

Tabela 1.2. Ilość przedsiębiorstw w Polsce w latach 2005-2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mikro i małe przedsiębiorstwa	1659686	1697226	1758378	1842883	1654606	1707655	1765597	1776258	1752913	1823763
Średnie przedsiębiorstwa	14254	14708	15452	16327	15808	15841	15817	15484	15329	15470
Duże przedsiębiorstwa	2835	2981	3246	3252	3113	3167	3189	3201	3218	3356
Ogółem	1676775	1714915	1777076	1862462	1673527	1726663	1784603	1794943	1771460	1842589

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Działalność...*, op. cit.**Tabela 1.3. Udział poszczególnych grup przedsiębiorstw w ogóle przedsiębiorstw w polskiej gospodarce w latach 2005-2014.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mikro i małe przedsiębiorstwa	98,98%	98,97%	98,95%	98,95%	98,87%	98,90%	98,94%	98,96%	98,95%	98,98%
Średnie przedsiębiorstwa	0,85%	0,86%	0,87%	0,88%	0,94%	0,92%	0,89%	0,86%	0,87%	0,84%
Duże przedsiębiorstwa	0,17%	0,17%	0,18%	0,17%	0,19%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%
Udział MŚP w ogóle przedsiębiorstw	99,83%	99,83%	99,82%	99,83%	99,81%	99,82%	99,82%	99,82%	99,82%	99,82%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Działalność...*, op. cit.

Należy również uwzględnić fakt, iż właściwe podejście zarządu firmy do kwestii zarządzania ryzykiem i skuteczne wprowadzanie obranych strategii prowadzi do znacznego wzrostu konkurencyjności przedsiębiorstwa na rynku. Oprócz oczywistych następstw, takich jak stabilne funkcjonowanie organizacji i niezachwiany rozwój, wiąże się z nim osiągnięcie oraz utrzymanie silnej pozycji na rynku, wzrost renomy przedsiębiorstwa, a także wiarygodności w oczach klientów, zarówno tych wcześniej pozyskanych, jak i konsumentów rozważających dołączenie do tego grona⁶.

Zarządzanie ryzykiem należy przede wszystkim rozumieć jako logicznie przebiegający proces, nie jednorazowe przedsięwzięcie. W ramach tego procesu przedsiębiorstwo w sposób systematyczny usuwa problemy wynikające z ryzyka związanego z typem prowadzonej działalności oraz ich przyczyny⁷. Wyróżniono jego cztery główne etapy, którymi są: identyfikacja ryzyka, pomiar, manipulacja ryzykiem, administrowanie całym procesem oraz kontrolowanie jego przebiegu⁸.

Obecnie wśród powszechnie stosowanych metod manipulacji ryzykiem wyróżnia się podział na dwie główne grupy – kontrolowanie i finansowanie jego skutków. Głównym zadaniem kontroli zagrożenia jest zminimalizowanie jego poziomu lub całkowite wyeliminowanie z możliwie największej liczby obszarów funkcjonowania przedsiębiorstwa. W tym wypadku należy na ryzyko spojrzeć jako na iloczyn dwóch czynników: prawdopodobieństwa rzeczywistego wystąpienia zdarzeń zagrażających oraz zaburzających funkcjonowanie przedsiębiorstwa, a także idących za nimi skutków, głównie finansowych, dokładniej ich rozmiarów. Pozostaje jeszcze zatem nierozwiązana kwestia rodzajów ryzyka, czy też obszarów jego występowania, których nie udało się zupełnie usunąć. Wówczas rozwiązaniem jest ich sfinansowanie, które polega na znalezieniu, dopasowaniu, a następnie przypisaniu do nich odpowiednich instrumentów, które zagwarantują pokrycie szkód powstałych na skutek realizacji ryzyka⁹. Warunkiem racjonalności i efektywności tego etapu procesu *risk managementu* jest skomponowanie go zarówno z elementów kontroli, jak i finansowania ryzyka. Jednocześnie podczas wyznaczania planu postępowania należy

⁶ *Ibidem*, s. 40.

⁷ *Ibidem*, s. 39.

⁸ G. Strupczewski, Ryzyko i zarządzanie ryzykiem [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 30.

⁹ A.C. Williams J r., M.L. Smith, P.C. Young, *op. cit.*, s. 198–200.

oszacować nakłady, które będą musiały zostać poniesione w celu zastosowania wybranych metod, ponieważ tak samo, jak w przypadku wszystkich innych sfer działalności przedsiębiorstwa, również w tej materii konieczne jest zachowanie kryterium opłacalności. Ten warunek zostanie spełniony jedynie wówczas, gdy owe nakłady nie będą przewyższały osiągniętych korzyści.

Wśród technik zaliczających się do kontrolowania ryzyka możemy wyróżnić:

- unikanie ryzyka,
- prewencję szkodową,
- kontrolę szkód,
- transfer ryzyka.

Zatrzymanie ryzyka, repartycja strat oraz ubezpieczenie to metody manipulacji zaliczane do kategorii finansowania ryzyka. Pierwsza wymieniona uznawana jest za najpopularniejszą technikę zarządzania ryzykiem. Jej istotą jest podjęcie przez podmiot świadomej decyzji, iż ewentualny ciężar szkód, które mogą wystąpić, pokryje samodzielnie. Należy zwrócić uwagę na określenie „świadoma decyzja”, ponieważ jeśli podmiot zdaje sobie sprawę z zagrożeń oraz prawdopodobieństwa realizacji ryzyka, mamy do czynienia z aktywnym zatrzymaniem ryzyka. w przeciwnym razie, a więc narażając się na całkowity udział własny nieświadomie, mamy do czynienia z pasywnym zatrzymaniem ryzyka. Przedsiębiorstwo decydujące się na aktywne zatrzymanie ryzyka ma do wyboru dwa główne sposoby sfinansowania strat¹⁰:

- finansowanie przedszkodowe, które wiąże się z utworzeniem zaplecza finansowego, umożliwiającego zlikwidowanie oszacowanych wcześniej szkód powstałych na skutek realizacji przewidzianego ryzyka. Przykładem może być utworzenie specjalnego funduszu rezerwowego, zasilanego środkami z corocznych odpisów z zysków netto;
- finansowanie poszkodowe, czyli zapewnienie organizacji dopływu strumienia środków finansowych dopiero po wystąpieniu szkody. Za przykład może posłużyć uruchomienie specjalnej linii kredytowej w sytuacji awaryjnej.

Repartycja strat to nic innego, jak rozdzielenie ciężaru finansowych konsekwencji konkretyzacji ryzyka na zbiorowość podmiotów. U jej podstaw leży wywodząca się z kodeksu

¹⁰ *Ibidem*, s. 35.

cywilnego odpowiedzialność zbiorowa w prawnym ujęciu. Doskonałym przykładem repartycji mogą być udziałowcy w spółce¹¹.

Ubezpieczenie to szczególna metoda finansowania ryzyka, ponieważ jego istota oraz kompleksowość obejmuje wszystkie omówione wcześniej sposoby manipulacji ryzykiem, oprócz jego unikania. OWU (ogólne warunki ubezpieczenia), charakterystyczne dla każdego ubezpieczyciela, nierzadko nakładają na ubezpieczającego konieczność przedsięwzięcia pewnych działań prewencyjnych (np. założenie krat w oknach, podwójnych zabezpieczeń w postaci zamków), które warunkują zawarcie umowy, co z kolei jest przykładem kontroli ryzyka. Aktywne zatrzymanie ryzyka przejawia się w powszechnie stosowanych postanowieniach umowy ubezpieczenia, mówiących o udziale własnym ubezpieczonego w szkodzie. Do jego cech z powodzeniem można również zaliczyć transfer ryzyka będący sednem umowy ubezpieczenia oraz repartycję, która z kolei pojawia się w zakładzie ubezpieczeniowym i jest jedną z fundamentalnych zasad jego funkcjonowania, ponieważ przyjmuje on ryzyko od jednorodnej zbiorowości ubezpieczonych. Właśnie ze względu na te cechy w pełni uzasadnione jest traktowanie ubezpieczenia jako najbardziej kompleksowej techniki manipulacji ryzykiem¹².

1.4. Powszechność stosowania ochrony ubezpieczeniowej wśród przedsiębiorstw z sektora MŚP

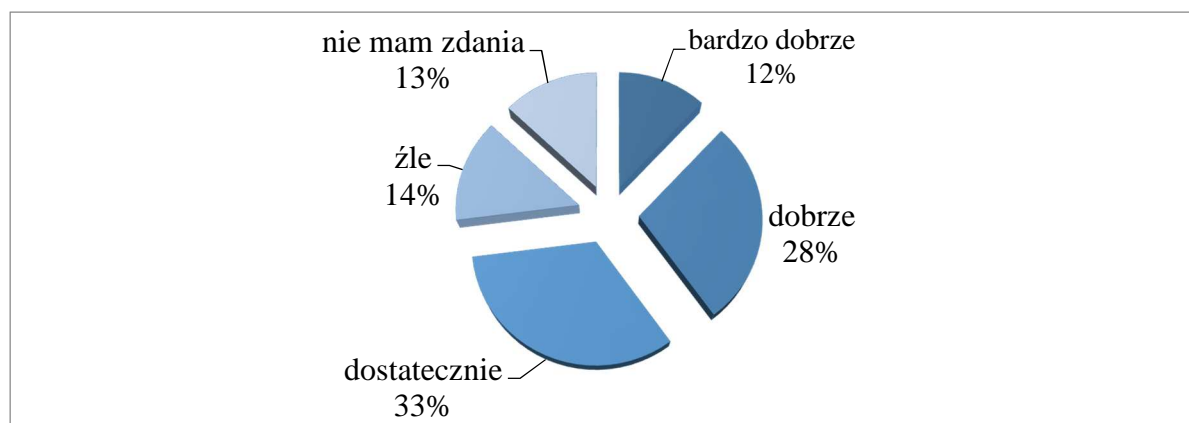
Udział przedsiębiorstw korzystających z ochrony ubezpieczeniowej w ogóle przedsiębiorstw uzależniony jest od wielu czynników. Wśród nich z pewnością można wymienić świadomość w zakresie ryzyka ponoszonego w związku z prowadzeniem danej działalności, umiejętność zarządzania nim, świadomość ubezpieczeniowa, a także to, jak dużym obciążeniem dla przedsiębiorstwa byłoby opłacenie składki. Odrębną kwestią, ale równie istotną jest dopasowanie oferty dostępnej na rynku do potrzeb przedsiębiorstw małych i średnich. Nie jest to proste, ponieważ firmy te są podmiotami szczególnymi, zdecydowanie odmiennymi od dużych, często międzynarodowych korporacji, które do tej pory były głównymi klientami towarzystw ubezpieczeniowych. Sektor MŚP jest zarówno bardzo

¹¹ T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 1998, s. 49.

¹² T. Sangowski (red.), *op. cit.*, s. 51.

interesującym, jak i trudnym rynkiem dla ubezpieczycieli. Zróżnicowanie branżowe pociąga za sobą często bardzo rozbieżne potrzeby w tej dziedzinie, zwłaszcza, że wpływających na decyzje przedsiębiorców w kwestii zawarcia umowy ubezpieczenia.

Jak wynika z danych przedstawionych na rysunku 1.1., największy odsetek przedsiębiorców uznaje dostępną na rynku ofertę jako jedynie „dostateczną” (33% ankietowanych). Ocenę pozytywną („bardzo dobrze”, „dobrze”) wystawiło 40% respondentów, co może wydawać się niezbyt dobrym wynikiem. Dodatkowo, dostępna na rynku oferta została oceniona źle więcej razy, niż bardzo dobrze. Godny uwagi jednak jest fakt, iż aż 13% przedsiębiorców nie miało zdania, dlatego gdyby wyłączyć ich z badania, przeważałyby mimo wszystko opinie pozytywne.



Rysunek 1.1. Ocena przedsiębiorców oferty ubezpieczeniowej kierowanej do przedsiębiorstw z sektora MŚP w Polsce

Źródło: K. Kędzior, *Opinie na temat pokrycia ryzyk związanych z działalnością przedsiębiorstw średnich, małych i mikro przez ubezpieczeniową ofertę produktową w Polsce i innych wybranych krajach – Francja, Włochy, Wielka Brytania, Niemcy, USA*, [w:] *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów* pod red. I. Jędrzejczyk, Oficyna Wydawnicza Edward Mitek, Warszawa 2015, s. 341.

Tabela 1.4. Procentowy udział przedsiębiorstw korzystających z ochrony ubezpieczeniowej w ogóle przedsiębiorstw w latach 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Przedsiębiorstwa mikro	70,60%	72,3%	64,5%	70,9%	72,1%
Przedsiębiorstwa małe	83,90%	87,2%	87,3%	87,9%	87,7%
Przedsiębiorstwa średnie	91,60%	96,0%	92,7%	97,3%	97,6%
Sektor MŚP ogółem	72,90%	74,4%	65,6%	72,0%	75,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Wicka, *Popyt przedsiębiorstw na ubezpieczenia*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 74, 1/2015, s. 614; oraz E. Wierzbicka, *Znaczenie ubezpieczeń dla przedsiębiorstw sektora MŚP*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie, 1/2014, s. 147.

W tabeli 1.4. przedstawiono udział przedsiębiorstw korzystających z ochrony ubezpieczeniowej w ogóle podmiotów zaliczanych do sektora MŚP z uwzględnieniem podziału według kryterium wielkości. Wyraźnie widoczne jest załamanie, które nastąpiło w 2010 roku i poza nim w całym badanym okresie można zaobserwować trend wzrostowy. Warto zauważyć, iż odsetek przedsiębiorstw ubezpieczających ryzyka towarzyszące ich działalności był najwyższy wśród przedsiębiorstw średnich. Wiąże się to z ogólnym wnioskiem, który można wysnuć na podstawie danych, czyli że wraz ze wzrostem wielkości przedsiębiorstwa, a więc wzrostem wartości jego majątku, wielkości zatrudnienia oraz wolumenu rocznych obrotów, skłonność do zawierania umów ubezpieczenia również wzrasta. Jest to logicznie uzasadnione, ponieważ w przypadku większych podmiotów ciężar finansowy szkód powstałych w przypadku realizacji ryzyka mógłby zachwiać ich stabilnością finansową lub nawet doprowadzić do niewypłacalności. Dodatkowo, w przypadku takich podmiotów często można mówić o bardziej złożonej i wielopłaszczyznowej działalności, a więc towarzyszy jej więcej typów ryzyka. Ponadto, koszty opłacenia składki często są czynnikiem zniechęcającym najmniejsze podmioty gospodarcze do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Należy jednak zaznaczyć, że to właśnie przedsiębiorstwa mikro i małe stanowią zdecydowaną większość firm zarejestrowanych w Polsce, zatem ich dobra kondycja, która także w dużej mierze zależy od stabilności i ciągłości funkcjonowania, jaką pomaga zapewnić ochrona ubezpieczeniowa, niebagatelnie wpływa na całość gospodarki krajowej. Stąd nasuwa się również wniosek, że odsetek przedsiębiorstw ubezpieczonych na poziomie w granicach 75% pozostawia dosyć spore pole do działania, a do jego zwiększenia powinny dążyć obie grupy podmiotów, zarówno ubezpieczyciele, jak i same firmy.

1.5. Typy ubezpieczeń występujących w przedsiębiorstwach z sektora MŚP

Zabezpieczenie się przed następstwami niepożądanych zdarzeń, które mogą wystąpić w przyszłości podczas prowadzenia działalności przedsiębiorstwa jest najistotniejszym czynnikiem wpływającym na podjęcie decyzji o zastosowaniu ochrony ubezpieczeniowej w firmie. Choć oczywiście skorzystanie z ubezpieczenia nie uchroni podmiotu od realizacji związanych z nim ryzyk, pozwoli w większości przypadków uniknąć problemu możliwości kontynuowania działalności w takiej sytuacji, najczęściej wynikającego ze zbyt dużego

obciążenia finansowego, jakie niesie za sobą pokrycie powstałych szkód. W skład specjalnych pakietów dedykowanych przedsiębiorstwom, szczególnie małym i średnim wchodzi szereg ubezpieczeń, są to zarówno ubezpieczenia majątkowe, jak i odpowiedzialności cywilnej.

Głównym celem zawarcia umowy ubezpieczenia OC jest przeniesienie na ubezpieczyciela na warunkach ściśle przez nią określonych ryzyka wypłaty odszkodowania osobom trzecim, które poniosły szkodę, za którą odpowiedzialność cywilną ponosi ubezpieczony lub ubezpieczający. Oczywiście ubezpieczyciel przyjmuje na siebie to ryzyko i ewentualny ciężar finansowy w zamian za opłaconą przez ubezpieczającego składkę¹³. W przypadku ubezpieczeń mienia, istotą jest objęcie ochroną ubezpieczeniową majątku. Należy również w tym miejscu podkreślić zasadniczą różnicę między nimi, a jest nią podmiot lub osoba, która otrzyma odszkodowanie w przypadku wystąpienia szkody opisane w umowie. W przypadku ubezpieczenia OC są to osoby trzecie, natomiast w ubezpieczeniach mienia beneficjentem jest ubezpieczony, w tym wypadku przedsiębiorstwo.

W literaturze przedmiotu dokonano już wielu prób klasyfikacji ubezpieczeń, a najczęstsza z nich wyróżnia dwie kategorie – ubezpieczenia społeczne i gospodarcze. W tabeli 1.1. przedstawione zostały różne podziały ubezpieczeń, które przede wszystkim uwzględniają rozmaite ryzyka oraz zarządzanie nim w małym lub średnim przedsiębiorstwie. Wśród najistotniejszych kryteriów, zarówno z naukowego punktu widzenia, jak i z perspektywy samego przedsiębiorstwa, należy wskazać przedmiot ubezpieczenia oraz to, czy jest ono obligatoryjne, a więc czy istnieje przymus zawarcia umowy na dany typ ubezpieczenia.

Do ubezpieczeń obowiązkowych zaliczamy OC powszechne i szczególne (zawodowe). Pierwsze z nich to takie, w przypadku którego obligatoryjny charakter wynika przede wszystkim z Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁴. W myśl tej ustawy obecnie w Polsce do ubezpieczeń obowiązkowych zaliczamy:

- ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a więc obejmujące szkody związane z ich ruchem;
- ubezpieczenie OC rolników, czyli z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego;

¹³ E. Wójcik, *Ubezpieczenia dla małych i średnich przedsiębiorstw* [w:] *Ubezpieczenia dla przedsiębiorstw*, pod red. E. Wierzbickiej, Wydawnictwo SGH, Warszawa 2014, s. 229.

¹⁴ G. Strupczewski, *Charakterystyka wybranych ubezpieczeń majątkowych*, op. cit., s. 162.

- ubezpieczenie budynków rolniczych, które jest ubezpieczeniem budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych;
- inne ubezpieczenia wynikające z zapisów innych ustaw, a także umów międzynarodowych ratyfikowanych w naszym kraju.

Szczególne OC często zwane jest zawodowym, ponieważ obowiązek jego zawierania mają podmioty prowadzące konkretną działalność, najczęściej związaną z wykonywaniem pewnego zawodu. Obowiązek ten nakładają rozporządzenia ministra finansów, a także ustawy korporacyjne. Wśród tych zawodów można wymienić między innymi¹⁵:

- architektów,
- doradców podatkowych, biegłych rewidentów i księgowych;
- brokerów ubezpieczeniowych;
- komorników, adwokatów i rzeczoznawców majątkowych;
- lekarzy;
- organizatorów imprez masowych;
- detektywów i ochroniarzy.

Choć nie wszystkie ryzyka i podmioty objęte są obowiązkowym ubezpieczeniem OC w wielu przypadkach warto je wykupić, szczególnie prowadząc działalność gospodarczą. Tabela 1.5 zawiera zestawienie najpopularniejszych rodzajów ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej wraz z krótką charakterystyką opisującą ich istotę. Znaleźć wśród nich można zarówno te obowiązkowe, jak i dobrowolne.

¹⁵ *Ibidem*, s. 162.

Tabela 1.5. Najpopularniejsze rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej

Rodzaj ubezpieczenia OC	Charakterystyka
Ubezpieczenie OC ogólnej	Ubezpieczeniu podlega odpowiedzialność cywilna ubezpieczającego w przypadku szkód na osobie albo mieniu w stosunku do osób trzecich, powstałych w wyniku prowadzenia działalności gospodarczej, a także posiadanego mienia.
Ubezpieczenie OC członków władz spółek kapitałowych	Pełnienie takiej funkcji zdecydowanie niesie za sobą ryzyko wyrządzenia szkód, które mogą dotyczyć zarówno osób trzecich, jak i samej spółki, dlatego to ubezpieczenie kierowane do władz spółek kapitałowych obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody powstałe w wyniku wykonywania obowiązków związanych z takimi funkcjami.
Ubezpieczenie OC za produkt	Wadliwy produkt może spowodować uszczerbek na zdrowiu oraz majątku nabywających go klientów, w związku z tym będąc producentem, importerem, przedsiębiorstwem umieszczającym na nim swój znak towarowy lub po prostu wprowadzającym produkt do obrotu, warto przy pomocy tego ubezpieczenia zabezpieczyć się przed ryzykiem bycia pociągniętym do odpowiedzialności za powstałe szkody.
Ubezpieczenie OC przewoźników i spedytorów	Chroni ono przed poniesieniem finansowych kar w stosunku do kontrahentów, będących konsekwencją nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji.
Ubezpieczenie OC pracodawcy	Zatrudniając pracowników pracodawca musi liczyć się z możliwością, że któryś z nich ulegnie wypadkowi podczas pracy. Dzięki temu ubezpieczeniu może on ochronić się przed roszczeniami ze strony pracowników w przypadku realizacji tego ryzyka.
Ubezpieczenie OC za szkody w środowisku	W przypadku wystąpienia nagłej i nieprzewidywalnej szkody na osobie lub mieniu, powstałych na skutek np.: uwolnienia się szkodliwych gazów i oparów, wycieku płynów lub innych substancji drażniących do środowiska, podmiot za to odpowiedzialny jest chroniony przed wypłatą często bardzo wysokich odszkodowań.
Ubezpieczenie OC zawodowej	Jego odbiorcami są w szczególności firmy doradcze, projektowe, czy audytorskie, które dzięki niemu objęte są ochroną w przypadku wyrządzenia osobom trzecim szkód majątkowych lub na osobie, powstałych w konsekwencji dopuszczenia się jakiegoś uchybienia przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: G. Strupczewski, *op. cit.*, s. 164.

Biorąc pod uwagę fakt, iż przedsiębiorstwo to oprócz struktury, relacji z otoczeniem i uwarunkowań prawnych, także, a może przede wszystkim jego majątek, należy zaznaczyć, iż ubezpieczenia mienia są bardzo istotną kategorią w kontekście prowadzenia działalności gospodarczej. Choć nie ma obowiązku ich posiadania, a ogólne warunki ubezpieczenia

ustalane są przez ubezpieczyciela, a nie, jak w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, przez ustawę, wiele podmiotów decyduje się na ich zakup. Są one niesamowicie ważne, ponieważ w przypadku realizacji któregoś z ryzyk, wskutek czego nastąpiłaby utrata lub uszkodzenie mienia, nierzadko kluczowego dla prowadzenia działalności podstawowej, przedsiębiorstwo ma szansę uzyskać środki na ich odtworzenie, a tym samym uchronić się przed brakiem ciągłości funkcjonowania. Taki zastój mógłby nieść dla niego bardzo poważne konsekwencje, a nawet prowadzić do upadłości.

Patrząc przez pryzmat rozmaitych składników majątku firmy, a także różnych rodzajów ryzyka wynikających z charakteru podmiotu i prowadzonej przez niego działalności można wyróżnić następujące rodzaje ubezpieczeń majątkowych¹⁶:

- od ognia i innych zdarzeń losowych;
- *all risks* (od wszystkich ryzyk);
- techniczne (od ryzyka montażowo-budowlanego, od awarii maszyn i ich uszkodzeń);
- transportowe (dotyczy mienia w transporcie i samych środków transportu);
- od kradzieży z włamaniem i rabunku.

Innym typem ubezpieczeń dobrowolnych pojawiających się w przedsiębiorstwach są ubezpieczenia finansowe. Najbardziej powszechną definicją tej kategorii jest ta opisująca je jako takie, które zapewniają ochronę przed ryzykiem niewykonania lub niewłaściwego wykonania zobowiązania umownego. Za charakterystyczną ich cechę można uznać fakt, iż chronią one, w przeciwieństwie do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, interes wierzyciela, czyli strony umowy, na rzecz której świadczenie winno być spełnione¹⁷. Do nich zaliczyć możemy ubezpieczenia kredytów (handlowych, bankowych, należności leasingowych i faktoringowych oraz spłat ratalnych), a także gwarancje ubezpieczeniowe (np. gwarancje zapłaty długu celnego, kontraktowe, handlowe)¹⁸. Tę grupę wraz z ubezpieczeniami utraty zysku i wspomnianymi wcześniej ubezpieczeniami OC określa się mianem ubezpieczeń praw i zobowiązań¹⁹.

¹⁶ E. Wójcik, *op. cit.*, s. 233.

¹⁷ J. Kukielka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa 2003, s. 18.

¹⁸ G. Strupczewski, *op. cit.*, s. 165-168.

¹⁹ E. Wójcik, *op. cit.*, s. 233.

Ostatni typ ubezpieczeń dobrowolnych, które pojawiają się w przedsiębiorstwach małych i średnich to ubezpieczenia na życie. Choć początkowo może wydawać się to nieoczywiste, odgrywają one bardzo istotną rolę, ponieważ zabezpieczają kapitał ludzki, będący często czynnikiem decydującym o wysokiej konkurencyjności przedsiębiorstwa oraz mający niebagatelny wpływ na maksymalizację zysku, która jest głównym celem funkcjonowania firmy. Personel najczęściej zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowia, życia lub zdolności do pracy. Dodatkowym pozytywnym aspektem jest używanie tych ubezpieczeń jako jednego ze sposobów motywowania pracowników, a to z kolei przyczynia się do podniesienia ich efektywności.

1.6. Porównanie oferty wybranych towarzystw ubezpieczeniowych

Dla celów poniższej analizy wybrano pięć pakietów ubezpieczeń dla przedsiębiorstw z sektora MŚP, znajdujących się w ofercie rozpoznawalnych i znaczących na rynku towarzystw ubezpieczeniowych, czyli: Ergo Hestia S.A., PZU S.A., Warta S.A., Uniqa S.A., Generali S.A.²⁰.. Określono także kryteria, według których oferty zostały porównane. Ich dobór był subiektywny, jednak opierał się na założeniu, iż powinny one być jak najbardziej istotne z punktu widzenia przedsiębiorstwa stojącego przed wyborem pakietu najbardziej adekwatnego do swoich potrzeb. Na tej podstawie wybrano dziesięć następujących:

1. Zakres pakietu podstawowego – jest to oczywiste kryterium, ponieważ zawiera w sobie informację na temat bogactwa podstawowej oferty, która nie pociąga za sobą kosztów dokupywania dodatkowych ubezpieczeń rozszerzających zakres ochrony.
2. Wyłączenia odpowiedzialności – informują one potencjalnego klienta, w jak wielu przypadkach ubezpieczyciel zrzeka się odpowiedzialności finansowej za powstałe szkody, a także pozwala uzyskać informację, czy charakter naszej działalności nie niesie za sobą takich konsekwencji.
3. Zakres ubezpieczeń OC – jak szeroki jest zakres ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w pakiecie.

²⁰ Towarzystwa ubezpieczeniowe Ergo Hestia S. A., PZU S. A., Warta S. A., wybrane zostały na podstawie kryterium udziału w rynku ubezpieczeń II działu mierzonego wielkością składki przypisanej brutto w roku 2015, (po r. *Raport o stanie sektora ubezpieczeń po IV kwartałach 2015 r.*, Komisja Nadzoru Finansowego, 2016), natomiast dwa pozostałe, czyli Uniqa S. A., Generali S. A. pojawiły się dla celów porównawczych ze względu na dostępność i przejrzystość oferty dla sektora MŚP.

4. Zakres ubezpieczeń majątkowych – jak szeroki jest zakres ubezpieczeń majątkowych, oferowanych przez tego ubezpieczyciela.
5. Przystępność OWU – oznacza ocenę formy ogólnych warunków ubezpieczenia, ich czytelność, jasność sformułowań, a także jakość zawartych wyjaśnienia terminów.
6. Występowanie ubezpieczeń NNW w pakietach podstawowych.
7. Ilość wersji dostępnych pakietów ubezpieczeniowych – pomaga określić, czy oferta bazuje na jednym pakiecie, do którego trzeba dokupywać wszystkie potrzebne rozszerzenia indywidualnie, czy też dostępne są różne warianty.
8. Mnogość rodzajów usług ubezpieczeniowych – czyli jak wiele dodatkowych usług można dokupić w ramach rozszerzenia zakresu ubezpieczenia przedsiębiorstwa.
9. Wielkość udziału własnego – według tego kryterium, sprawdzone zostało, czy ubezpieczyciel wymaga udziału własnego ubezpieczającego w przypadku wystąpienia szkody oraz jak duża może to być jej część.
10. Wysokość franszyzy redukcyjnej – w analizowanych ofertach pojawia się jedynie franszyza redukcyjna, a więc to kryterium sprawdza, jak duża (najczęściej wyrażona procentowo z określonym kwotowo minimum) część odszkodowania jest potrącana przez ubezpieczyciela przed jego wypłatą.

Oceny przyznawane były w skali od 0 do 5, gdzie „1” było oceną wariantu zdecydowanie niekorzystnego dla przedsiębiorcy, natomiast „5” otrzymywały rozwiązania najlepsze patrząc z punktu widzenia ubezpieczającego. 0 punktów oznacza brak składników pakietu spełniających dane kryterium. Na podstawie subiektywnego rozstrzygnięcia autorów, jak silny wpływ na podjęcie decyzji o wyborze oferty mają wymienione czynniki, zostały im przypisane odpowiednie wagi, co miało na celu zwiększenie stopnia szczegółowości całej oceny. Nie jest bowiem możliwe określenie czynników determinujących dokonanie wyboru konkretnej oferty przez przedsiębiorcę, a także siły ich wpływu na tę decyzję, tak, aby były one uniwersalne dla wszystkich podmiotów zaliczających się do sektora MŚP.

Wnioskiem nasuwającym się podczas analizowania wyników przeprowadzonej ewaluacji jest z pewnością stwierdzenie, iż choć pozornie w pakietach znajdowały się takie same lub bardzo podobne składniki, całościowo oferty są zróżnicowane, podobnie jak ich punktacja całościowa. Zdecydowanie najlepszą ocenę, zarówno punktową, jak i ważoną uzyskał w tej

analizie pakiet dla przedsiębiorstw z sektora MŚP oferowany przez Ergo Hestia. Jego wynik w punktacji ważonej to aż 4,35/5 punktów, a spowodowały go bardzo wysokie noty przyznane podczas ewaluacji kryteriów o najwyższej wadze, a także brak kryterium, w którym ten pakiet uzyskałby mniej niż 2 punkty. Należy zwrócić uwagę na to, że wynik uzyskany przez pakiety Warty i Generali jest taki sam, natomiast już biorąc pod uwagę wagi, góruje ten drugi. Oznacza to przede wszystkim, że dokonanie oceny ważonej pozwala na osiągnięcie bardziej dokładnego rezultatu, nawet w przypadku bardzo zbliżonych do siebie ofert, a także nieco bardziej przypomina tę, którą przeprowadzają rzeczywiście przedsiębiorcy wybierając najkorzystniejszą spośród ofert. Jest to także wybór subiektywny, zatem pewne kryteria mają większe znaczenie od innych, chociażby ze względu na rozmiar firmy, branżę, czy charakter działalności.

Tabela 1.6. Ocena oferty ubezpieczenia dla przedsiębiorstw z sektora MŚP dla wybranych towarzystw ubezpieczeniowych

Kryterium	Waga	Ocena dla danego towarzystwa									
		Ergo Hestia ^a		PZU ^b		Warta ^c		Uniqa ^d		Generali ^e	
		Ocena punktowa	Ocena ważona	Ocena punktowa	Ocena ważona	Ocena punktowa	Ocena ważona	Ocena punktowa	Ocena ważona	Ocena punktowa	Ocena ważona
Zakres pakietu podstawowego	20,0%	5	1,00	3	0,60	3	0,60	2	0,40	4	0,80
Wyłączenia odpowiedzialności	20,0%	4	0,80	3	0,60	2	0,40	3	0,60	3	0,60
Zakres ubezpieczeń OC	15,0%	4	0,60	4	0,60	5	0,75	1	0,15	4	0,60
Zakres ubezpieczeń majątkowych	15,0%	5	0,75	5	0,75	4	0,60	3	0,45	3	0,45
Przystępność OWU	5,0%	5	0,25	4	0,20	3	0,15	2	0,10	5	0,25
Występowanie ubezpieczeń NNW w pakietach podstawowych	5,0%	5	0,25	0	0,00	5	0,25	5	0,25	5	0,25
Ilość wersji dostępnych pakietów ubezpieczeniowych	5,0%	2	0,10	1	0,05	3	0,15	1	0,05	1	0,05
Mnogość rodzajów usług ubezpieczeniowych	2,5%	5	0,13	4	0,10	3	0,08	2	0,05	3	0,08
Wielkość udziału własnego	5,0%	5	0,25	1	0,05	5	0,25	3	0,15	5	0,25
Wysokość franszyzy	2,5%	3	0,08	5	0,13	3	0,08	1	0,03	4	0,10
SUMA	100,0%	42	4,35	30	3,28	36	3,45	23	2,33	36	3,58

Informacje niezbędne do wykonania analizy zostały zaczerpnięte z: ^a *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Hestia Biznes*, Ergo Hestia, (<http://www.ergohestia.pl>), data dostępu: 20.06.2016., ^b *PZU DORADCA Ogólne warunki ubezpieczenia i ogólne informacje o ubezpieczeniu*, (<https://www.pzu.pl>), PZU, data dostępu: 20.06.2016 r. ^c *Ogólne warunki ubezpieczenia Warta Ekstrabiznes Plus*, Warta (<https://www.warta.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r. ^d *Ogólne warunki ubezpieczenia Twój BIZNES Plus*, Uniqa, (<https://www.uniqa.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r. ^e *Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw „Generali, z myślą o firmie”*, (<https://www.generali.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r.

Źródło: opracowanie własne.

1.7. Podsumowanie

Celem niniejszej pracy było przedstawienie oraz skomentowanie sytuacji na polskim rynku ubezpieczeń kierowanych do małych i średnich przedsiębiorstw. Konieczne było omówienie wszelkich związanych z tym zagadnień teoretycznych, przeanalizowanie danych statystycznych, a także dokonanie oceny ofert przedstawionych przez wybrane towarzystwa. Wynikiem syntezy tych czynników jest zgromadzenie wiedzy pozwalającej na udzielenie odpowiedzi postawionych we wstępie. Warto w tym miejscu je przedstawić:

1. Charakter sektora MŚP w Polsce jest bardzo zróżnicowany. Ze względu na liczebność grupy podmiotów, które się do niego zaliczają, występuje duża różnorodność branż, form prawnych, czy typów działalności podstawowej. Będąc najliczniejszą zbiorowością wśród przedsiębiorstw w Polsce, odgrywają niesamowicie istotną rolę w kreowaniu PKB oraz kształtowaniu większości aspektów rzeczywistości gospodarczej kraju. Należy zaznaczyć, iż ten sektor jest największym producentami dóbr i dostawcą usług w polskiej gospodarce, ale także, jak w przypadku chociażby omawianych ubezpieczeń, ich odbiorcą.
2. Zarządzanie ryzykiem jest w dużym uproszczeniu podejmowaniem decyzji dotyczących poziomu ryzyka, które dany podmiot akceptuje i jest gotowy ponieść w zamian za możliwość osiągnięcia zysku. Jako część składowa zarządzania strategicznego, mającego na celu wytyczenie kierunków rozwoju przedsiębiorstwa i jego głównych celów, *risk management* pozwala określić poziom ryzyka towarzyszący przyszłym działaniom firmy oraz monitorować zmiany zachodzące w nim podczas implementacji obranej strategii. Ubezpieczenie to rodzaj manipulacji ryzykiem zaliczany do finansowania ryzyka. Jest on dość szczególny, ponieważ jego istota oraz kompleksowość obejmuje wszystkie sposoby manipulacji ryzykiem, oprócz jego unikania. Właśnie ze względu na tę złożoność oraz łatwość dostępu (szeroka oferta na rynku), ubezpieczenia są bardzo istotnym elementem strategii wielu przedsiębiorstw w dziedzinie zarządzania ryzykiem.
3. Obecnie około 75% przedsiębiorstw z sektora MŚP korzysta z ubezpieczeń. Wielkość udziału firm zawierających umowy ubezpieczenia w ogóle przedsiębiorstw, determinowana jest przede wszystkim przez skłonność do ubezpieczania się wśród

najmniejszych podmiotów, których jest zdecydowanie najwięcej. Należy także zauważyć, że wspomniana skłonność wzrasta wraz ze wzrostem wielkości organizacji. Oferta ubezpieczeniowa kierowana do sektora MŚP oceniana jest najczęściej jako „dostateczna”, co powinno dać towarzystwom ubezpieczeń wskazówkę do jej dopracowania.

4. Ubezpieczenia najczęściej zawierane przez małe i średnie przedsiębiorstwa to ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (np. ubezpieczenie OC ogólnej, ubezpieczenie OC zawodowe, ubezpieczenie OC za produkt), ubezpieczenie mienia (np. od ognia i innych zdarzeń losowych, od kradzieży z włamaniem i rabunku, *all risks*) oraz ubezpieczenia finansowe (np. ubezpieczenia kredytów, gwarancje ubezpieczeniowe).
5. Oferty poszczególnych towarzystw ubezpieczeniowych zawierają w większości te same typy ubezpieczeń, jednak są one zróżnicowane pod względem zakresu pakietu podstawowego. Zróżnicowanie ich oceny także zależy od wagi, jaką dane przedsiębiorstwo przywiązuje do konkretnych kryteriów. Dlatego też, wynik przedstawionej w pracy analizy propozycji wybranych towarzystw oparty na ich OWU zapewne różniłby się w przypadku dokonania jej z perspektywy potrzeb konkretnych podmiotów, tym bardziej, że nie został tu uwzględniony czynnik cenowy, który odgrywa ważną rolę w wyborze oferty najkorzystniejszej dla firmy, zwłaszcza przedsiębiorstwa mikro lub małego.

Rozdział 2.

Ubezpieczenie armatorów morskich P&I

Kinga Stokłosa*

2.1. Wprowadzenie

Ubezpieczenia morskie są najstarszym działem ubezpieczeń. Do dzisiejszego dnia wykazują one bardzo dynamiczny rozwój. Ich rozrost przyczynił się do rozbudowania oferty ubezpieczeniowej. Jedną z grup, w której pojawiły się nowe propozycje ochrony ubezpieczeniowej są armatorzy morscy. Było to przyczyną podjęcia problemu badawczego, który może być przedstawiony w postaci pytań: *Czy dla armatorów morskich dostępna jest odpowiednia ochrona ubezpieczeniowa? W jaki sposób oferta na rynku dostosowuje się do zachodzących zmian? Jakie korzyści zyskują armatorzy wstępując do klubów P&I (Protection and Indemnity)?* Głównym celem opracowania jest przedstawienie procesu rozwoju oferty ubezpieczeniowej dla armatorów morskich, prowadzącego do powstania specjalnych instytucji – klubów P&I. Artykuł zawiera szczegółową charakterystykę ubezpieczeń armatora P&I, przyczynę ich powstania, dostępną na polskim rynku ofertę ubezpieczeniową dla armatorów morskich oraz analizę specyfiki klubów P&I. Do pełnego zobrazowania i realizacji celu wykorzystano dostępną na rynku literaturę oraz Kodeks morski regulujący stosunki prawne związane z żeglugą morską²¹.

2.2. Ubezpieczenie OC armatora – P&I

Ubezpieczenia morskie (ang. *marine insurances*) to jedna z najważniejszych instytucji prawa morskiego i niezbędny element współczesnego obrotu morskiego. Morze przynosi wiele niebezpieczeństw i każda działalność z nim związana obarczona jest znacznym ryzykiem

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

²¹ Ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski (Dz. U. 2001 nr 138 poz. 1545) (dalej: Kodeks morski).

poniesienia szkody²². Celem ubezpieczeń morskich jest pokrywanie szkód powstałych wskutek niebezpieczeństw, na jakie przedmiot ubezpieczenia jest narażony w związku z żeglugą morską²³. Ubezpieczenie morskie polega na rozłożeniu ryzyka, a następnie skutków wystąpienia zdarzeń na dużą ilość ubezpieczanych podmiotów, którymi są armatorzy.

Istotną cechą ubezpieczeń morskich jest ich międzynarodowy charakter i silne wzajemne powiązanie poszczególnych rynków ubezpieczeniowych. Wśród nich dominującą rolę przypisać należy rynkom anglosaskim (Wielka Brytania, USA)²⁴.

Dokonując próby podziału ubezpieczeń morskich możemy generalnie wyróżnić trzy podstawowe grupy:²⁵

- ubezpieczenia odnoszące się do samego statku – Kadłub i Maszyna (H&M – Hull & Machinery),
- ubezpieczenia ładunku – CARGO,
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej armatora – P&I (P and I – Protection and Indemnity).

W dalszej części opracowania szczegółowej charakterystyce zostanie poddana wyłącznie ostatnia grupa.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej armatora - P&I jest jedną z podstawowych grup ubezpieczeń morskich. Zgodnie z Kodeksem morskim armatorem jest ten, kto we własnym imieniu uprawia żeglugę statkiem morskim własnym lub cudzym²⁶. Armator jest głównym podmiotem praw i obowiązków wiążących się z uprawianiem żeglugi morskiej. W odniesieniu do swej działalności ponosi on odpowiedzialność na zasadzie winy, i to najczęściej winy udowodnionej. Zakres tej odpowiedzialności wynika zarówno z kodeksu morskiego, jak i odpowiednich konwencji międzynarodowych. Ponosi on odpowiedzialność za szkody wyrządzone innej osobie - na ciele lub na mieniu. Przypadki odpowiedzialności za własne działania armatora zdarzają się raczej rzadko. Regułą jest odpowiedzialność za działania i

²² P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie. P&I*, *The Maritime Worker*, listopad - grudzień 2008, Nr 6 (13), (<http://www.pogoria.pl/pl/node/288>), data dostępu 4.06.2016 r.

²³ Art. 292 Kodeksu morskiego.

²⁴ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie - P&I*, *op. cit.*

²⁵ R. Kiliński, *Ubezpieczenia armatorów morskich*, [w:] *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa tom 2 Zastosowania*, red. L. Gąsiorkiewicz i J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 229.

²⁶ Art. 7 Kodeksu morskiego.

zaniechania załogi oraz innych pracowników i podwykonawców, w związku z wypełnianiem powierzonych im funkcji²⁷.

Ubezpieczenie armatorów morskich - P&I związane jest z odpowiedzialnością cywilną (chroni od szkód wyrządzonych w mieniu osoby trzeciej przez ruch lub w związku z eksploatacją statku, nie objętych ubezpieczeniem casco), następstwami nieszczęśliwych wypadków lub chorób (zapewnia odszkodowanie w wyniku uszkodzenia ciała lub zdrowia, choroby lub utraty życia członków załogi lub pasażerów). Wiąże się także z karami pieniężnymi, grzywnami za naruszenie przepisów administracyjnych bądź celnych oraz z wieloma innymi ryzykami o różnym charakterze i podłożu²⁸.

Podstawowym wyróżnikiem ubezpieczenia P&I jest fakt, iż odnosi się głównie do ryzyk dużych, trudnych do ubezpieczenia lub wręcz nieprzyjmowanych do portfela tradycyjnych ubezpieczycieli ze względu na swoją skalę²⁹.

Obowiązkowemu ubezpieczeniu na mocy konwencji międzynarodowych podlega odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zanieczyszczeniem olejem bunkrowym znajdującym się na pokładzie statku lub pochodzącym ze statku³⁰. Co istotne, armator statku o polskiej przynależności, o pojemności brutto 300 m³ i powyżej, obowiązany jest posiadać ubezpieczenie lub inne zabezpieczenie finansowe odpowiedzialności za roszczenia morskie, obejmujące roszczenia podlegające ograniczeniu na podstawie Konwencji o ograniczeniu odpowiedzialności (ubezpieczenie odpowiedzialności za roszczenia morskie). Ubezpieczenie odpowiedzialności za roszczenia morskie obowiązany jest posiadać także armator statku o obcej przynależności, o pojemności brutto 300 m³ i powyżej, gdy statek ten wchodzi do polskiego portu lub jeżeli jest to zgodne z wymogami prawa międzynarodowego, gdy statek ten wchodzi na polskie morze terytorialne³¹.

Posiadanie ubezpieczenia odpowiedzialności za roszczenia morskie powinno być potwierdzone jednym albo kilkoma certyfikatami ubezpieczenia odpowiedzialności za

²⁷ W. Górski., *Ubezpieczenia w transporcie i komunikacji*, Agencja Rozwoju Regionalnego S. A. w Zielonej Górze, Zielona Góra 1995, s. 122.

²⁸ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 1*, *The Maritime Worker*, lipiec - sierpień 2010, Nr 4 (23), <http://www.pogoria.pl/pl/node/298>, (dostęp 4.06.2016 r.)

²⁹ R. Kiliński, *op. cit.*, s. 239.

³⁰ Art. 271a. § 1. Kodeksu morskiego

³¹ Art. 102a. Kodeksu morskiego

roszczenia morskie³². Takim dokumentem może być np. certyfikat Międzynarodowej Grupy Klubów P&I. Celem takich działań jest poprawa jakości morskiej floty handlowej poprzez nakłonienie armatorów do bardziej odpowiedzialnego i asekuracyjnego zachowania.

Warto również wspomnieć, że bardzo ważnym wyróżnikiem ubezpieczenia P&I spośród innych związanych z ubezpieczeniami morskimi jest fakt, iż ubezpieczenie to jest ściśle przypisane do jednostki, której dotyczy. Wiąże się tylko ze zdarzeniami i szkodami, które zaistniały na skutek lub podczas eksploatacji konkretnej jednostki. Nie pokrywa natomiast szkód związanych z inną prowadzoną przez armatora danego statku działalnością.

Bardzo dobrym przykładem niezrozumienia tej zasady przez niektórych armatorów może być sytuacja, w której armator zorganizował dla przewożonych na jego statku pasażerów wycieczkę w głąb lądu na czas postoju w porcie. Podczas tej wycieczki nieposiadający, jak się później okazało, ubezpieczenia OC środek transportu, w tym przypadku autokar, uległ wypadkowi, w czasie którego poszkodowani zostali niektórzy pasażerowie. W związku z brakiem ubezpieczenia OC autokaru armator przekierował złożone do niego roszczenia poszkodowanych pasażerów do swojego Klubu P&I w celu ich zaspokojenia z posiadanej polisy. Klub jednak odmówił uznania roszczenia i wypłaty odszkodowań ze względu na fakt, iż wypadek nie był związany z eksploatacją jednostki oraz, co również jest istotne, wydarzył się poza jej pokładem podczas wycieczki na lądzie³³.

W celu uniknięcia takich sytuacji należy pamiętać, że ubezpieczenie P&I jest ubezpieczeniem typowo morskim, o czym powinni wiedzieć wszyscy korzystający z niego armatorzy statków, którzy zawierają umowy ubezpieczenia. Biorąc pod uwagę dostępną na rynku ofertę najlepszym jednak sposobem pozwalającym armatorom ustrzec się od podobnych ewentualności jest zaangażowanie w przygotowanie stosownego programu ubezpieczeniowego profesjonalnego doradcy lub brokera, który posiada odpowiednią wiedzę pozwalającą mu rozpoznać potencjalne zagrożenia. Broker jest specjalistą w zakresie ubezpieczeń i zarządzania ryzykiem. Poza tym działa on zawsze w interesie swoich klientów. Dzięki temu proponuje on odpowiednie rozwiązania zarówno ubezpieczeniowe jak i posunięcia prewencyjne, które czasem mogą się okazać mniej kosztowne oraz korzystne dla

³² Art. 102c. § 1. Kodeksu morskiego

³³ R. Kiliński, *op. cit.*, s. 246.

armatora³⁴. Jest zatem niezależnym pośrednikiem, który działając w interesie swojego klienta, podejmuje się zawodowo i za wynagrodzeniem zawarcia lub pośredniczenia w zawarciu umowy ubezpieczenia i ewentualnie dokonywania czynności związanych z wykonaniem zawartej już umowy, w szczególności opracowania i realizowania roszczeń ubezpieczającego wobec zakładu ubezpieczeń³⁵.

2.3. P&I w ofercie polskich ubezpieczycieli

W Polsce na rynku ubezpieczeń morskich liderem jest *Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta*. Ma ono ponad 80 procent udziałów na rynku. WARTA jest firmą, która cieszy się zaufaniem zarówno polskich, jak również zagranicznych klientów związanych z żeglugą i transportem morskim. Taką pozycję wypracowali sobie przez lata działalności, dzięki kompetencji pracowników i wykwalifikowanej obsłudze, zarówno na etapie zawierania umowy, jak i podczas likwidacji szkody³⁶.

Warta jest obecna na międzynarodowym rynku ubezpieczeń morskich od lat 60-tych ubiegłego wieku. W tym czasie zbudowała sieć partnerów i brokerów w wielu krajach Europy i na całym świecie. Jej agencja Gdynia America Shipping Lines z siedzibą w Londynie zapewnia dostęp do najważniejszego zagranicznego rynku³⁷.

Warta jest też członkiem Międzynarodowej Unii Ubezpieczycieli Morskich (IUMI). Firma posiada swoje Przedstawicielstwa w Gdyni i w Szczecinie, czyli w kluczowych dla sektora morskiego miejscach. Pracują w nich doświadczeni eksperci, którzy od lat zajmują się obsługą klientów morskich. Wspiera ich również kadra Departamentu Ubezpieczeń Morskich i Lotniczych w centrali firmy³⁸.

³⁴ *Insurance brokers*, (<http://understandinsurance.com.au/insurance-brokers>), data dostępu: 14.06.2016 r.

³⁵ S. Koroluk, *Broker jako pośrednik ubezpieczeniowy*, Wydawnictwo Prawnicze LEX, Sopot 1998, s. 30.

³⁶ *Lider na rynku ubezpieczeń morskich*, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232615/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-lider-na-ryнку-ubezpieczen-morskich](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232615/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-lider-na-ryнку-ubezpieczen-morskich)), data dostępu 14.06.2016 r.

³⁷ *Doświadczenia i kontakty międzynarodowe*, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/828524/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-doswiadczenia-i-kontakty-miedzynarodowe](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/828524/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-doswiadczenia-i-kontakty-miedzynarodowe)), data dostępu: 14.06.2016 r.

³⁸ *Łatwy dostęp do szerokiej kadry*, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232348/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-latwy-dostep-do-szerokiej-kadry-specjalistow](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232348/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-latwy-dostep-do-szerokiej-kadry-specjalistow)), data dostępu 14.06.2016 r.

Warta oferuje możliwość przygotowania oferty dla każdego klienta. Ubezpieczając wszystko co porusza się po wodzie – od jachtu do tankowca. Ubezpieczyciel jest w stanie przygotować kompleksową ofertę dla każdego zainteresowanego podmiotu, obejmującą wszelkie aspekty odpowiedzialności cywilnej, posiadane mienie czy życie i zdrowie załogi czy pasażerów³⁹. W ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej armatora Warta odpowiada za szkody osobowe lub rzeczowe wyrządzone osobom trzecim w czasie i w związku z posiadaniem lub eksploatacją jednostki, do naprawienia których armator zobowiązany jest z mocy prawa.

O sile firmy świadczy również fakt, że w 2012 r. Warta dołączyła do Grupy Talanx i zyskała silnego, profesjonalnego i liczącego się na świecie akcjonariusza. Warto również zaznaczyć, że wiarygodność firmy oraz jej stabilna perspektywa znalazły uznanie agencji ratingowej Standard & Poor's (S&P), która przyznała Warcie rating „A+”⁴⁰.

Ubezpieczenia morskie, które oferuje Warta są skierowane do szerokiej grupy klientów – od największych podmiotów – armatorów pełnomorskiej floty handlowej i rybackiej, floty pasażerskiej, poprzez armatorów flot operujących lokalnie, jednostek obsługi portów i jednostek zaopatrzeniowych (operujących na wodach portów), floty ratowniczej, a także stoczni budowlanych i remontowych. Oferta obejmuje również rybaków indywidualnych – armatorów kutrów i łodzi rybackich. Od lat Warta ubezpiecza również żaglowce oraz jachty. Poza tym jako jedyna firma w Polsce ubezpiecza platformy wydobywcze i badawcze złóż ropy na polskim szelfie morskim.

Struktura floty ubezpieczanej przez Wartę odpowiada w przybliżeniu strukturze floty światowej i obejmuje przede wszystkim kontenerowce, drobnicowce i masowce. Ubezpieczane krajowe jednostki to głównie drobnicowce, holowniki - zarówno portowe, jak i oceaniczne, masowce oraz barki.

Poza ubezpieczeniem P&I Warta oferuje swoim klientom wiele innych ubezpieczeń m.in. ubezpieczenia casco i OC od m.in. ryzyk wojennych, strajków, ubezpieczenie utraty zysków armatora, OC czarterującego, ubezpieczenie aparatury i sprzętu eksploatowanego na morzu

³⁹ *Możliwość przygotowania oferty dla każdego klienta*, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/965965/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-mozliwosc-przygotowania-oferty-dla-kazdego-klienta](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/965965/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-mozliwosc-przygotowania-oferty-dla-kazdego-klienta)), data dostępu 14.06.2016 r.

⁴⁰ *Standard & Poor's po raz kolejny podnosi rating Warty*, Warta, (<http://media.warta.pl/pr/274095/standard-poor-s-po-raz-kolejny-podnosi-rating-warty>), data dostępu: 14.06.2016 r.

lub w porcie. Poza tym Warta ubezpiecza stocznie konstrukcyjne i remontowe od ryzyk związanych z budową i remontem statków. Warta obejmuje ubezpieczeniem również załogi i pasażerów jednostek pływających oraz jachty morskie i śródlądowe⁴¹.

2.4. Kluby P&I

Szczególne znaczenie na międzynarodowym rynku ubezpieczeń należy przypisać armatorskim towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych tzw. klubom P&I. Kluby te zrzeszające armatorów są prototypem dzisiejszych zakładów ubezpieczeń wzajemnych opartych na zasadzie wzajemności. Taka forma działalności ubezpieczeniowej cieszy się w praktyce ogromnym zainteresowaniem. Kluby działają najczęściej jako osoby prawne występujące w postaci spółki jawnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Zaczęły się tworzyć w pierwszej połowie XIX wieku. Pierwszy klub (Britannia) powstał w Londynie w 1855 r. i do dnia dzisiejszego pozostaje liderem w Międzynarodowej Grupie Klubów P&I⁴². Poza tym stolica Wielkiej Brytanii i Anglii jest światowym centrum tego typu ubezpieczeń. Warto nadmienić także, że w ślad za pierwszym klubem pojawiły się kolejne, funkcjonujące na podobnych zasadach. W bardzo krótkim czasie również tego typu instytucje zaczęły powstawać na całym świecie m.in. w USA, Skandynawii i Japonii. Również z korzystniejszych względów podatkowych wiele pierwotnie brytyjskich klubów zostało aktualnie przeniesionych na terytorium np. Bermudów czy Luxemburga⁴³.

Kluby były odpowiedzią na potrzeby rynku oraz monopol ubezpieczycieli indywidualnych, którzy utrzymywali składki ubezpieczeniowe na bardzo wysokim poziomie (m.in. ubezpieczyciele Lloyd'a). Wówczas jeszcze ich celem było ubezpieczanie statków od ryzyk morskich, jednak kiedy przerwano monopol, stowarzyszenia stały się niepotrzebne do tego rodzaju ubezpieczeń. Wtedy jednak odrodziły się one dla innych celów.

Wraz z rozwojem żeglugi oraz w związku ze wzrastającą liczbą roszczeń ze strony osób trzecich w stosunku do armatorów zwiększyło się zapotrzebowanie na tego typu usługi

⁴¹ *Warta: ubezpieczenia morskie*, Gazeta Ubezpieczeniowa, 15.03.2011 r., (http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=38991&catid=107:rynekubezpiecze&Itemid=106), data dostępu: 14.06.2016 r.

⁴² *Company profile*, Britannia Pandi, <http://www.britanniapandi.com/about/company-profile/>, data dostępu: 14.06.2016 r.

⁴³ R. Kiliński, *op. cit.*, s. 240-241.

klubów. Na powstanie klubów miały wpływ potrzeby samego ubezpieczonego, jak np. odpowiedzialność w stosunku do właściciela ładunku, do pasażera lub członka załogi, pracownika portu itp. Z biegiem czasu liczba ryzyk ubezpieczanych w ramach klubów zaczęła rosnąć i obejmować coraz to więcej zdarzeń m.in. takie sytuacje jak koszty leczenia i pogrzebów, koszty wysyłania za granicę marynarzy w razie konieczności uzupełnienia załóg, utrata rzeczy osobistych marynarzy, koszty wynikające z obowiązku usunięcia wraku, kary jakie ponosi armator w związku z łamaniem przepisów celnych i imigracyjnych przez członków załóg oraz z tytułu zanieczyszczenia środowiska i wiele innych. Zakres oferowanej przez kluby ochrony spowodował ogromną popularność tego rodzaju ubezpieczeń wśród armatorów. Niektóre kluby zapewniają nawet ochronę ubezpieczeniową w związku z zatrzymaniem statku w wyniku strajku załogi lub robotników w porcie oraz poniesionymi z tych przyczyn kosztami⁴⁴.

Ubezpieczenie w ramach klubów P&I polega na rozłożeniu ryzyka oraz skutków wystąpienia zdarzeń na dużą ilość ubezpieczanych armatorów. System ten oferuje bardzo dużą pojemność przy stosunkowo niewielkiej składce na każdego członka. Każdy z klubów armatorskich zapewnia swoim członkom nie tylko bardzo szeroki zakres ochrony, ale również, w przypadku zasadności roszczenia, niemal nieograniczoną możliwość wypłacalności. Armatorzy płacą swoim ubezpieczycielom odpowiedniej wielkości składki, z których potem wypłacane są, w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem odszkodowania mające na celu kompensatę poniesionych strat. Dlatego też, rosnąca wielkość i wartość statków, a także przewożonych nimi ładunków oraz potencjalny zakres szkód, jakie mogą one wyrządzić środowisku i otoczeniu, wymagają odpowiedniego potencjału finansowego ubezpieczycieli. Kluby P&I zapewniają ochronę ubezpieczeniową przed tego rodzaju stratami. Wysokość szkody jest często tak wielka, że refundacja wykracza poza możliwości samych ubezpieczycieli. W tym celu powstały właśnie międzynarodowe kluby armatorskie, które mają duże możliwości finansowe⁴⁵. Łączą się one w tzw. pool, zwany także International Group, który zrzesza Kluby P&I dzięki czemu zapewnia realizację ogromnych odszkodowań m.in. tych powstałych w wyniku wskazywanych już zanieczyszczeń środowiska naturalnego⁴⁶.

⁴⁴ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 1, op. cit.*

⁴⁵ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie. P&I, op. cit.*

⁴⁶ *About The Group*, IG Pandi (<http://www.igpandi.org/about>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Warto zastanowić się również nad wyjątkowością tych instytucji oraz ich dostosowania się do potrzeb armatorów. W odróżnieniu od typowej ochrony ubezpieczeniowej otrzymywanej w trybie umowy ubezpieczenia w zamian za składkę, ubezpieczenie w ramach klubu P&I charakteryzuje się specyficznymi cechami takimi jak⁴⁷:

- ma charakter wzajemny. Oznacza to, że każdy ubezpieczony jest równocześnie ubezpieczycielem i odwrotnie,
- ochrony ubezpieczeniowej nie nabywa się w zamian za ustaloną z góry składkę, nie ma więc ono ceny. Świadczenie wzajemne za ochronę ubezpieczeniową polega na zobowiązaniu do świadczeń na rzecz pozostałych członków klubu. Są to udziały z których pokrywa się ryzyka według zasad określonych w tzw. warunkach klubowych,
- klub jest organizacją samopomocy gospodarczej i w zasadzie nie ma na celu osiągnięcia zysku (kluby są organizacjami non for profit). Armatorzy zrzeszają się w klubach, które są właściwie pod ich kontrolą oraz podejmują w większości decyzje dotyczące działalności klubu,
- w ubezpieczeniach armatorskich zazwyczaj nie występuje suma ubezpieczenia wyznaczająca zwykle górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Odpowiedzialność klubu jest właściwie nieograniczona, wyjątek stanowią jedynie ryzyka odpowiedzialności związane z zanieczyszczeniem środowiska,
- kluby armatorskie nie tylko wypłacają odszkodowanie, ale również same prowadzą negocjacje z osobami składającymi roszczenia w stosunku do członków swojego klubu,
- kluby ubezpieczają tylko normalne czynności handlowe. Natomiast armatorzy będący członkami danego klubu mogą uznać, że dane ryzyko wykraczające poza tę definicję będzie objęte ubezpieczeniem.

W tak prężnie działającej instytucji składki naliczane są w dwóch etapach. Pierwsza to składka zaliczkowa (ang. *Advance Call*), która oparta jest na przewidywaniach klubu dotyczących spodziewanego poziomu szkód dla całego portfela. Stanowi ona około 70% składki całkowitej. Fundusz rezerwowy wynosi natomiast 5%. Kolejne 15% stanowi składka reasekuracyjna, jaką klub w danym roku odprowadzi na rynek, natomiast ostatnie koszty stanowi administracja wynosząca 10%. Część tej składki, dokładnie 2/3, jest płatna na

⁴⁷ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie. P&I, op. cit.*

początku każdego roku polisowego, a pozostała 1/3 do 20 sierpnia danego roku⁴⁸. Co istotne, rok polisowy dla ubezpieczeń P&I trwa od południa 20 lutego do 20 lutego w południe roku następnego. Związane jest to z tradycyjnym otwarciem żeglugi po zimowej przerwie. Data ta sięga korzeniami do czasów, kiedy na zimę wszystkie statki chroniły się w portach i żegluga w praktyce zamierała do ostatnich dni lutego. Pod koniec tego miesiąca bowiem zazwyczaj topniały lody i statki mogły powrócić na morze⁴⁹. Drugi etap to tzw. składka dodatkowa (ang. *Additional Call*) płatna 18 miesięcy po zamknięciu i rozliczeniu roku polisowego na bazie aktualnych danych szkodowych za okres rozliczeniowy. Możliwe jest natomiast w przypadku bardzo słabego roku polisowego narzucenie przez klub swoim członkom kolejnych składek dodatkowych aż do momentu całkowitego zbilansowania składką wypłaconych w danym roku polisowym odszkodowań. Przez tą praktykę realizuje się właśnie zasada wzajemności, która jest podstawą działania każdego klubu. W celu lepszego zobrazowania tej kwestii można rozważyć następujący przykład:

- w roku pierwszym członek klubu płaci pierwszą inicjalną składkę,
- w roku drugim członek klubu płaci składkę inicjalną za rok drugi oraz składkę dodatkową za rok pierwszy,
- w roku trzecim członek klubu płaci składkę inicjalną za rok trzeci oraz składkę dodatkową za rok drugi, a także kolejną składkę dodatkową za rok pierwszy,
- w roku czwartym członek klubu płaci składkę inicjalną za rok czwarty oraz składkę ostateczną za rok pierwszy, a także składkę dodatkową za rok drugi i za rok trzeci. W tym momencie następuje koniec naliczania składek dodatkowych za rok pierwszy⁵⁰.

Od opisanego wyżej przypadku istnieje jednak wyjątek. Jest to sytuacja, w której ubezpieczyciel spełnia rolę członka klubu i oferuje ubezpieczenie armatorskie pod własną marką, traktując w zasadzie klub jedynie jako reasekuratora całego lub też części ryzyka. Przykładem może być Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA, która jest członkiem Klubu West of England. W tym przypadku zasada wzajemności nie przenika poza ubezpieczyciela. Oznacza to w praktyce, że ubezpieczyciel w przypadku roku polisowego o niskiej szkodliwości uzyskuje od klubu zwrot nadpłaconej składki. Musi się jednak liczyć z

⁴⁸ R. Kiliński, *op. cit.*, s. 242.

⁴⁹ P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie. P&I, op. cit.*

⁵⁰ R. Kiliński, *op. cit.*, s. 243.

sytuacją odwrotną, w której poniesie koszty składki dodatkowej. Nie będzie mógł obarczyć nimi ubezpieczonych armatorów, którzy płacą mu stałą, z góry ustaloną na początku roku polisowego składkę, przez co nie są zobowiązani do wyrównywania strat.

Kluby działają w dobrym interesie armatorów, jednak muszą brać też pod uwagę swoje dobro dlatego skutecznie starają się bronić przed występowaniem członków z klubu. Praktyka ta mogłaby być stosowana przez armatorów w przypadku gorszego roku dla niektórych z nich. Dlatego kluby uzgodniły między sobą, iż zmieniający klub członek w nowym klubie jeszcze przez pierwszy rok nowego członkostwa nadal będzie płacił składkę na zasadach i w wymiarze jak w poprzednim klubie. Poza tym niektóre kluby stosują składkę dodatkową, którą odchodzący armator musi zapłacić przed zmianą klubu. Zasady te powodują, że skłonność do migracji członków między klubami P&I jest stosunkowo mała⁵¹.

Kluby P&I rozproszone są po całym świecie, dlatego bardzo ważne jest, aby w celu dokonywania w ramach porozumienia wzajemnych operacji reasekuracyjnych, warunki ubezpieczenia w poszczególnych klubach nie różniły się zbyt od siebie. Mogą brzmieć inaczej, jednak co do zasady podział ryzyk w każdym klubie powinien być bardzo zbliżony do siebie. Kluby dla swoich ubezpieczonych członków wydają corocznie zasady tak aby warunki ubezpieczenia były łatwo dostępne i wszystkim znane. Kluby starają się, aby zasady były w jak najlepszy sposób zbliżone do realiów żeglugi morskiej. Reguły te podzielone są na klasy, a one natomiast na sankcje, w których szczegółowo opisane są zasady i wyjątki funkcjonujące przy ryzykach objętych ochroną. Każda sekcja przedstawia szczegółowo opisane ryzyka i stanowi swoistą ofertę dla ubezpieczonego⁵².

2.5. Podsumowanie i wnioski

Ryzyko nieodłącznie towarzyszy działalności armatorów morskich. W związku z prowadzoną aktywnością są oni narażeni na różne niebezpieczeństwa związane m.in. z pogodą, błędami ludzkimi, zanieczyszczeniami środowiska itp. Z biegiem czasu ryzyk tych oraz roszczeń ze strony osób trzecich zaczęło pojawiać się coraz więcej. Sytuacje te wiązały się z kosztami, które musieli ponosić armatorzy. Rozwiązaniem tego problemu było powstanie

⁵¹ *Ibidem*, s. 244.

⁵² P. Radwański, *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 1, op. cit.*

specjalnej instytucji – klubów P&I, która zaczęła zajmować się ochroną ubezpieczeniową armatorów morskich. Ich funkcjonowanie oparte jest na istotnej zasadzie wzajemności. Ta forma cieszy się ogromnym zainteresowaniem i jest atrakcyjna dla armatorów ze względu na fakt, iż każdy ubezpieczony jest równocześnie ubezpieczycielem. Kluby armatorskie posiadają również wiele innych zalet omówionych w artykule przez co idealnie dopasowały się do potrzeb rynku. Dlatego w kontekście postawionego we wstępie problemu badawczego najważniejszym wnioskiem płynącym z badań jest stwierdzenie, że zachodzące zmiany istotnie wpłynęły na powstanie tej instytucji. Kluby P&I zostały stworzone w celu zaspokojenia nowo pojawiających się ryzyk i do dnia dzisiejszego doskonale spełniają swoją rolę w dziedzinie ubezpieczeń.

Na zakończenie warto również zauważyć, że temat ubezpieczeń morskich jest tematem obszernym, dzięki czemu w przyszłości może stanowić podstawę dla wielu badań naukowych. Biorąc pod uwagę zmiany zachodzące na rynku oraz chęć jak najlepszego dopasowania oferty do potrzeb zainteresowanych ochroną ubezpieczeniową podmiotów, szczególnej analizie mogą w dalszym ciągu zostać poddane ubezpieczenia armatorów. Do interesujących kwestii można zaliczyć przegląd dostępnej na zagranicznym rynku oferty ubezpieczeniowej dla armatorów. Ciekawe wydawać by się mogły również ograniczenia odpowiedzialności armatorów z tytułu wykonywanej przez nich działalności.

Rozdział 3.

Ryzyko w ubezpieczeniach motocykli w Polsce

Magdalena Szaro, Paulina Świerkot*

3.1. Wprowadzenie

Według najnowszej edycji publikacji Głównego Urzędu Statystycznego, zawierającej podstawowe dane dotyczące wyników działalności sektora transportu w Polsce, na dzień 31 grudnia 2014 r. na 1000 ludności przypadało średnio 31 motocykli. Ogólna liczba omawianych pojazdów wynosiła 1 189 527⁵³. W zestawieniu z wcześniejszymi latami zaobserwować można wzrost liczby jednośladów w Polsce.

Na polskich drogach przybywa również upoważnionych do kierowania motocyklami. Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców jako sumę praw jazdy kategorii A⁵⁴, A2⁵⁵ i A1⁵⁶ wskazywała liczbę 5 984 077 (stan na 31 grudnia 2014 r.)⁵⁷. Są to dane przekazane Ministrowi Cyfryzacji przez wydziały komunikacji w starostwach powiatowych. Co więcej, ujednolicony tekst ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami nadaje posiadaczom prawa jazdy kategorii B, z co najmniej trzyletnim stażem, możliwość poruszania się motocyklami o pojemności silnika do 125 cm³ i uprawnienia tożsame posiadaczom kategorii A1.

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

⁵³ *Transport. Wyniki działalności w 2014 r.*, GUS 2015, (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/transport-i-laczność/transport/transport-wyniki-dzialalnosci-w-2014-r-,9,14.html>), data dostępu: 15.06.2016 r.

⁵⁴ Kategoria A - uprawnia do kierowania motocyklem oraz motocyklem z przyczepą motocyklową o masie nieprzekraczającej masy własnej motocykla i 100kg osoby w wieku 24 albo 20 lat, jeżeli osoba co najmniej od 2 lat posiada prawo jazdy A2, dla motocykli trójkołowych o mocy przekraczającej 15kW konieczne jest 21 lat.

⁵⁵ Kategoria A2 - uprawnia do kierowania osoby od 18 roku życia motocyklem o mocy nieprzekraczającej 35kW i stosunku mocy do masy własnej nieprzekraczającym 0,2kW/kg, przy czym nie może on powstać w wyniku wprowadzenia zmian w pojeździe o mocy przekraczającej dwukrotność mocy tego motocykla, motocyklem trójkołowym o mocy nieprzekraczającej 15kW.

⁵⁶ Kategoria A1 - uprawnia do kierowania osoby od 16 roku życia: motocyklem o pojemności skokowej silnika nieprzekraczającej 125cm³, mocy nieprzekraczającej 11kW i stosunku mocy do masy własnej nieprzekraczającym 0,1kW/kg, motocyklem trójkołowym o mocy nieprzekraczającej 15kW.

⁵⁷ Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców, (<http://www.cepik.gov.pl/statystyki>), data dostępu: 07.06.2016 r.

Należy również zauważyć, iż zwiększa się liczba motocykli zarejestrowanych po raz pierwszy na terytorium polski. Jak wskazują dane Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad liczba ta wzrosła w roku 2014 o około 22,17% w stosunku do roku poprzedniego.

Reasumując, zwiększa się liczba potencjalnych kierowców jednośladów, które stają się coraz bardziej popularne wśród Polaków. Natomiast rozwój rynku motoryzacyjnego w Polsce prowadzi w konsekwencji do wzrostu natężenia ruchu drogowego. Co za tym idzie, stale wzrasta również roczna ilość wypadków drogowych mających miejsce z winy kierujących motocyklami. W 2013 r. liczba ta wynosiła 967, a statystyki roku kolejnego pokazały wynik wyższy o 56⁵⁸. Zrodziło to konieczność coraz silniejszej koncentracji na zabezpieczeniu posiadanych pojazdów, a przede wszystkim ochrony zdrowia motocyklistów przed możliwym ryzykiem, mogącym być rezultatem realizacji niebezpieczeństw wynikających z nieprzewidywalności ruchu drogowego i zdarzeń losowych. Skłoniło to autorów do podjęcia problemu badawczego, który może być przedstawiony w postaci pytania: *W jaki sposób kształtuje się ryzyko w ubezpieczeniach motocyklowych? Jakie czynniki mają na nie wpływ?* Na podstawie tak zdefiniowanego problemu sformułowano podstawową hipotezę badawczą, zgodnie z którą stopień zaawansowania i wykorzystania produktów ubezpieczeniowych jest nieadekwatny do ryzyka, na jakie są narażeni motocykliści. Mając na uwadze potrzebę weryfikacji tak określonej hipotezy, za główne cele opracowania przyjęto dokonanie syntetycznej charakterystyki ryzyka, na jakie narażeni są motocykliści.

Pracę podzielili autorzy na cztery części. W pierwszej przedstawiają zakres swych rozważań. Drugi punkt poświęcają ryzyku, próbując przede wszystkim ujawnić zagrożenia powstałe w związku z prowadzeniem pojazdu jednośladowego. W trzeciej i czwartej jednostce odsyłają do przedstawienia statystyk wypadków, zestawiając z nimi szacunkowy stopień wykorzystania polis, by pod koniec wysunąć wnioski.

Podjęte w opracowaniu rozważania teoretyczne bazują na krajowej literaturze przedmiotu. Źródła danych wtórnych i statystyk sektora transportu stanowiły dane zawarte w raportach publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny i Polski Związek Przemysłu Motoryzacyjnego.

⁵⁸ Opracowanie nt. wypadków drogowych w Polsce w latach 2000 - 2014 przygotowane na podstawie danych Komendy Głównej Policji: *Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku*, Komenda Główna Policji, Warszawa 2016, s. 55, <http://statystyka.policja.pl/download/20/192140/Wypadki2015.pdf>, data dostępu: 15.06.2016 r.

3.2. Ryzyko powstałe w związku z kierowaniem motocyklem

Przyczyną wszystkich wypadków drogowych są nieprawidłowości w funkcjonowaniu poszczególnych elementów systemu transportu drogowego⁵⁹. Czynniki decydujące w kwestii istnienia niebezpieczeństwa na drogach według ośrodka powstania ryzyka podzielić należy na cztery zasadnicze kategorie⁶⁰:

- człowiek i jego zachowanie jako uczestnika ruchu (przestrzeganie przepisów ruchu drogowego, kultura bezpieczeństwa użytkowników dróg, stopień wykształcenia, stan fizyczny uwzględniający trzeźwość, czy zmęczenie);
- stan techniczny pojazdu (standardy bezpieczeństwa zapewnianego przez producenta oraz sposób eksploatacji motocykla przez kierującego);
- system zarządzania i utrzymania infrastruktury drogowej⁶¹ (decyzje instytucji administracji drogowej o budowie nowych sieci dróg, przebudowie istniejących odcinków, opracowywania projektów organizacji ruchu oraz kreowanie przez aparat prawny wymogów bezpieczeństwa).
- pozostałe bodźce (złe warunki meteorologiczne lub przyrodnicze, ataki wandalizmu lub terroryzmu)

⁵⁹ „Podstawowymi problemami brd w Polsce są: infrastruktura drogowa niedostosowana do standardów bezpieczeństwa, słabo rozwinięty system zarządzania bezpieczeństwem, niska kultura bezpieczeństwa. Przyczyniają się do tego nieprawidłowości funkcjonowania poszczególnych elementów systemu transportu drogowego ujawniającej się w procesie ruchu drogowego takie jak: nieprawidłowe zachowania uczestników ruchu, awarie techniczne, złe warunki meteorologiczne lub przyrodnicze, akty wandalizmu lub terroryzmu” za: K. Jamroz, A. Szymanek, *Zintegrowane zarządzanie ryzykiem w systemie bezpieczeństwa ruchu drogowego*, (http://docplaye_r.pl/1887341-Zarzadzanie-ryzykiem-w-systemie-bezpieczenstwa.html), data dostępu 15.06.2016 r.

⁶⁰ „Głównymi czynnikami ryzyka na drogach są: człowiek jako uczestnik ruchu, pojazd oraz droga. Aby droga była bezpieczna, uczestnicy ruchu muszą przestrzegać przepisów ruchu drogowego (...), producenci muszą produkować bezpieczne pojazdy, a instytucje odpowiedzialne za ruch drogowy muszą zapewnić drogi spełniające wymogi bezpieczeństwa”. za: *Europejski Atlas Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego* (http://www.eurorap.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=81), data dostępu 15.06.2016 r.

⁶¹ „Organizacja i zarządzanie infrastrukturą drogową w Polsce jest układem rozwiązań prawnych i organizacyjnych dzielących kompetencje oraz odpowiedzialność odpowiednich organów państwowych i samorządowych za rozwój i utrzymanie ustalonych kategorii dróg publicznych.” za: *Określenie metod i systemów ewidencji wpływów i wydatków na transport drogowy w Polsce* (https://www.gddkia.gov.pl/userfiles/articles/p/prace-naukowo-badawcze-zrealizow_3435/documents/roz-1.pdf), data dostępu 15.06.2016 r.

Kierowcy jednośladów, jako słabi użytkownicy dróg⁶², są podatni na część czynników w zaostrzonym stopniu. W celu przeprowadzenia analizy niezbędna jest weryfikacja i określenie specyfiki ryzyka, któremu podlegają motocykliści. Ryzyko powstałe w związku z kierowaniem jednośladem rozpatrywać należy w dwóch aspektach:

- osobowym, jako powodujące szkody w dobrach osobistych motocyklisty, takich jak zdrowie, życie i zdolność do pracy;
- majątkowym, jako zagrażające dobru majątkowemu, jakim jest tu sensu stricto pojazd silnikowy.

Analizując zagadnienie ryzyka partykularnego powstałego w związku z prowadzeniem pojazdu jednośladowego należy uwzględnić, że w porównaniu do innych pojazdów silnikowych, kierowanie motocyklem jest związane ze szczególnie dużym poziomem potencjalnej realizacji niebezpieczeństw. Założenie to wynika ze znacznie większej liczby czynników ryzyka i bezdyskusyjnie silniejszego hazardu fizycznego podczas jazdy motocyklem, aniżeli ma to miejsce w przypadku kierowania innymi pojazdami. Podobnie jak piesi i rowerzyści, motocykliści zaliczają się do niechronionych⁶³. Podczas etapu identyfikacji ryzyka rozpoznać i skatalogować można tutaj przykładowo takie czynniki wzmożonego zagrożenia jak:

- dynamika jazdy na jednośladzie⁶⁴;
- ograniczone pole widzenia motocyklisty⁶⁵;
- gorsza widoczności pojazdu przez innych uczestników ruchu drogowego ze względu na jego niewielkie gabaryty;

⁶² „In recent years there has been much discussion about whether or not a PTW user falls into the category of vulnerable road user or not.” za: *Vulnerable Riders. Safety implications of motorcycling in the European Union*. European Transport Safety Council, Brussels 2008, (http://archive.etsc.eu/documents/ETSC_Vulnerable_riders.pdf), data dostępu: 15.06.2016 r.

⁶³ „Despite its imperfections, we regard PTW users as vulnerable road users alongside cyclists and pedestrians due to the absence of a protective cage.” za: *Vulnerable Riders. ... op. cit.*

⁶⁴ „Często mówimy o konieczności dostosowania szybkości jazdy do widoczności na drodze. Zastanówmy się, co to właściwie znaczy. Istnieje minimalny dystans konieczny do zatrzymania konkretnego motocykla jadącego z daną szybkością”. Za: D.L. Hough, *Motocyklista doskonały*, Wydawnictwo Buk Rower, Zielonka 2005.

⁶⁵ „Niestety, w czasie jazdy niewielu potrafi dokładnie ocenić dystans w metrach czy nawet „długościach samochodu”. Przy większych szybkościach obraz drogi rozmazuje się przed oczami, co uniemożliwia obliczenie w myśli odległości”. Za: D.L. Hough, *op. cit.*

- podatność maszyny na poślizgi, duży udział przedniego koła podczas hamowania, a co za tym idzie – mniejszej skuteczności hamowania aniżeli w przypadku wehikułów dwuśladowych.

Wartym uwagi jest również fakt statystycznie wysokiej liczby rannych i znacznego poziomu śmiertelności w zdarzeniach drogowych z udziałem motocykli. Niebezpieczeństwo to wynika ze specyfiki jazdy jednośladem i niejednokrotnie okazuje się ono niemożliwe do zlikwidowania czy chociażby zminimalizowania. W związku z powyższym, w celu skutecznej manipulacji ryzykiem, istnieje wzmożona konieczność transferu, dystrybucji i kontroli ryzyka, którą wspomagać będzie szczególnie ochrona ubezpieczeniowa skierowana i dopasowana do specjalnych potrzeb motocyklistów.

3.3. Liczba oraz przyczyny wypadków z udziałem motocyklistów

W celu dalszych rozważań, fakt osobliwego narażenia motocyklistów na niebezpieczeństwa generowane ruchem drogowym poparty powinien zostać analizą danych statystycznych. Na obszarze Unii Europejskiej w 2013 r. zginęło ponad 4700 motocyklistów i motorowerzystów. Wypadki śmiertelne z udziałem motocykli stanowiły 15 proc. wszystkich śmiertelnych wypadków drogowych, a z udziałem motorowerów – około 3 proc. Razem stanowiły one istotny osiemnastoprocentowy segment śmiertelnych wypadków drogowych, mimo że motocykle i motorowery to zaledwie 11 proc. wszystkich pojazdów silnikowych⁶⁶.

Biorąc za przedmiot analizy Polskę, w 2015 r. motocykliści uczestniczyli w 2 136 wypadkach drogowych, w których zginęło 225 osób, a 2 188 zostało rannych. Wśród ofiar większość stanowili kierujący motocyklami – 188 zabitych i 1 703 rannych oraz ich pasażerowie 18 zabitych i 194 ranne. W porównaniu do roku ubiegłego zmniejszyła się liczba ofiar (motocyklistów) - zabitych o 42 (-18,3%) oraz liczba rannych o 261 (-13,3%). Motocykliści byli sprawcami 855 wypadków, w których zginęło 114 osób, a 874 zostały ranne. W porównaniu do roku ubiegłego jest to mniej wypadków o 168 (-16,4%), mniej osób zabitych o 37 (-24,5%) i mniej osób rannych o 187 (-17,6%).

Najczęstszymi przyczynami wypadków spowodowanych przez motocyklistów było:

- nie dostosowanie prędkości do warunków (501 wypadków),

⁶⁶ Eurostat, (<http://ec.europa.eu>), data dostępu 09.06.2016 r.

- nieprawidłowe wyprzedzanie (116 wypadków),
- niezachowanie bezpiecznej odległości (63 wypadki),
- nieudzielanie pierwszeństwa przejazdu (48 wypadków).

Tabela 3.1. Główne przyczyny wypadków spowodowanych przez motocyklistów

Przyczyny	Wypadki		Zabici		Ranni	
	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%
Niedostosowanie prędkości	501	58,6	70	61,4	487	55,7
Nieprawidłowe wyprzedzani	116	13,6	24	21,1	124	14,2
Nie zachowanie bezpiecznej odległości między pojazdami	63	7,4	1	0,9	77	8,5
Nie udzielenie pierwszeństwa przejazdu	48	5,6	3	2,6	55	6,3
Nieprawidłowe zachowanie wobec pieszego	31	3,6	3	2,6	36	4,1
Nieprawidłowe omijanie	8	0,9	2	1,8	6	0,7
Nieprawidłowe wymijanie	12	1,4	1	0,9	14	1,6
Jazda po niewłaściwej stronie drogi	15	1,8	4	3,5	16	1,8
Gwałtowne hamowanie	10	1,2	-	-	10	1,1
Nieprawidłowa zmiana pasa ruchu	7	0,8	-	-	10	1,1
Nieprawidłowy manewr skrętu	11	1,3	1	0,9	12	1,4

Źródło: *Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku*, Komenda Główna Policji, Warszawa 2016, s. 55, <http://statystyka.policja.pl/download/20/192140/Wypadki2015.pdf>, data dostępu: 15.06.2016 r.

Kierujący motocyklami najczęściej powodowali wypadki w miesiącach maj - wrzesień, co wynika z warunków klimatycznych umożliwiających poruszanie się po drogach tej grupie użytkowników. Największą liczbę wypadków zanotowano w sierpniu – 149 (17,4%), zginęło w nich 18 osób (15,8%), a rannych zostało 169 (19,3%).

Tabela 3.2. Sprawcy wypadków – motocykliści wg wieku

Wiek	Wypadki		Zabici		Ranni	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
07-14	5	2	-	-	5	3
15 - 17	50	30	2	2	62	32
18 - 24	293	227	44	33	304	232
25 - 39	489	392	84	56	493	398
40 - 59	152	158	18	20	162	163
60 plus	19	29	2	3	18	27
b/d	15	17	1	-	17	19

Źródło: *Wypadki...*, *op. cit.*

W latach 2014 i 2015 najwięcej wypadków powodowali kierowcy motocykli w przedziale wiekowym 25 – 39 lat. Wobec tego, niezmiernie ważnym czynnikiem dla ubezpieczyciela, wpływającym na wysokość składki jest wiek kierowcy pojazdu. Znajomość statystyk pozwala ubezpieczycielowi na dokładniejszą ocenę ryzyka, a co za tym idzie lepsze dopasowanie oferty. Pamiętać jednak należy, że ważnym determinantem odpowiedzialności wypadkowej nie jest jedynie wiek, ale i doświadczenie kierowców. Większą skłonność do kolizji mogą wykazywać początkujący kierowcy⁶⁷.

Nietrzeźwi motocykliści byli sprawcami 84 wypadków (9,8% wypadków przez nich spowodowanych), 14 osób zginęło, a 86 zostało rannych⁶⁸.

3.4. Stopień wykorzystania polis

Ubezpieczenia komunikacyjne stanowią dużą część portfela i najważniejszy obszar działalności ubezpieczycieli non – life w Polsce. W znacznym stopniu przyczyniają się do tego ubezpieczenia dedykowane kierowcom motocykli. Właściciele motocykli są bowiem ustawowo zobowiązani do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które działa analogicznie, jak w ubezpieczeniach samochodowych. Mamy tu zatem do czynienia z prawnym przymusem, jako iż instytucja OC jest gwarantem realności kompensacji należnej poszkodowanym. W przypadku wyrządzenia przez kierującego szkody w związku

⁶⁷ „Motocyklista z doświadczeniem poniżej sześciu miesięcy jest narażony na wypadek niemal dwa razy bardziej niż ten, który jeździ już ponad cztery lata”. D.L. Hough, *op. cit.*

⁶⁸ *Statystyka*, Portal Policja.pl, (<http://statystyka.policja.pl>), data dostępu 15.06.2016 r.

z poruszaniem się jednośladem, ubezpieczyciel pokrywa poniesione przez poszkodowanego koszty związane zarówno ze szkodą majątkową, jak i osobową.

Zgodnie z brzmieniem artykułu 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, do kanonu ubezpieczeń obowiązkowych należy zaliczyć OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, zwane dalej „ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych”. Posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany zawrzeć umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem posiadanego przez niego pojazdu⁶⁹. Obowiązek zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z zakładem ubezpieczeń dotyczy pojazdów samochodowych, ciągników rolniczych, motorowerów, przyczep i pojazdów wolnobieżnych oraz pojazdów zarejestrowanych za granicą, a dopuszczonych do ruchu drogowego na terytorium Polski.

Według danych Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego końcem roku 2015 dla grupy pojazdów: motocykle, motorowery, skutery, quady aktywnych było 1,518 mln polis OC. Oznacza to wzrost o prawie 6% w porównaniu z rokiem poprzednim, w którym liczba ta wynosiła 1,434 mln sztuk. Nie wolno również zapomnieć, iż jest to ubezpieczenie obowiązkowe i wzrost jego zainteresowaniem w głównej mierze spowodowany jest rozwojem rynku motoryzacyjnego w Polsce, czyli zwiększającą się liczbą pojazdów, a nie na przykład większą świadomością ubezpieczeniową posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zakres ubezpieczenia OC jest zwykle wąski, a poszerzyć go można poprzez wykup dodatkowej polisy chroniącej zarówno pojazd jak i jego użytkownika. Obszar ubezpieczeń komunikacyjnych motocyklowych można zatem badać nie tylko w ujęciu obligatoryjnym jako OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ale i w szerszym, wymieniając ponadto motocasco, ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) i assistance.

Generalnie brak jest dokładnych danych na temat zainteresowania użytkowników motocykli NNW i AC. Można jednak przypuszczać, że tylko nieliczni właściciele jednośladów korzystają z ochrony, jaką dają ubezpieczenia dobrowolne. Opierając się na szacunku okazuje

⁶⁹ Art. 23 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 124 poz.1152 z późn. zm.)

się, że ok. 2% właścicieli jednośladów decyduje się na ubezpieczenie AC⁷⁰. Liczba ta jest znacząco mniejsza, niż w przypadku pozostałych pojazdów. Takie dane świadczą o zbyt małej skuteczności działań na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz niskim poziomie świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa w Polsce.

Aby zrozumieć dlaczego tak się dzieje, należy rozważyć kilka czynników. Po pierwsze, rynek ubezpieczeniowy w Polsce jest rynkiem stosunkowo młodym i niewątpliwie cechuje się dużą zmiennością. W związku z tym większość firm ubezpieczeniowych dostępnych na rynku nie oferuje kompleksowych ofert całkowicie dostosowanych do potrzeb posiadaczy jednośladów. Jak podaje w najnowszym raporcie Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, na polskim rynku zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej posiada 61 krajowych zakładów ubezpieczeń, z czego 32 działają w dziale II (czyli w ubezpieczeniach osobowych i majątkowych)⁷¹. Jednak wiele z nich w swej ofercie w ogóle nie ujmuje ubezpieczeń dobrowolnych dla właścicieli jednośladów. Przykładami są Aviva, czy Liberty Direct. Warty dostrzeżenia jest również następujący fakt: pomimo iż wszystkie towarzystwa ubezpieczeniowe działające na polskim rynku podlegają takim samym regulacjom i reżimowi prawnemu, kryteria jakimi się kierują podczas ustalania taryf składek ubezpieczeniowych mogą się od siebie znacznie różnić. Wynika to z tego, że każdy ubezpieczyciel ocenia ryzyko w inny sposób i odmienne czynniki mogą mieć dla niego większy wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej⁷². Różnić się będzie również zakres ochrony oferowany przez ubezpieczycieli⁷³. W praktyce z tego właśnie powodu samodzielne próby wyboru

⁷⁰ *Właściciele motocykli i motorowerów są niedoubezpieczeni - raport InterRisk*, Info Wire, (https://infowire.pl/attachment/314918/859334/interrisk_wlasciciele_motocykli_i_motorowerow_sa_niedoubezpieczeni_raport_22.04.2016/), data dostępu: 15.06.2016 r.

⁷¹ *Raport o stanie sektora ubezpieczeń po I kwartale 2016 roku*, Komisja Nadzoru Finansowego 2016, (https://www.knf.gov.pl/Images/Sektor_ubezpieczen_lkw_2016_tcm75-47771.pdf), data dostępu 15.06.2016 r.

⁷² Jest tak zarówno w przypadku ubezpieczenia OC: Art. 8.1., ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych; ubezpieczenia NNW – jest to zazwyczaj ubezpieczenie dobrowolne, co wiąże się ze swobodą kształtowania warunków umowy i OWU (po r. art. 3531 KC i art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej); jak i ubezpieczenia AC – OWU opracowuje samodzielnie każdy zakład ubezpieczeń; T. Wróblewski, W. Mysza, M. Więcko; *Ubezpieczenia komunikacyjne AUTO – CASCO*; Rzecznik Finansowy; (https://rf.gov.pl/vademecum-klienta/abc-ubezpieczen/Ubezpieczenia_komunikacyjne_AUTO_CASCO_149), data dostępu: 13.09.16 r.

⁷³ „Zazwyczaj mniejsza składka ubezpieczeniowa oznacza węższy zakres ochrony oraz bardziej restrykcyjne zasady wyliczenia wartości szkody, co w praktyce przekłada się na wypłatę odszkodowania w znacznie mniejszej wysokości niż rzeczywiście poniesione koszty.” Za: *Ubezpieczenia komunikacyjne Auto-Casco*

odpowiedniego ubezpieczenia przez zainteresowanych często okazać się mogą trudnym i czasochłonnym zadaniem.

Kolejnym bardzo istotnym powodem, dla którego niewielki odsetek właścicieli pojazdów jednośladowych podejmuje decyzję o wykupieniu dodatkowego ubezpieczenia, jest jego cena, stanowiąca wysokość składki ubezpieczeniowej. W przypadku OC cena ubezpieczenia zależna jest w największym stopniu, ale nie jedynie, od pojemności silnika. Im większa pojemność silnika, tym cena składki wyższa⁷⁴. Natomiast w przypadku AC i NNW wysokość stawki zależy od innych czynników. Większe znaczenie ma tu marka pojazdu, jego wartość, rok produkcji, systemy antykradzieżowe, itp.⁷⁵ Nie bez wpływu pozostaje tu również miejsce zarejestrowania jednośladu. Ceny ubezpieczeń w małych miastach będą oscylowały w niższych przedziałach niż w dużych aglomeracjach.

Istotnym problemem jest również poziom świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa w Polsce. Według Andrzeja Szromnika świadomość ubezpieczeniowa to cecha nabyta indywidualna jednostki, lub grupy społecznej, ukształtowana w procesie rozwoju osobowego odbywanego w określonych warunkach środowiskowych⁷⁶. Na podstawie faktu niewielkiej liczby właścicieli jednośladów decydujących się na zakup dobrowolnego ubezpieczenia można stwierdzić, iż w Polsce świadomość ubezpieczeniowa pozostaje na niskim poziomie. Twierdzenie to potwierdzają badania przeprowadzone przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, z których wynika, że tylko ok. 6% respondentów chlubi się bardzo dobrą lub dobrą wiedzę na temat ubezpieczeń⁷⁷.

(https://rf.gov.pl/vademecum-klienta/abc-ubezpieczen/Ubezpieczenia_komunikacyjne_AUTO_CASCO_149), data dostępu 15.06.2016 r.

⁷⁴ Jak zmienia się cena OC w zależności od pojemności silnika samochodu? (<https://ubea.pl/Jak-zmienia-sie-cena-OC-w-zalezności-od-pojemności-silnika-samochodu,artykul,744/>), data dostępu 15.06.2016 r.

⁷⁵ W. Ronka-Chmielowiec, P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych – wybrane problemy*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne: wybrane zagadnienia ekonomiczne*, pod red. W. Sułkowskiej, Oficyna a Wolters Kluwer business, Wrocław 2011, s. 90.

⁷⁶ A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, Wydawnictwo AE w Krakowie, Kraków 2001, s. 32.

⁷⁷ *Co Polacy wiedzą i myślą o ubezpieczeniach? Wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie PUNU przez Instytut ARC Rynek i opinia*, Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja, nr 7–8/2000, s. 78.

Jak podają Joanna oraz Jacek Iwko⁷⁸ na polskim rynku występuje wiele negatywnych zjawisk które hamują wzrost poziomu świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa takich jak⁷⁹:

- brak wystarczającej edukacji w zakresie ubezpieczeń i prawa ubezpieczeniowego,
- brak świadomości pozycji prawnej ubezpieczonych i uprawnień z umów ubezpieczenia,
- brak nawyku zapoznawania się z treścią polis i ogólnych warunków ubezpieczenia,
- zjawisko nierzetelnej reklamy i informacji wprowadzającej w błąd potencjalnego klienta,
- zakup polis niedostosowanych do potrzeb ubezpieczonych,
- ignorowanie ryzyk przez potencjalnych ubezpieczonych.

Podniesienie poziomu świadomości ubezpieczeniowej zarówno ubezpieczających się właścicieli jednośladów, jak i ubezpieczycieli wyznaczających zakres polis może mieć wpływ na lepszą ochronę w przypadku niekorzystnych zdarzeń losowych, a co za tym idzie, nawet zmniejszenie ryzyka.

3.5. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza miała na celu omówienie ryzyka w ubezpieczeniach motocyklowych. Poruszana w artykule tematyka stanowi niewielki wycinek szerokiej problematyki. Zaprezentowane w artykule spojrzenie nie wyczerpało podjętej problematyki lecz ją jedynie zasygnalizowało, mając charakter wprowadzający. Podjęto w nim kilka najistotniejszych, zdaniem autorek, kwestii. W publikacji zwrócono szczególną uwagę na identyfikację przedmiotu ryzyka. Ocena ryzyka to jedna z podstawowych funkcji realizowanych przez ubezpieczycieli. Każde towarzystwo ubezpieczeniowe dokonuje oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Rozważania na temat ryzyka w ubezpieczeniach motocyklowych Polsce prowadzą do kilku podstawowych wniosków.

⁷⁸ J. Iwko, J. Iwko, *Świadomość ubezpieczeniowa indywidualnych klientów zakładów ubezpieczeń z terenu województwa dolnośląskiego na tle badań ankietowych, Rozprawy Ubezpieczeniowe* nr 19 (2/2015), s. 5.

⁷⁹ Po r. S. Rogowski, B. Wolińska, *Jakość usług ubezpieczeniowych w świetle skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych*, [w:] *Zarządzanie jakością usług w instytucjach finansowych w Polsce*, pod red J. Garczarczyka, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 90.

Pierwszą obserwacją, która zawarzyła na powstaniu artykułu, jest rosnąca ilość wypadków drogowych, zwłaszcza z udziałem motocyklistów. Truizmem jest stwierdzenie, że skutki tych zdarzeń są dotkliwe finansowo dla coraz to szerszego grona właścicieli uszkodzonego mienia. Istnieje zatem konieczność zapewnienia szerszej ochrony dla kierujących motocyklami, niż gwarantowanej przez ubezpieczenie obowiązkowe OC kierujących pojazdami mechanicznymi, a stopień zaawansowania produktów ubezpieczeniowych jest nieadekwatny do ryzyka, na jakie są narażeni motocykliści. Ponadto istotne jest wdrożenie do systemu ubezpieczeniowego w Polsce mechanizmów pozwalających na pogłębienie pojemności polskiego rynku ubezpieczeń motocyklowych. Autorki dążyły do wykazania, że konieczna jest również popularyzacja korzystania z nieobowiązkowych ubezpieczeń oraz wdrożenie działań podnoszących poziom świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa.

Rozdział 4.

Obowiązkowe ubezpieczenia OC zawodów księgowych a deregulacja tych zawodów

Aleksandra Szczotka, Karolina Urbaczka*

4.1. Wprowadzenie

Deregulacja to proces likwidacji zbyt wysokich i nieuzasadnionych barier dostępu do zawodów. Zgodnie z listą regulowanych zawodów w Unii Europejskiej⁸⁰, w Polsce w październiku 2013 roku regulowanych było 350 zawodów. W Unii Europejskiej, najwięcej zawodów regulowanych było na Węgrzech – 543, najmniej na Litwie – 76, a średnia dla krajów Unii wynosiła 197⁸¹. W związku z tym, podjęto prace zmierzające do opracowania ustaw deregulujących dostęp do ponad 240 zawodów regulowanych. Proces deregulacji został przeprowadzony etapami:

- I transza – ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustaw regulujących wykonywanie niektórych zawodów⁸²; deregulowała 51 zawodów;
- II transza – ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwieniu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulowanych⁸³; deregulowała 96 zawodów, w tym profesję doradcy podatkowego, biegłego rewidenta a także działalność usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych;
- III transza – ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustaw regulujących warunki dostępu do wykonywania niektórych zawodów⁸⁴; deregulowała 96 zawodów.

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

⁸⁰ (<http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=regprofs>), data dostępu: 02.06.2016 r.

⁸¹ *Ibidem*

⁸² Dz. U. 2013 poz. 829.

⁸³ Dz. U. 2014 poz. 768 (dalej: ustawa deregulacyjna).

⁸⁴ Dz. U. 2015 poz. 1505.

Ustawa deregulacyjna z 2014 roku niewątpliwie ułatwiła dostęp do zawodów księgowych⁸⁵, pozostawiła jednak obowiązek posiadania obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności zawodowej.

Odpowiedzialność zawodowa jest szczególnym rodzajem odpowiedzialności cywilnej, łączy w sobie odpowiedzialność kontraktową oraz deliktową⁸⁶. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej zalicza się do szczególnych ubezpieczeń obowiązkowych OC, które, na mocy art. 4 pkt. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych⁸⁷, wynikają z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską.

W tym artykule postaramy się odpowiedzieć na pytanie, czy obowiązkowe ubezpieczenia OC przedsiębiorców wykonujących działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów wykonujących doradztwo podatkowe, w pełni pokrywają czynności zawodowe tych profesji, a także czy zapewniana ochrona ubezpieczeniowa jest wystarczająca. W tym celu przedstawimy charakterystykę tych zawodów księgowych, omówimy zakres odpowiadających im ubezpieczeń obowiązkowych, następnie skupimy się na zmianach, które weszły w życie wraz z deregulacją. Na zakończenie tej publikacji przybliżymy rozwiązania umożliwiające zwiększenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu działalności zawodowej proponowane przez ograny zrzeszające podmioty wykonujące dany zawód.

4.2. Charakterystyka zawodów księgowych i odpowiadające im ubezpieczenia obowiązkowe

Usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych jest działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Przedmiotem usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych jest, w myśl art. 76a ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁸⁸, świadczenie usług obejmujących wykonywanie czynności przewidzianych art. 4 ust. 3 pkt. 2–6 ustawy o rachunkowości:

⁸⁵ W tej publikacji do zawodów księgowych zalicza się podmioty wykonujące działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, podmioty uprawnione do badania sprawozdań finansowych oraz podmioty wykonujące doradztwo podatkowe.

⁸⁶ G. Strupczewski, *Charakterystyka... op. cit.*, s. 161.

⁸⁷ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych...

⁸⁸ Dz. U. 1994 nr 121 poz. 591 (dalej: UoR).

- 1) prowadzenie, na podstawie dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych, ujmujących zapisy zdarzeń w porządku chronologicznym i systematycznym;
- 2) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów;
- 3) wycenę aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego;
- 4) sporządzanie sprawozdań finansowych;
- 5) gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji przewidzianej ustawą.

Zgodnie z art. 76a ust. 3 ustawy o rachunkowości, działalność gospodarczą w tym zakresie mogą wykonywać przedsiębiorcy pod warunkiem, że czynności z tego zakresu będą wykonywane przez osoby, które:

- 1) mają pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) nie były skazane prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów, mieniu, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, za przestępstwo skarbowe oraz za przestępstwa określone w rozdziale 9 UoR⁸⁹.

Zawód biegłego rewidenta również posiada swoją regulację ustawową. Jest on regulowany ustawą z dnia 7 maja 2009 r. o biegłych rewidentach i ich samorządzie, podmiotach uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz o nadzorze publicznym⁹⁰. Zgodnie z art. 47. tej ustawy, podmiotem uprawnionym do badania sprawozdań finansowych może być wyłącznie jednostka, w której czynności rewizji finansowej wykonują biegli rewidenci, wpisana na listę podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych i prowadząca działalność jako biegły rewident prowadzący działalność gospodarczą we własnym imieniu i na własny rachunek, a także spełniająca określone wymagania spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka kapitałowa lub spółdzielnia. W myśl art. 48 ust. 1, do podstawowego zakresu działalności tego podmiotu należy wykonywanie czynności rewizji finansowej, a więc badanie, przeglądy sprawozdań finansowych lub inne usługi

⁸⁹ Jest to m.in. nieprowadzenie ksiąg rachunkowych, niesporządzenie sprawozdania finansowego, niezłożenie sprawozdania finansowego do ogłoszenia, prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych bez spełnienia wymaganych warunków a także prowadzenie tej działalności bez spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia.

⁹⁰ Dz. U. 2009 nr 77 poz. 649, (dalej: ustawa o biegłych rewidentach).

poświadczające, o których mowa w odrębnych przepisach lub standardach rewizji finansowej⁹¹. Ponadto, zgodnie z art. 48 ust. 2, podmiot uprawniony do wykonywania czynności rewizji finansowej może także prowadzić działalność w zakresie:

- 1) usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych i podatkowych;
- 2) doradztwa podatkowego;
- 3) prowadzenia postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego;
- 4) działalności wydawniczej lub szkoleniowej w zakresie rachunkowości, rewizji finansowej i podatków;
- 5) wykonywania ekspertyz lub opinii ekonomiczno-finansowych;
- 6) świadczenia usług atestacyjnych, doradztwa lub zarządzania, wymagających posiadania wiedzy z dziedziny rachunkowości lub rewizji finansowej;
- 7) świadczenia usług przewidzianych standardami rewizji finansowej, a także innych usług zastrzeżonych w odrębnych przepisach do wykonywania przez biegłych rewidentów.

Przechodząc do ostatniego z badanych w tej publikacji zawodów, warunki i zasady wykonywania doradztwa podatkowego są regulowane ustawą z dnia 5 lipca 1996 r. o doradztwie podatkowym⁹². Zgodnie z art. 2 ust. 1 tej ustawy czynności doradztwa podatkowego obejmują:

- 1) udzielanie podatnikom, płatnikom i inkasentom, na ich zlecenie lub na ich rzecz, porad, opinii i wyjaśnień z zakresu ich obowiązków podatkowych i celnych oraz w sprawach egzekucji administracyjnej związanej z tymi obowiązkami;
- 2) prowadzenie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, ksiąg rachunkowych, ksiąg podatkowych i innych ewidencji do celów podatkowych oraz udzielanie im pomocy w tym zakresie;
- 3) sporządzanie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielanie im pomocy w tym zakresie;
- 4) reprezentowanie podatników, płatników i inkasentów w postępowaniu przed organami administracji publicznej i w zakresie sądowej kontroli decyzji, postanowień i innych aktów administracyjnych w sprawach wymienionych w pkt 1.

⁹¹ art. 2 pkt. 2 ustawy o biegłych rewidentach

⁹² Dz. U. 1996 nr 102 poz. 475.

W myśl art. 2 ust. 2 ustawy o doradztwie podatkowym, zawodowe wykonywanie czynności wymienionych w punkcie 1 i 4 jest zastrzeżone wyłącznie dla podmiotów do tego uprawnionych. Podmiotami uprawnionymi do udzielania podatnikom opinii są osoby fizyczne wpisane na listę doradców podatkowych, adwokaci i radcowie prawni, biegli rewidenci, natomiast uprawnienia do reprezentowania podatników przed organami administracji publicznej posiadają osoby fizyczne wpisane na listę doradców podatkowych oraz adwokaci i radcowie prawni.⁹³

Podmioty prowadzące działalność w zakresie wszystkich z wyżej przedstawionych zawodów podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej⁹⁴. W przypadku przedsiębiorców prowadzących usługowo księgi rachunkowe obowiązek ten wynika z art. 76h ust. 1 UoR, a szczegółowy zakres tego ubezpieczenia a także termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna, z uwzględnieniem specyfiki wykonywanych czynności oraz zakresu zadań, są określone w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców wykonujących działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych⁹⁵. Na podmioty uprawnione do badania sprawozdań finansowych obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania czynności rewizji finansowej nakłada art. 50 ust. 1 ustawy o biegłych rewidentach, a szczegóły tego ubezpieczenia reguluje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2009 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych⁹⁶. Natomiast doradca podatkowy podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu OC zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o doradcach podatkowych, którego zakres określa Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących doradztwo podatkowe⁹⁷.

⁹³ Więcej o czynnościach zastrzeżonych oraz podmiotach uprawnionych - zob. S. Kudert, *Doradztwo podatkowe: ekonomiczne podstawy zarządzania kancelarią doradcy podatkowego*, Forum Doradców Podatkowych, Kraków 2003, s. 127-139.

⁹⁴ Jest to ubezpieczenie obowiązkowe sensu largo (zob. L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Poltext, Warszawa 2004, s. 103-104.

⁹⁵ Dz. U. 2014 poz. 1616.

⁹⁶ Dz. U. 2009 nr 205 poz. 1583.

⁹⁷ Dz. U. 2003 nr 211 poz. 2065.

Zakres wszystkich obowiązkowych ubezpieczeń jest podobny. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, w związku z prowadzoną działalnością zawodową. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w wyżej wymienionym zakresie bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań z wyłączeniem szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy, wyrządzonych przez ubezpieczonego małżonkowi, wstępnemu, zstępnemu, rodzeństwu, a także powinowatemu w tej samej linii lub stopniu, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonkowi, jak również osobie, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym pożyciu;
- 2) wyrządzonych przez ubezpieczonego, który przestał spełniać warunki wymagane do wykonywania danego zawodu;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Obowiązek ubezpieczenia OC, w przypadku doradców podatkowych, podmiotów usługowo prowadzących księgi rachunkowe jak i podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych w zakresie świadczenia usług, o których mowa w art. 48 ust. 2 ustawy o biegłych rewidentach, powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności w tym zakresie. Z kolei obowiązek ten, w przypadku biegłych rewidentów w zakresie czynności rewizji finansowej, powstaje nie później niż w dniu wpisu na listę podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych.

Analizując minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia OC można zauważyć, że suma ta jest jednakowa w przypadku doradców podatkowych i biur rachunkowych – w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia, wynosi równowartość 10 000 euro w przeliczeniu na złote. Natomiast minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC biegłych rewidentów, jeżeli przedmiotem działalności są czynności rewizji finansowej, jest ustalana w odniesieniu do jednego zdarzenia i wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia nie

dłuższym niż 12 miesięcy i wynosi równowartość w złotych 400 000 euro.⁹⁸ Minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia OC, w przypadku ubezpieczenia OC biegłych rewidentów świadczących usługi, o których mowa w art. 48 ust. 2 ustawy o biegłych rewidentach, jest przedstawiona w tabeli 4.1.

Tabela 4.1. Minimalne sumy gwarancyjne w ubezpieczeniu OC biegłych rewidentów w zależności od przedmiotu działalności

Minimalna suma gwarancyjna	Przedmiot działalności
10.000 euro	usługowe prowadzenie ksiąg rachunkowych i podatkowych
10.000 euro	doradztwo podatkowe
10.000 euro	prowadzenie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego
2.000 euro	działalność wydawnicza lub szkoleniowa w zakresie rachunkowości, rewizji finansowej i podatków
10.000 euro	wykonywanie ekspertyz lub opinii ekonomiczno-finansowych
10.000 euro	świadczenie usług atestacyjnych, doradztwa lub zarządzania, wymagających posiadania wiedzy z dziedziny rachunkowości lub rewizji finansowej
10.000 euro	świadczenie usług przewidzianych standardami rewizji finansowej, a także innych usług zastrzeżonych w odrębnych przepisach do wykonywania przez biegłych rewidentów

Źródło: opracowanie własne na podst. § 4. ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2009 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych

Powyższe kwoty ustala się przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

4.3. Deregulacja zawodów księgowych

Jak zaznaczono na początku tego artykułu, zawody księgowe były przedmiotem drugiego etapu procesu deregulacyjnego. Ustawa deregulacyjna z dnia 9 maja 2014 r. wprowadziła

⁹⁸ Sposoby określania sumy gwarancyjnej - zobacz E. Myśliwiec, *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] *Ubezpieczenia non-life*, pod red. E. Wierzbickiej, CeDeWu, Warszawa 2010.

szereg zmian w uregulowaniach dotyczących profesji rynku finansowego, w tym w zakresie podmiotów uprawnionych do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, doradców podatkowych a także biegłych rewidentów.

Zmiany dotyczące usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych obejmują m.in. rozszerzenie katalogu osób, które mogą wykonywać działalność w tym zakresie; ustawa deregulacyjna uchyliła Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 8 kwietnia 2009 r. w sprawie uprawnień do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych⁹⁹. Zniesiono wymóg posiadania wykształcenia wyższego kierunkowego, bądź wyższego uzupełnionego studiami podyplomowymi z zakresu rachunkowości, a także zniesiono obowiązek zdania egzaminu państwowego, odbycia praktyki oraz wymóg korzystania z pełni praw publicznych.

Deregulacją została objęta także profesja biegłego rewidenta, jednakże wprowadzono jedynie drobne zmiany w celu ułatwienia dostępu do tego zawodu. Znowelizowane zapisy ustawy o biegłych rewidentach mają na celu urealnienie możliwości zwolnienia z niektórych egzaminów teoretycznych w stosunku do absolwentów wyższych uczelni. Pozostawiono jednak wymóg odbycia praktyki, aplikacji oraz zdania egzaminu dyplomowego. Wprowadzono także możliwość uzyskania dostępu do zawodu biegłego rewidenta dla osób posiadających 15 letnie doświadczenie w rachunkowości, prawie i finansach po zdaniu egzaminu dyplomowego.

Zawód doradcy podatkowego, mimo częściowej deregulacji, pozostaje nadal zawodem regulowanym ustawowo – są określone warunki, których spełnienie jest niezbędne do wpisu na listę doradców podatkowych. Zostały one jednak złagodzone: okres praktyki zawodowej został skrócony z 2 lat do 6 miesięcy, a także wprowadzono możliwość zwolnienia z części pisemnej egzaminu, w przypadku absolwentów szkół wyższych, których program kształcenia był realizowany w ramach umowy zawartej między uczelnią a Komisją Egzaminacyjną do Spraw Doradztwa Podatkowego. Ponadto katalog czynności doradztwa podatkowego poszerzono o prowadzenie ksiąg rachunkowych.

Jednym z głównych celów, które przyświecały ustawie deregulacyjnej, było, oprócz ułatwienia dostępu do wyżej wymienionych zawodów księgowych, wprowadzenie zmian w zakresie podmiotów uprawnionych do wykonywania czynności zawodowych, takich jak

⁹⁹ Dz. U. 2009 nr 62 poz. 508.

prowadzenie ksiąg rachunkowych, prowadzenie ksiąg podatkowych a także sporządzanie deklaracji podatkowych. Tabela 4.2. zawiera zestawienie podmiotów uprawnionych do wykonywania tych czynności przed oraz po deregulacji.

Tabela 4.2. Podmioty uprawnione do wykonywania czynności zawodowych przed i po deregulacji

Czynności zawodowe	Podmioty uprawnione przed 10.08.2014	Podmioty uprawnione po 10.08.2014
Prowadzenie ksiąg rachunkowych	<ul style="list-style-type: none"> – doradcy podatkowi – osoby posiadające certyfikat księgowy – biegli rewidenci 	wszyscy (czynność zderegulowana)
Prowadzenie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, ksiąg rachunkowych, ksiąg podatkowych i innych ewidencji do celów podatkowych oraz udzielenie im pomocy w tym zakresie	<ul style="list-style-type: none"> – doradcy podatkowi – adwokaci i radcowie prawni – biegli rewidenci – przedsiębiorcy usługowo prowadzący księgi rachunkowe (art. 76a ust. 2 UoR) 	wszyscy (czynność zderegulowana)
Sporządzenie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielanie im pomocy w tym zakresie	<ul style="list-style-type: none"> – doradcy podatkowi – adwokaci i radcowie prawni – biegli rewidenci – przedsiębiorcy usługowo prowadzący księgi rachunkowe (art. 76a ust.2 UoR) 	wszyscy (czynność zderegulowana)
Reprezentowanie podatników, płatników i inkasentów w postępowaniu przed organami administracji publicznej i w zakresie sądowej kontroli decyzji, postanowień i innych aktów administracyjnych w sprawach wymienionych w pkt.1	<ul style="list-style-type: none"> – doradcy podatkowi – adwokaci i radcowie prawni 	<ul style="list-style-type: none"> – doradcy podatkowi – adwokaci i radcowie prawni

Źródło: M. Molęda, *Księgi podatkowe a OC księgowego*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, październik 2014, s. 34-35.

Pozostawienie reprezentowania podatników w postępowaniu przed organami administracji publicznej w ramach wyłącznych kompetencji doradców podatkowych, adwokatów i radców prawnych wynika z faktu, że działalność ta może nieść za sobą

nieodwracalne skutki dla reprezentowanego, a z uwolnieniem dostępu do tych czynności wiązałoby się zbyt duże ryzyko.

W wyniku zderegulowania działalności w zakresie prowadzenia ksiąg i innych ewidencji do celów podatkowych oraz udzielania pomocy w zakresie składania zeznań i deklaracji podatkowych, zniesiony został obowiązek posiadania ubezpieczenia OC przez podmioty wykonujące taką działalność. Pozostał natomiast obowiązek posiadania polisy w związku z wykonywaniem działalności w zakresie usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Tabela 4.3. Zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC biur rachunkowych przed i po deregulacji

Zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców wykonujących usługowo działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych	Przed 10.08.2014	Po 10.08.2014
Prowadzenie ksiąg rachunkowych: – prowadzenie, na podstawie dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych, ujmujących zapisy zdarzeń w porządku chronologicznym – okresowe ustalenie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów – wycenę aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego – sporządzanie sprawozdań finansowych – gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji przewidzianej ustawą	Tak	Tak
Prowadzenie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, ksiąg podatkowych i innych ewidencji do celów podatkowych oraz udzielanie im pomocy w tym zakresie	Tak	Nie
Sporządzanie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielanie im pomocy w tym zakresie	Tak	Nie
Doradztwo kadrowe i rozliczenia płac	Nie	Nie

Źródło: M. Molęda, *op. cit.*, 34-35

Należy zaznaczyć, że ograniczenie obowiązku posiadania ubezpieczenia OC oznacza, iż w przypadku poniesienia przez klienta szkody, musi ona zostać naprawiona z majątku podmiotu, który szkodę tą spowodował. Zalecane jest więc zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia OC, która zagwarantuje ochronę majątku ubezpieczającego. Co więcej, posiadanie szerokiej polisy OC (także w zakresie nieobowiązkowym) może być istotnym

czynnikiem przemawiającym za wyborem przez klienta określonego usługodawcy w warunkach zwiększonej konkurencji na rynku.

4.4. Metody rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej

W celu objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich czynności wykonywanych w ramach prowadzenia działalności usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych, doradztwa podatkowego oraz rewizji finansowej, w zakresie adekwatnym do skali działalności przedsiębiorstwa, niezbędne jest zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia:

- nadwyżkowego (dodatkowego);
- uzupełniającego.

Ubezpieczenie nadwyżkowe służy wypłacie odszkodowania z tytułu szkód, które objęte są obowiązkowym ubezpieczeniem OC, w części przekraczającej sumę tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie uzupełniające ma na celu zapewnienie ochrony w zakresie nieobjętym ubezpieczeniem obowiązkowym.

Należy zaznaczyć, że warunki obowiązkowego ubezpieczenia OC, jak i ubezpieczenia nadwyżkowego oraz uzupełniającego, są przedmiotem negocjacji między samorządem właściwym dla danej grupy zawodowej a wybranym ubezpieczycielem.

Stowarzyszenie Księgowych w Polsce wynegocjowało specjalny program ubezpieczeń OC biura rachunkowego, na który składają się obowiązkowe ubezpieczenie OC, ubezpieczenie nadwyżkowe oraz ubezpieczenie uzupełniające¹⁰⁰. Zakres tego ostatniego może obejmować:

- prowadzenie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, ksiąg podatkowych i innych ewidencji do celów podatkowych oraz udzielanie im pomocy w tym zakresie;
- sporządzanie, w imieniu i na rzecz podatników, płatników i inkasentów, zeznań i deklaracji podatkowych lub udzielanie im pomocy w tym zakresie;
- szkody powstałe w okresie ubezpieczenia, wyrządzone przez podwykonawców (bez prawa regresu);
- szkody powstałe w wyniku zniszczenia, zaginięcia lub uszkodzenia dokumentacji.

¹⁰⁰ *Obowiązkowe ubezpieczenie OC biura rachunkowego*, Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Oddział Okręgowy w Krakowie, (<http://skwp.krakow.pl/oc>), data dostępu: 03.06.2016 r.

W przypadku biegłych rewidentów, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów zawarła umowę generalną, w ramach której istnieje możliwość zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych na preferencyjnych warunkach¹⁰¹. Zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o:

- dodatkową, nieodpłatną ochronę (w ramach ubezpieczenia obowiązkowego) za szkody wyrządzone uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą dokumentów znajdujących się w pieczy lub pod kontrolą ubezpieczonego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność;
- dobrowolne ubezpieczenie z tytułu prowadzenia spraw kadrowo-płacowych, którego zakres nie jest objęty ochroną w ramach ubezpieczenia obowiązkowego;
- dobrowolne ubezpieczenie karno-skarbowe, dla osób fizycznych będących biegłymi rewidentami, dodatkową, nieodpłatną ochronę w zakresie ubezpieczenia z tytułu prowadzenia biura za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone w związku z posiadaniem i użytkowaniem pomieszczeń dla potrzeb ubezpieczonej działalności zawodowej;
- możliwość ubezpieczenia na znacznie wyższych sumach gwarancyjnych.

Tak jak w przypadku omówionych powyżej zawodów, doradcy podatkowi mają możliwość zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, jak i ubezpieczeń dobrowolnych na zasadach określonych w umowie generalnej zawartej przez Krajową Izbę Doradców Podatkowych¹⁰². Zakres ubezpieczenia uzupełniającego może obejmować m.in.:

- świadczenie usług rzeczoznawstwa;
- działalność naukowo-dydaktyczną, szkoleniową, wydawniczą;
- doradztwo kadrowe i administrowanie płacami;
- odpowiedzialność karno-skarbową (koszty wynagrodzenia prawnika ustanowionego przez doradcę podatkowego, koszty sądowe, grzywny nałożone na doradcę).

Jak widać na powyższych przykładach, istnieje dość bogata oferta instrumentów umożliwiających zwiększenie ochrony ubezpieczeniowej osób wykonujących zawody

¹⁰¹ Ubezpieczenie OC, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów, (https://kib_r.org.pl/pl/ubezpieczenie_oc), data dostępu: 03.06.2016 r.

¹⁰² Ubezpieczenie OC, Krajowa Izba Doradców Podatkowych, (https://krdp.pl/strona.php/10_ubezpieczenia_oc.html), data dostępu: 03.06.2016 r.

księgowe. Ponadto, dzięki umowom generalnym zawierany przez samorzady zawodowe, koszty takich ubezpieczeń są niższe w stosunku do ubezpieczeń zawieranych indywidualnie.

4.5. Podsumowanie

Po przeanalizowaniu czynności zawodowych podmiotów usługowo prowadzących księgi rachunkowe, podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych i doradcy podatkowego, można zaobserwować, że obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej tylko w niewielkim stopniu obejmuje zakres ich działalności, a zapewniana ochrona ubezpieczeniowa jest niewystarczająca. W następstwie deregulacji nie tylko zmniejszył się zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC, ale także zwiększyło się ryzyko związane z wykonywaniem tych zawodów, ponieważ w znaczącym stopniu ograniczono wymagania, które należy spełnić, aby prowadzić działalność w danej profesji. Przed deregulacją stosunkowo wysokie wymagania wykształcenia i doświadczenia w większym stopniu gwarantowały świadczenie usług na odpowiednim poziomie i z należytą starannością, a ryzyko szkód, które mogły zostać wyrządzone osobom trzecim, było odpowiednio niższe. Z jednej strony, dzięki deregulacji na rynku powinno pojawić się więcej oferentów usług księgowych, a w rezultacie ceny tych usług powinny ulec obniżeniu, co powinno być pozytywnie odebrane przez dotychczasowych ich usługobiorców. Z drugiej strony jednak, osoby chcące skorzystać z usług tych podmiotów nie mają gwarancji, że jest on odpowiednio do tego przygotowany, a ograniczony zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC nie zapewnia im pełnego zrekompensowania poniesionych szkód. Pod tym względem, dodatkowe ubezpieczenia OC zwiększają wiarygodność podmiotu na rynku i mogą stanowić pewnego rodzaju zachętę dla potencjalnych klientów.

Rozdział 5.

Sprawozdawczość finansowa zakładów ubezpieczeń ze szczególnym naciskiem na sprawozdanie z działalności jednostki

Anna Kozub*

5.1. Wprowadzenie

W świadomości społecznej termin ubezpieczenie funkcjonuje przede wszystkim, jako oparta na umowie z ubezpieczycielem, gwarancja rekompensaty po stracie cennej rzeczy lub zaistnieniu zdarzenia losowego. Ubezpieczenie może być również definiowane, jako instytucja, która ma znieść lub przynajmniej ograniczyć ciężar pewnych zdarzeń losowych, których ryzyko nastąpienia towarzyszy człowiekowi na każdym etapie jego życia¹⁰³. Ludzie ubezpieczają swoje mienie przed kradzieżą lub zniszczeniem, ubezpieczają się na wypadek utraty zdrowia, nieszczęśliwych wypadków zarówno w pracy jak i na wakacjach. Przytoczone przykłady to tylko niewielka część szerokiego wachlarza oferowanych na rynku produktów ubezpieczeniowych, na które składa się także często niezauważany przez klientów niezwykle istotny aspekt finansowy, w postaci sprawozdań sporządzanych przez zakład ubezpieczeń.

Sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń składa się z poszczególnych składników: bilansu, rachunku zysków i strat, informacji dodatkowej składającej się z wprowadzenia do sprawozdania finansowego, dodatkowych informacji i objaśnień oraz pozostałych elementów sprawozdania takich jak zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym, rachunek przepływów pieniężnych oraz sprawozdanie z działalności zakładu.

Problem badawczym niniejszego artykułu będzie sprawozdawczość zakładów ubezpieczeń. Przeanalizowane zostaną poszczególne sprawozdania oraz sposób ich sporządzania, przy wykorzystaniu określonych przez prawo wzorców. Szczególna uwaga

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

¹⁰³ W. Ronka-Chmielowiec, *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 34.

zostanie poświęcona sprawozdaniu z działalności zakładu, ze względu na brak właściwego dla tego sprawozdania wzoru.

W toku analizy i interpretacji odpowiednich aktów prawnych zostanie sprawdzona prawdziwość podstawowej hipotezy badawczej zgodnie, z którą do sporządzenia sprawozdania z działalności jednostki nie jest wymagany szablon.

Za cel opracowania przyjęto przedstawienie głównych zasad sprawozdawczości finansowej zakładów ubezpieczeń, charakterystyka poszczególnych składników sprawozdania finansowego na podstawie obowiązujących ustaw, rozporządzeń i standardów oraz weryfikację postawionej wcześniej hipotezy.

5.2. Cel, podstawy prawne i zasady tworzenia sprawozdań finansowych zakładów ubezpieczeń

Podstawowym celem sprawozdań zakładów ubezpieczeń jest przekazanie wszystkim zainteresowanym istotnych informacji o zakładzie ubezpieczeń. Wszystkie dane muszą być przygotowane na czas, wiarygodne, kompletne a ponad to o wysokich parametrach przydatności decyzyjnej¹⁰⁴. Sprawozdania finansowe odgrywają istotną rolę w gospodarce finansowej zakładu ubezpieczeń, dostarczają one danych, które pozwalają na podjęcie odpowiednich decyzji¹⁰⁵.

Wytyczne, co do sporządzania sprawozdań finansowych są przedstawione w różnych aktach prawnych. Do najważniejszych można zaliczyć Ustawę o rachunkowości¹⁰⁶, gdzie w rozdziale 5 są szczegółowo opisane zasady tworzenia sprawozdań finansowych, natomiast w załączniku trzecim do ustawy można znaleźć wzory sprawozdań dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji¹⁰⁷. Kolejnym równie ważnym źródłem regulacji odnośnie zakładów ubezpieczeń i reasekuracji jest Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku¹⁰⁸. Owa ustawa zastąpiła Ustawę o działalności ubezpieczeniowej z

¹⁰⁴ *Rachunkowość finansowa zakładów ubezpieczeń*, praca zbiorowa pod red. A. Karmańskiej, Difin, Warszawa 2003, s. 285.

¹⁰⁵ J. Lisowski, *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 95.

¹⁰⁶ Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, (Dz. U. 1994, Nr 121, poz. 591 z późn. zm.), dalej: Uo R.

¹⁰⁷ *Ibidem*,

¹⁰⁸ Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku (Dz. U. z 2015 r. poz.1844), dalej: UoDUiR

2003 r.¹⁰⁹ Podstawowym celem wprowadzenia nowej ustawy jest implementacja dyrektywy 2009/138/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Wyłączalność II. Od wejścia w życie nowej ustawy środki własne definiowane są jako aktywa wolne od obciążeń dostępne na pokrycie strat przy założeniu kontynuacji jak i likwidacji działalności¹¹⁰. Środki własne stanowią sumę podstawowych i uzupełniających środków własnych.

22 kwietnia 2016 roku zostało ogłoszone nowe Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji¹¹¹. Owe rozporządzenie wprowadzono zamiast dotychczas obowiązującego Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji¹¹². W związku z ostatnimi zmianami nowe Rozporządzenie Ministra Finansów¹¹³ wskazuje od kiedy należy sporządzać sprawozdania według tego aktu prawnego. Wszystkie sprawozdania sporządzane za rok obrotowy rozpoczynający się w 2016 roku powinny być przygotowane według nowych zasad¹¹⁴, natomiast sprawozdania sporządzone za rok obrotowy zaczynający się w 2015 roku opracowuje się według dotychczasowych przepisów¹¹⁵. Ustawa o rachunkowości definiuje, w jaki sposób trzeba sporządzać sprawozdanie finansowe, są to ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów gospodarczych, nie tylko zakładów ubezpieczeń. Jeżeli chodzi o język, w jakim sprawozdanie powinno być sporządzone jest to język polski, także walutę określa się jako walutę polską. Zasady te są identyczne jak w przypadku prowadzenia ksiąg rachunkowych¹¹⁶. Dane liczbowe mogą być zaokrąglane do tysiąca złotych, gdy nie zniekształca to sytuacji zakładu ubezpieczeń¹¹⁷.

¹⁰⁹ Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 (Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1151).

¹¹⁰ UoDUiR, art. 238.

¹¹¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. 2016, poz. 562) dalej: Rozporządzenie.

¹¹² Dz. U. nr 226 poz. 1825 z późn. zm.

¹¹³ *Rozporządzenie*.

¹¹⁴ *Ibidem* Art. 60.

¹¹⁵ *Ibidem* Art. 61.

¹¹⁶ R. Seredyński, K. Szaruga, *Komentarz do Ustawy o rachunkowości*, Wydawnictwo ODDK, Gdańsk 2015, s. 600.

¹¹⁷ L. Gąsioriewicz, *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*, wyd. C.H.Beck, Warszawa 2009, s. 286.

5.3. Charakterystyka poszczególnych składników sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń

5.3.1. Bilans

Bilans jest podstawowym składnikiem sprawozdania finansowego. Zawiera on zestawienie majątku ze źródłami jego finansowania. Majątek, czyli to, co jest w posiadaniu zakładu ubezpieczeń można także określić jako aktywa, natomiast źródła finansowania określa się jako pasywa. Tabela 5.1. przedstawia strukturę bilansu:

Tabela 5.1. Uproszczona struktura bilansu zakładów ubezpieczeń

Aktywa	Pasywa
A. Wartości niematerialne i prawne	A. Kapitał własny
B. Lokaty	B. Zobowiązania podporządkowane
C. Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjnej) ponosi ubezpieczający	C. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe
D. Należności	D. Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (wartość ujemna)
E. Inne składniki aktywów	E. Oszacowane regresy i odzyski (wielkość ujemna)
F. Rozliczenia międzyokresowe	F. Pozostałe rezerwy
G. Należne wpłaty na kapitał podstawowy	G. Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów
H. Akcje własne	H. Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne
	I. Rozliczenia okresowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Załącznik nr 3 do Uo R.

Zakład ubezpieczeń ze względu na specyfikę swojego działania posiada w głównej części aktywa finansowe, w których dominują lokaty. Jeżeli chodzi o pasywa głównym źródłem finansowania są składki ubezpieczeniowe, z których tworzone są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe¹¹⁸. Warto również zaznaczyć, że udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych oraz oszacowane regresy i odzyski są przedstawiane w bilansie jako wartość ujemna.

¹¹⁸Współczesne ubezpieczenia gospodarcze, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 98.

Dodatkowo w pozycjach bilansowych zakład ubezpieczeń powinien podać wysokość należności i zobowiązań warunkowych, zabezpieczeń z tytułu reasekuracji ustanowionych na rzecz zakładu ubezpieczeń oraz przez zakład ubezpieczeń na rzecz cedentów, obcych składników aktywów nieujętych w aktywach, wysokość środków własnych dzieląc je na trzy kategorie: podstawowe, uzupełniające i nadwyżkowe, wysokość marginesu wypłacalności, nadwyżkę bądź niedobór środków własnych na pokrycie marginesu wypłacalności, wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wysokość aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz nadwyżkę bądź niedobór aktywów na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych¹¹⁹.

Bilans sporządza się na określony moment; sporządzany na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych bieżącego roku obrotowego, nosi nazwę bilansu zamknięcia bądź bilansu końcowego. W kolejnym roku obrotowym bilans ten stanie się bilansem otwarcia. Bilans odzwierciedla wszystkie operacje od dnia jego otwarcia do dnia zamknięcia¹²⁰.

Załącznik numer 1 do Rozporządzenia¹²¹ podaje, co powinno znajdować się w nocie objaśniającej do pozycji bilansu.

5.3.2. Rachunek zysków i strat

Tabela 5.2. obrazuje zależność zakresu prowadzonej działalności przez zakład ubezpieczeń bądź reasekuracji w stosunku do tego, jaki rachunek zysków i strat dany zakład jest zobowiązany sporządzić.¹²²

Zostało to podzielone w powyższy sposób, ponieważ w Polsce jeden zakład ubezpieczeń nie może prowadzić działalności w obu działach, natomiast zakład reasekuracji może prowadzić działalność zarówno w dziale I jak i w dziale II¹²³, dlatego sporządza wszystkie warianty rachunku zysków i strat.

¹¹⁹ UoR, załącznik numer 3.

¹²⁰ L. Gąsiorkiewicz, *Finanse zakładów...*, op.cit, s. 55.

¹²¹ Rozporządzenie, Art. 54, pkt. 1.

¹²² Rozporządzenie, Art. 51.

¹²³ UoDUiR, Art.9.

Tabela 5.2. Wykaz wariantów rachunku zysków i strat

	Techniczny rachunek ubezpieczeń na życie	Techniczny rachunek ubezpieczeń osobowych i majątkowych	Ogólny rachunek zysków i strat
Zakład ubezpieczeń działu I	X		x
Zakład ubezpieczeń działu II		X	x
Zakład reasekuracji	X	X	x

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo „DEBET” s.c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015 s.79-80

Zakład ubezpieczeń prowadzi różne rodzaje działalności, w szczególności działalność techniczną, która głównie polega na pobieraniu składek i wypłacaniu odszkodowań, ale także na uzyskiwaniu przychodów towarzyszących składce ubezpieczeniowej (opłaty za cesje, wystawianie certyfikatów, zaświadczeń i duplikatów umów, należne odsetki za nieterminowe wpłaty rat składek) oraz ponoszeniu kosztów technicznych, akwizycji, administracyjnych i prowizji reasekuracyjnych. Z racji tego, że działalność techniczna jest podstawową działalnością każdego zakładu ubezpieczeń został wyszczególniony techniczny rachunek ubezpieczeń, który ma za zadanie pokazać wynik finansowy na tym rodzaju działalności. Różnica w technicznym rachunku ubezpieczeń pomiędzy działem I i działem II jest widoczna podczas wykazywania wyniku z działalności lokacyjnej. W dziale II działalność lokacyjna jest uwzględniana przy ogólnym rachunku zysków i strat. Tabela 5.3. w załączniku przedstawia poszczególne składniki obu wariantów technicznego rachunku ubezpieczeń. Głównym źródłem przychodów z tytułu działalności technicznej są składki ubezpieczeniowe, natomiast kosztem wypłacone odszkodowania i świadczenia.

Techniczny rachunek ubezpieczeń jest konieczny do sporządzenia ogólnego rachunku zysków i strat. Wynik z technicznego rachunku ubezpieczeń jest korygowany o następne pozycje: w przypadku działu II o wynik z działalności lokacyjnej, a już w obu działach wyniki z pozostałej działalności operacyjnej, działalności nadzwyczajnej oraz o obowiązkowe

obciążenia wyniku finansowego, takie jak na przykład podatek¹²⁴. Uproszczony wzór ogólnego rachunku zysków i strat przedstawia tabela 5.4. w załączniku.

Wszystkie dane w każdym z wariantów wykazywane są za poprzedni i bieżący rok obrotowy, lub analogicznie inne okresy. Podobnie jak i w bilansie adnotacja odnośnie objaśnienia do pozycji rachunku zysków i strat została ujęta w nowym Rozporządzeniu¹²⁵, a dokładnie co powinna zawierać nota objaśniająca można znaleźć w załączniku numer 2 do Rozporządzenia.

5.3.3. Rachunek przepływów pieniężnych

Rachunek przepływów pieniężnych jest sporządzany przez zakłady ubezpieczeń tylko metodą bezpośrednią¹²⁶. Dzieli się on na trzy części: przepływy z działalności operacyjnej, przepływy z działalności lokacyjnej i przepływy z działalności finansowej.

Przepływy z działalności operacyjnej pokazują osobno wpływy i wydatki z działalności bezpośredniej i reasekuracji czynnej, wpływy i wydatki z reasekuracji biernej oraz wpływy i wydatki z pozostałej działalności operacyjnej.¹²⁷ W przepływach z działalności lokacyjnej są ujmowane tylko przepływy z różnych rodzajów lokat. Wpływy i wydatki z nabycia lub realizacji innych aktywów są wykazywane w działalności operacyjnej lub finansowej.¹²⁸ W przepływach z działalności finansowej wykazuje się przepływy powiązane z finansowaniem działalności zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji przez obce podmioty i właścicieli¹²⁹.

W rachunku przepływów pieniężnych celem jest wskazanie, z jakich źródeł pochodzą środki pieniężne, jaka część tych środków powstaje wewnątrz zakładu oraz gdzie powstaje najwięcej środków pieniężnych¹³⁰. Dane w rachunku przepływów pieniężnych są wykazywane za bieżący i poprzedni rok obrotowy podobnie jak w wyżej wymienionych bilansie i rachunku

¹²⁴ *Współczesne ubezpieczenia...*, op.cit. s. 102.

¹²⁵ Rozporządzenie, art. 54, ust.2.

¹²⁶ UoR, art. 48b, ust.1, pkt.3.

¹²⁷ Rozporządzenie, art. 52, ust.1.

¹²⁸ Rozporządzenie, art. 52, ust.3.

¹²⁹ Rozporządzenie, art. 52, ust.4.

¹³⁰ L. Gąsiorkiewicz, op.cit., s. 70.

zysków i strat¹³¹. Nowe Rozporządzenie podaje w załączniku numer 3 co powinna zawierać nota objaśniająca do rachunku przepływów pieniężnych.¹³²

5.3.4. Zestawienie zmian w kapitale własnym

Zestawienie zmian w kapitale własnym stało się obowiązkowym sprawozdaniem finansowym od wprowadzenia nowelizacji ustawy o rachunkowości w 2000 roku. To sprawozdanie uszczegóławia informacje podane w bilansie, przedstawia zmniejszenia i zwiększenia poszczególnych składników kapitału własnego. Przedstawiane jest za bieżący i poprzedni rok obrotowy.

5.3.5. Informacje dodatkowa

Wytyczne odnośnie informacji dodatkowej można znaleźć w Rozporządzeniu. Paragraf 53 Rozporządzenia wskazuje, na fakt, że informacja dodatkowa jest integralną częścią sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji. Informacja dodatkowa powinna zostać opracowana według załącznika numer 4 do Rozporządzenia. Informacje dodatkowa powinna zawierać następujące zagadnienia¹³³: wprowadzenie do sprawozdania finansowego, informacje dodatkowe niezbędne do lepszego zrozumienia sytuacji finansowej, wyniku finansowego oraz wypłacalności zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji dotyczące bilansu, ale też technicznego rachunku ubezpieczeń oraz ogólnego rachunku zysków i strat¹³⁴.

5.3.6. Sprawozdanie z działalności jednostki

Sprawozdanie z działalności jednostki inaczej jest nazywane sprawozdaniem z działalności zakładu, sprawozdaniem zarządu bądź raportem. Art. 49 ustawy o rachunkowości¹³⁵ nakazuje zakładom ubezpieczeń, zakładom reasekuracji, towarzystwom ubezpieczeń wzajemnych oraz towarzystwom reasekuracji wzajemnej sporządzać sprawozdanie z działalności jednostki. Jego

¹³¹ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, wyd. „DEBET” s. c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015 s. 86.

¹³² Rozporządzenie, art. 54, ust. 3.

¹³³ Rozporządzenie, załącznik numer 4.

¹³⁴ K. Jonas, *op.cit.*, s. 87.

¹³⁵ UoR, art.49.

cechą charakterystyczną jest brak wzoru. Ustawa o rachunkowości określa, co powinno znajdować się w tym sprawozdaniu, ale nie podaje jego wzoru. Informacje odnośnie tego, co powinno znajdować się w sprawozdaniu z działalności jednostki można znaleźć także w nowo wydanym rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji¹³⁶, a także w Krajowym Standardzie Rachunkowości numer 9¹³⁷. Ten właśnie dokument uzasadnia brak stworzonego wzoru sprawozdania z działalności jednostki: indywidualny charakter, który pokazuje specyfikę działania jednostki uniemożliwia stworzenie takiego wzoru.

Sprawozdanie z działalności jednostki jest szczególnie przydatne przy ocenie dokonań członków organów jednostki. Sprawozdanie z działalności jednostki powinno być sporządzane wraz z rocznym sprawozdaniem finansowym¹³⁸, a sprawozdanie z działalności grupy kapitałowej wraz z rocznym skonsolidowanym sprawozdaniem finansowym¹³⁹. Sprawozdanie sporządza się w języku i walucie polskiej. Jeżeli interes użytkowników sprawozdania przemawia za jego publikacją w innych językach i walutach, jednostka może dodatkowo przedstawić tłumaczenie tego dokumentu, a także zawrzeć w nim dane przeliczone na inne waluty¹⁴⁰. W sytuacji, gdy dane prezentowane są w innej walucie niż waluta sprawozdania finansowego, podaje się zasady, według których przeliczono dane sprawozdania finansowego, w tym sposób ustalenia kursów¹⁴¹. Sprawozdanie podpisuje - podając datę podpisu - kierownik jednostki, a jeżeli jednostką kieruje organ wieloosobowy - wszyscy członkowie tego organu¹⁴². Odmowa podpisu wymaga pisemnego uzasadnienia dołączanego do sprawozdania z działalności jednostki.

Sprawozdanie podlega badaniu biegłego rewidenta, zatwierdzeniu przez organ zatwierdzający i złożeniu w Rejestrze Sądowym w ciągu 15 dni od dnia jego zatwierdzenia¹⁴³.

¹³⁶ Rozporządzenie art. 54, pkt.2.

¹³⁷ Krajowy Standard Rachunkowość nr 9, (tekst jednolity Dz. Urz. Min. Fin. Z dnia 15 maja 2014., poz.17), dalej KSR nr 9.

¹³⁸ UoR, art. 49, ust. 1.

¹³⁹ UoR art. 55, ust. 2a.

¹⁴⁰ K. Jonas, *op.cit.*, s. 91.

¹⁴¹ UoR, art. 51, ust. 2.

¹⁴² UoR, art. 52, ust. 2.

¹⁴³ K. Jonas, *op.cit.*, s. 91.

5.3.7. Sprawozdanie z działalności jednostki według ustawy o rachunkowości

Według ustawy o rachunkowości sprawozdanie to powinno zawierać istotne informacje o stanie majątkowym i sytuacji finansowej, sprawozdanie powinno także wskazywać ocenę uzyskiwanych efektów oraz czynniki ryzyka i opis zagrożeń.¹⁴⁴ W szczególności powinny zostać podane informacje o¹⁴⁵:

- 1) zdarzeniach, które istotnie wpłynęły na działalności jednostki, a wystąpiły w roku obrotowym, a także po jego zakończeniu, do dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego,
- 2) przewidywanym rozwoju jednostki,
- 3) ważniejszych osiągnięciach w dziedzinie badań i rozwoju,
- 4) aktualnej i przewidywanej sytuacji finansowej,
- 5) udziałach własnych,
- 6) posiadanych przez jednostkę oddziałach (zakładach),
- 7) instrumentach finansowych.

Ponadto sprawozdanie z działalności jednostki powinno obejmować też – o ile jest to istotne dla oceny sytuacji jednostki – wskaźniki finansowe i niefinansowe¹⁴⁶.

5.3.8. Sprawozdanie z działalności jednostki według rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji

Podobnie jak ustawa, Rozporządzenie również wskazuje na podanie informacji o¹⁴⁷:

- 1) wydarzeniach zaistniałych w roku obrotowym, które w sposób istotny wpłynęły na stan majątkowy i sytuację finansową zakładu ubezpieczeń albo zakładu reasekuracji
- 2) przewidywanym rozwoju zakładu ubezpieczeń albo zakładu reasekuracji
- 3) aktualnej i przewidywanej sytuacji finansowej, a dokładniej:
 - a. w przypadku zakładu ubezpieczeń dotyczącej struktury sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, rentowności działalności lokacyjnej, wielkości kosztów

¹⁴⁴ UoR art. 49 ust. 2.

¹⁴⁵ *ibidem*.

¹⁴⁶ UoR, art. 49, ust.3.

¹⁴⁷ Rozporządzenie, załącznik numer 6.

prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i działalności reasekuracyjnej, wielkości utworzonych na koniec roku obrotowego rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, stanu pokrycia marginesu wypłacalności oraz kapitału gwarancyjnego środkami własnymi, jak również stanu pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych odpowiednimi aktywami

- b. w przypadku zakładu reasekuracji dotyczącej wykonywanej działalności reasekuracyjnej, rentowności działalności lokacyjnej, wielkości kosztów prowadzenia działalności reasekuracyjnej, wielkości utworzonych na koniec roku obrotowego rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, stanu pokrycia marginesu wypłacalności oraz kapitału gwarancyjnego środkami własnymi jak również stanu pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych odpowiednimi aktywami

Ponadto, rozporządzenie sugeruje wskazanie czynników ryzyka prowadzonej działalności ubezpieczeniowej lub działalności reasekuracyjnej i opis możliwych jej zagrożeń.

5.3.9. Sprawozdanie z działalności jednostki według Krajowego Standardu Rachunkowości¹⁴⁸

Krajowy Standard Rachunkowości dość obszernie opisuje jak powinno wyglądać sprawozdanie z działalności jednostki. Standard wskazuje, że sprawozdanie z działalności jednostki jest sprawozdaniem opisowo-liczbowym, powinno przedstawiać m. in. osiągnięcia jednostki oraz jej zamierzenia. Sporządzający sprawozdanie powinni przystosować je do oczekiwań użytkowników podając właściwości jednostki, rodzaj, rozmiary, złożoność prowadzonej działalności oraz formę prawną. W sprawozdaniu powinny też znaleźć się informacje o istotnych czynnikach ryzyka wraz z opisem najważniejszych zagrożeń, z jakimi będzie się jednostka musiała zmierzyć. Celem sprawozdania z działalności jednostki jest przedstawienie dodatkowych, użytecznych informacji ilościowych i jakościowych, finansowych i niefinansowych, na temat działalności, wyników i sytuacji jednostki, które nie są zawarte w sprawozdaniu finansowym, ale są istotne dla oceny uzyskanych wyników, aktualnej sytuacji oraz ich zmian w przyszłości.

¹⁴⁸ KSR nr 9.

Cechy jakościowe sprawozdania z działalności jednostki:

- użyteczność – sprawozdanie powinno być wiarygodne, przydatne, zrozumiałe i porównywalne
- wiarygodność – sprawozdanie jest wiarygodne, gdy zawarta w nim informacje są prawdziwe, obiektywne, poprawne i zgodne ze sprawozdaniem finansowym
- przydatność – sprawozdanie jest przydatne, gdy pomaga użytkownikom ocenić przyszłe, teraźniejsze i przeszłe zdarzenia dotyczące jednostki
- zrozumiałość – sprawozdanie jest pisane prostym językiem, stosuje odpowiednią ścisłą klasyfikację, zawiera czytelny opis a także prezentację informacji
- porównywalność w czasie – sprawozdanie jest porównywalne w czasie wtedy, gdy zawiera informacje dla tych samych okresów porównawczych, które wykazuje się w sprawozdaniu finansowym

Sprawozdanie z działalności jednostki powinno zawierać opis branży, w której jednostka działa, obecne warunki makroekonomiczne, inne czynniki zewnętrzne, opis rynków, przeprowadzane prace badawczo-rozwojowe oraz zasoby¹⁴⁹.

5.4. Podsumowanie i wnioski

Każdy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do sporządzania sprawozdań finansowych, stąd też kwestia, w jaki sposób powinny być sporządzane sprawozdania jest niezwykle ważna. W powyższym opracowaniu przedstawione i omówione zostały poszczególne składniki sprawozdania finansowego w odniesieniu do określających je podstaw prawnych oraz ich wzorów. Szczególną uwagę położono na jedyne sprawozdanie, którego wzór nie jest podany przez ustawę o rachunkowości – sprawozdanie z działalności jednostki. To sprawozdanie ma bardzo indywidualny charakter i jeden uniwersalny wzór dla wszystkich jednostek nie byłoby wystarczający, co potwierdza prawdziwość przytoczonej na początku opracowania hipotezy. Wytyczne odnośnie sporządzenia sprawozdania z działalności jednostki można znaleźć zarówno w ustawie o rachunkowości, jak i rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, a także w

¹⁴⁹ KSR nr 9, punkt 6.9.

Krajowym Standardzie Rachunkowości nr 9. To właśnie ten ostatni dokument najbardziej szczegółowo przedstawia jak powinno wyglądać sprawozdanie z działalności jednostki.

5.5. Załącznik do rozdziału 5.

Tabela 5.3. Uproszczona struktura technicznego rachunku ubezpieczeń w dziale I i II

Techniczny rachunek ubezpieczeń na życie	Techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych
I. Składki	I. Składki
II. Przychody z lokat	II. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione z ogólnego rachunku zysków i strat
III. Niezrealizowane zyski z lokat	III. Pozostałe przychody techniczne na udziale własnym
IV. Pozostałe przychody techniczne na udziale własnym	IV. Odszkodowanie i świadczenia
V. Odszkodowanie i świadczenia	V. Zmiana stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym
VI. Zmiana stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym	VI. Premie i rabaty na udziale własnym łącznie ze zmianą stanu rezerw
VII. Premie i rabaty na udziale własnym łącznie ze zmianą stanu rezerw	VII. Koszty działalności ubezpieczeniowej
VIII. Koszty działalności ubezpieczeniowej	VIII. Pozostałe koszty techniczne na udziale własnym
IX. Koszty działalności lokacyjnej	IX. Zmiany stanu rezerw na wyrównanie szkodowości (ryzyka)
X. Niezrealizowane straty na lokatach	X. Wynik techniczny ubezpieczeń majątkowych i osobowych
XI. Pozostałe koszty techniczne na udziale własnym	
XII. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione do ogólnego rachunku zysków i strat	
XIII. Wynik techniczny ubezpieczeń na życie	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Załącznik nr 3 do Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości

Tabela 5.4. Uproszczona struktura ogólnego rachunku zysków i strat

Ogólny rachunek zysków i strat
I. Wynik techniczny ubezpieczeń majątkowych i osobowych lub ubezpieczeń na życie
II. Przychody z lokat
III. Niezrealizowane zyski z lokat
IV. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione z technicznego rachunku ubezpieczeń na życie
V. Koszty działalności lokacyjnej
VI. Niezrealizowane straty na lokatach
VII. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione do technicznego rachunku ubezpieczeń majątkowych i osobowych
VIII. Pozostałe przychody operacyjne
IX. Pozostałe koszty operacyjne
X. Zysk (strata) z działalności operacyjnej
XI. Zyski nadzwyczajne
XII. Straty nadzwyczajne
XIII. Zysk (strata) brutto
XIV. Podatek dochodowy
XV. Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)
XVI. Zysk (strata) netto

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Załącznik nr 3 do Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości

Rozdział 6.

Czy Rekomendacja U rozwiązuje problemy na rynku bancassurance?

Ewa Biel, Anna Burz*

6.1. Wprowadzenie

Bancassurance jest atrakcyjnym i dynamicznie rozwijającym się kanałem dystrybucji ubezpieczeń w Polsce. W związku z zaobserwowanym szeregiem nieprawidłowości w zakresie oferowania produktów ubezpieczeniowych przez banki, Komisja Nadzoru Finansowego wydała w 2014 r. *Rekomendację U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance*. Celem niniejszego artykułu jest zbadanie wpływu Rekomendacji U na funkcjonowanie polskiego rynku *bancassurance*, przy zwróceniu uwagi na jej szczególną formę prawną. Autorki podjęły również próbę oceny, czy sugestie zawarte w dokumencie mogą wpłynąć na rozwiązanie problemów w zakresie współpracy bankowo-ubezpieczeniowej w Polsce. W pierwszej kolejności w artykule omówiona została istota *bancassurance*, następnie autorki zwróciły uwagę na bezpośrednie przyczyny wprowadzenia Rekomendacji U, w dalszej części analizie poddane zostały charakter prawny i główne wytyczne zawarte w dokumencie, na końcu natomiast zaprezentowano wpływ Rekomendacji U na funkcjonowanie rynku *bancassurance* w Polsce.

6.2. Istota bancassurance

W literaturze spotkać można wiele definicji pojęcia *bancassurance*. Przykładowo według M. Śliperskiego *bancassurance* określa się jako działalność polegającą na wykorzystywaniu banku, jego placówek, usług i klientów do sprzedaży ubezpieczeń, głównie życiowych i emerytalnych, przy inicjatywie takich działań pochodzących z banków komercyjnych

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

specjalizujących się w bankowości detalicznej¹⁵⁰. Nieco inne podejście reprezentuje O. Kowalewski, według którego jest to trwałe połączenie instytucji bankowej z instytucją ubezpieczeniową, w celu oferowania produktów bankowych i ubezpieczeniowych w ramach istniejących struktur bankowych¹⁵¹. Rekomendacja U pod pojęciem *bancassurance* określa natomiast oferowanie ubezpieczeń przez banki na podstawie umów zawartych pomiędzy nimi a zakładem ubezpieczeń, powiązane bezpośrednio z produktem bankowym oraz niepowiązane z produktem bankowym¹⁵².

W kontekście analizy istoty *bancassurance* warto również odnotować, że nie jest to zjawisko jednolite, ulega ewolucji i przyjmuje różne formy. Zakres współpracy banków z zakładami ubezpieczeń jest zróżnicowany. Historia wskazuje, że banki początkowo inicjowały bezkapitałowe porozumienia dystrybucyjne, zachowujące niezależność podmiotów względem siebie. Nieco później rozwinęło się podejście kapitałowe, obejmujące grupy bankowo-ubezpieczeniowe, a główną przesłanką ku temu był fakt, iż banki nie chciały ograniczać swoich przychodów tylko do prowizji za pośrednictwo.

Oferowane obecnie na rynku *bancassurance* produkty, ze względu na ich związek z dostępnymi w tym samym momencie produktami bankowymi, zaliczyć możemy do dwóch podstawowych kategorii: produkty powiązane oraz produkty niepowiązane z produktem bankowym. Gdy klient jest zainteresowany kredytem gotówkowym, najprawdopodobniej bank zaoferuje mu dodatkowo możliwość ubezpieczenia tego kredytu. Taki rodzaj ubezpieczenia jest produktem powiązaniem. Jeżeli natomiast klient będzie chciał tylko wpłacić gotówkę w banku, a doradca zaproponuje mu ubezpieczenie mieszkania, to będziemy mówić o produkcie niepowiązaniem, istniejącym osobno.

Współpraca bankowo-ubezpieczeniowa ma wiele zalet z punktu widzenia zarówno samych klientów, jak i banków oraz firm ubezpieczeniowych. Klienci otrzymują w jednym miejscu zestaw produktów bankowych i ubezpieczeniowych w dobrych cenach. Banki poprawiają swoją konkurencyjność na rynku, zyskują dodatkowe źródło dochodu oraz zwiększają zabezpieczenie swoich wierzycieli. Z kolei zakłady ubezpieczeń dzięki

¹⁵⁰ M. Śliperski, *Bancassurance – związki bankowo-ubezpieczeniowe*, Difin, Warszawa 2002, s. 28.

¹⁵¹ O. Kowalewski, *Grupy bankowo – ubezpieczeniowe: definicje, historia rozwoju, przyczyny powstania*, „Bank i Kredyt”, nr 10/1999, s. 42-56.

¹⁵² *Rekomendacja U z czerwca 2014 r. dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2014, s. 6.

działalności banków zwiększają sieć dystrybucji, obniżają koszty akwizycji ubezpieczeń i pozyskują nowych klientów. Niemniej jednak, prócz wyżej wymienionych zalet, rynek *bancassurance* w Polsce napotyka także liczne problemy stanowiąc zagrożenie dla interesów konsumentów. Zostaną one omówione w dalszej części artykułu.

6.3. Nieprawidłowości na rynku *bancassurance* jako przyczyna wprowadzenia Rekomendacji U

Analizy Komisji Nadzoru Finansowego przeprowadzone na przełomie 2011 i 2012 r. ujawniły szereg nieprawidłowości na polskim rynku *bancassurance*. Dotyczyły one w szczególności:

- łączenia roli banku jako pośrednika oraz ubezpieczającego w umowach ubezpieczenia,-
- dostarczania ogólnych warunków ubezpieczenia (utrudniony dostęp do treści umowy),-
- nieproporcjonalnej do świadczonych usług wysokość prowizji,-
- braku możliwości bezpośredniego dochodzenia roszczeń przez ubezpieczonych lub ich spadkobierców,-
- ograniczanie swobody wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego przez klienta¹⁵³.

Dla zrozumienia istoty wyżej wymienionych problemów niezbędna jest analiza roli, jaką bank odgrywa podczas zawierania umowy ubezpieczenia. Rozwiązaniem pierwszym jest bank w roli ubezpieczającego. Oznacza to, że zawiera on umowę ubezpieczenia na rachunek swoich klientów, którzy stają się ubezpieczonymi (ubezpieczenie grupowe). Forma ubezpieczenia grupowego ma znaczenie przy określaniu wysokości składek ubezpieczenia, jednak poprzez fakt, iż jest ono kierowane najczęściej do licznej grupy osób, nie pozwala na dopasowanie oferty adekwatnie do indywidualnych potrzeb klienta.

Drugą możliwością to działanie banku jako pośrednika ubezpieczeniowego, który zawiera umowę na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez zakład ubezpieczeń. W tym przypadku bank nie jest stroną umowy, jest nią bowiem klient banku (będący równocześnie ubezpieczającym i ubezpieczonym) oraz zakład ubezpieczeń. W takiej sytuacji bank ma prawo

¹⁵³ Rekomendacja U, *op. cit.*

do wynagrodzenia (na podstawie umowy agencyjnej) za pośredniczenie w zawieraniu umowy ubezpieczenia, które przyjmuje formę prowizji. Jednak w tym przypadku, gdy wynagrodzenie banku zależy od liczby pozyskanych klientów dla firmy ubezpieczeniowej, spotykana jest sytuacja, w której proponuje się, a wręcz narzuca klientom banku ochronę ubezpieczeniową nieadekwatną do ich potrzeb.

27 grudnia 2013 roku, Przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego w liście skierowanym do Prezesa Związku Banków Polskich zwrócił uwagę na nieprawidłowości w zakresie faktycznego łączenia przez banki funkcji pośrednika ubezpieczeniowego i ubezpieczającego, co prowadzi do sprzecznych z prawem rozwiązań hybrydowych¹⁵⁴. Dochodzi wówczas do konfliktu interesów, tj. sytuacji, w której bank występuje jako strona umowy ubezpieczenia i jednocześnie pobiera od zakładu ubezpieczeń prowizję. Tym samym zamiast zabezpieczać interesy klienta, którego reprezentuje, bank działa na korzyść zakładu ubezpieczeń, z którym współpracuje.

Na polskim rynku *bancassurance* dostrzeżone zostały także problemy w zakresie dostarczania ubezpieczającym ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.). Gdy bank działa jako ubezpieczający, ubezpieczony powinien znać treść umowy ubezpieczenia. Sytuacja, gdy klient nie może zapoznać się z o.w.u. (ponieważ formalnie nie jest on stroną umowy ubezpieczenia), a warunki zapisane w umowie mogą mieć istotny wpływ na jego prawa oraz obowiązki, może w efekcie prowadzić do pozorności ochrony ubezpieczeniowej (tzw. puste ubezpieczenie). Istotny jest tutaj nowy przepis art. 808 § 4 kodeksu cywilnego¹⁵⁵, zgodnie z którym ubezpieczony może żądać udzielenia informacji o postanowieniach umowy w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków. Wykorzystanie tego przepisu w praktyce jest jednak niewielkie, gdyż wiąże się ono z niską świadomością ubezpieczonych.

Analizując problemy związane z funkcjonowaniem rynku *bancassurance* Komisja Nadzoru Finansowego zwróciła również uwagę na fakt, że banki pobierały zbyt duże prowizje, sięgające niekiedy kilkudziesięciu procent, dbając przede wszystkim o zwiększenie swoich przychodów,

¹⁵⁴ List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego do Prezesa Związku Banków Polskich, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 27.12.2013.

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.).

a nie o jakość oferowanej ochrony. Sytuacja taka, zdaniem Komisji, podważa zaufanie klientów do instytucji rynku finansowego¹⁵⁶.

Ponadto zaobserwowano znaczne utrudnienia w dochodzeniu roszczeń z umów ubezpieczenia grupowego w momencie, gdy uprawnionym do żądania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest bank, który najczęściej nie korzysta z przysługującego mu prawa, zwłaszcza wtedy, gdy bank i ubezpieczyciel są w tej samej grupie kapitałowej. Jeszcze bardziej niekorzystną sytuacją dla klienta jest korzystanie przez banki z indywidualnych ubezpieczeń finansowych, w których zawierały one umowę ubezpieczenia będąc jednocześnie ubezpieczającym oraz ubezpieczonym. W tym przypadku, po wypłacie odszkodowania na rzecz banku, możliwe jest zastosowanie przez zakłady ubezpieczeń regresu zwrotnego w stosunku do klienta banku. Takie rozwiązanie wprowadza klienta w błąd, pozornie sugerując, że posiada on ochronę ubezpieczeniową.

W praktyce współpracy bankowo-ubezpieczeniowej dostrzeżone zostały też sytuacje, w których klient chcący zawrzeć umowę kredytu, zmuszony był skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej we wskazanym przez bank zakładzie ubezpieczeń bądź przystąpić do umowy ubezpieczenia, w której bank jest ubezpieczającym. W efekcie zawierana umowa ubezpieczenia z reguły nie gwarantowała właściwej ochrony kredytobiorcy i nie była dopasowana do jego potrzeb.

Kolejny problem związany z *bancassurance* wystąpił w zakresie zasad księgowania składki z tytułu zawarcia polisy ubezpieczeniowej. Do tej pory wiele banków zaliczało składki do przychodów w momencie ich otrzymania. Takie podejście było błędne, ponieważ prawidłowo składki te powinny być rozliczane proporcjonalnie do czasu trwania ubezpieczenia. Niektóre banki nie przestrzegały tej zasady, księgując przychody ze sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w momencie otrzymania składki. Przychód ten miał wpływ jedynie na wyniki okresu, w którym sprzedano polisę, a nie na wyniki okresu, w którym klient był objęty faktyczną ochroną ubezpieczeniową¹⁵⁷.

¹⁵⁶ List..., *op. cit.*

¹⁵⁷ M. Białas, *Polskie realia współpracy banków z ubezpieczycielami*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach nr 225/2015, s. 28-37.

6.4. Rekomendacja U – charakter prawny oraz główne wytyczne

W związku ze stwierdzonymi przez Komisję Nadzoru Finansowego nieprawidłowościami w zakresie oferowania przez banki produktów ubezpieczeniowych i rosnącą ilością skarg kierowanych do KNF, w czerwcu 2014 r. wydana została *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance* skierowana do wszystkich banków, które działają w oparciu o przepisy prawa polskiego. Celem interwencji KNF było przede wszystkim zapewnienie odpowiedniej ochrony nieprofesjonalnych uczestników rynku finansowego, dlatego też większość wytycznych Rekomendacji U dotyczy relacji z klientami. Poza tym, dokument odnosi się do określenia roli banku, działań zarządu i rady nadzorczej, zabezpieczenia przed ryzykiem podejmowanej przez bank działalności, polityki rachunkowości oraz systemu kontroli wewnętrznej w zakresie *bancassurance*¹⁵⁸.

Rekomendacja U została wydana na podstawie art. 137 pkt. 5 ustawy prawo bankowe¹⁵⁹. Przepis ten uprawnia KNF do wydawania rekomendacji dotyczących praktyk ostrożnego i stabilnego zarządzania bankami. Jednak charakter oraz wydźwięk postanowień Rekomendacji U stanowić może podstawę do refleksji nad jej charakterem prawnym.

Konstytucja RP kształtująca system źródeł prawa w Polsce nie przewiduje, aby rekomendacje były prawem powszechnie obowiązującym. Ponadto KNF nie jest organem mogącym wydawać powszechnie obowiązujące akty prawne. Rekomendacje nie dają możliwości zastosowania środków przymusu w celu wpłynięcia na zachowanie adresatów. Zatem przedstawione w Rekomendacji U normy postępowania nie są normami prawnymi. Analiza przepisów Konstytucji RP, orzecznictwa oraz poglądów doktryny pozwala również stwierdzić, iż rekomendacje wydawane przez KNF zawierają normy niebędące normami prawnymi wewnątrznie obowiązującymi. Bariery do uznania Rekomendacji za taki akt jest fakt, iż przepisy określające zadania KNF¹⁶⁰ nie nadają jej prawa do wydawania aktów o charakterze wewnętrznym.

Bardziej wnikliwa analiza pozwala zauważyć, że Rekomendacja U posiada cechy „prawa miękkiego” (*soft law*) oraz stanowi funkcjonalne źródło prawa bankowego. Postanowienia

¹⁵⁸ *Rekomendacja U...*

¹⁵⁹ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 1376 z późn. zm.).

¹⁶⁰ Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze finansowym nad rynkiem finansowym (Dz. U. 2006 nr 157 poz. 1119, z późn. zm.).

rekomendacji mają elastyczny i dynamizujący charakter, często lepiej dostosowany do realiów działalności niż sztywne reguły „prawa twardego” (*hard law*). Cechą „prawa miękkiego” jest także możliwość posługiwania się nim przy wykładni i stosowaniu aktów prawnych poprzez sądy oraz organy władzy publicznej. Taka rola rekomendacji upodabnia je do funkcjonalnych źródeł prawa¹⁶¹. Pomimo braku wiążącego charakteru istotnie kształtują one praktykę bankową.

Rekomendacja jest regulacją, w której organ nadzoru (w tym przypadku KNF) wskazuje, jaki jest właściwy kierunek interpretacji obowiązujących przepisów, czy też ich uszczegółowienie. Jej wytyczne mogą być stosowane według zasady *comply or explain*, wyrażającej iż, banki powinny stosować się do podanych wytycznych, lub w przeciwnym razie wyjaśnić, dlaczego tego nie robią¹⁶². Jeżeli bank ma własne zasady w danym obszarze, nie ma konieczności stosowania się do rekomendacji, o ile zasady te nie są mniej ostrożne. Komisja Nadzoru Finansowego może nałożyć na bank sankcję tylko w sytuacji, gdy te zasady prowadzą do nadmiernego ryzyka.

Powyższe stwierdzenia skłaniają zatem do traktowania rekomendacji jako nienormatywnych form działania administracji, stanowiących interpretację przepisów powszechnie obowiązujących¹⁶³. Należy mieć jednak na uwadze fakt, iż mimo, że treść Rekomendacji U głęboko wnika w działalność ubezpieczeniową, to nie znajduje ona zastosowania w stosunku do ubezpieczycieli, wobec których KNF nie ma uprawnień do wydawania rekomendacji.

Rekomendacja U zawiera 12 wytycznych dotyczących relacji z konsumentami. Przede wszystkim Komisja Nadzoru Finansowego wskazuje, że bank powinien jednoznacznie określić swoją rolę - czy występuje w roli pośrednika ubezpieczeniowego czy ubezpieczającego. Ma to na celu eliminację konfliktu interesów. Bank występujący w roli ubezpieczającego nie może

¹⁶¹ M. Ochino, *Rekomendacje organu nadzoru bankowego w świetle polskiego systemu źródeł prawa*, [w:] *Źródła prawa z perspektywy piętnastu lat obowiązywania Konstytucji*, pod red. M. Zubika i R. Puchty, Publikacja Koła Naukowe Prawa Konstytucyjnego Legislators, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2013, s. 165-182.

¹⁶² M. Szczytowska, *Wyzwania regulacyjne w zakresie rozwiązań prawnych w obszarze bancassurance w Polsce*, [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa, 2015, s. 57-70.

¹⁶³ D. Maśniak, *Ramy prawne bancassurance*, [w:] *Gdańskie Studia Prawnicze*, Uniwersytet Gdański, Tom XXXIII 2015, s. 285-300.

otrzymywać wynagrodzenia od zakładu ubezpieczeń. Precyzyjny podział ról jest szczególnie ważny dla klientów, gdy muszą oni dochodzić swych roszczeń i nie wiedzą, do kogo wystąpić. Celem KNF jest doprowadzenie do sytuacji, w której konsument na rynku *bancassurance* jest świadom swych uprawnień i obowiązków. Klient, który posiada status ubezpieczonego, a także jego spadkobiercy powinni mieć możliwość samodzielnego dochodzenia roszczeń w sytuacji, gdy bank nie będzie tego robił w ich imieniu.

Rekomendacja U kładzie istotny nacisk na politykę informacyjną. Biorąc pod uwagę fakt, iż konsumenci reprezentują zróżnicowany poziom wiedzy ekonomicznej, banki są zobowiązane do doręczania warunków umowy ubezpieczenia, przedstawiania swych ofert w sposób jednoznaczny, rzetelny i zrozumiały oraz informowania o ryzyku związanym z zawieraniem umów ubezpieczenia. Dodatkowo, zalecenia KNF wprowadzają obowiązek stosowania Karty Produktu do wszystkich ubezpieczeń dystrybuowanych w ramach *bancassurance*.

Kolejnym ważnym aspektem jest poszanowanie prawa klienta do swobodnego wyboru zakładu ubezpieczeń i oferty ubezpieczeniowej, dopasowanej do jego potrzeb. Bank, który wymaga dodatkowego zabezpieczenia, nie ma podstaw do odrzucenia polisy, która w choćby minimalnym stopniu spełnia kryteria zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Nie może też żądać przystąpienia przez klienta do umowy, w której występuje jako ubezpieczający.

Analizowany dokument nakłada także na zarząd banku obowiązek opracowania polityki w zakresie *bancassurance*, która powinna określać m.in. rolę banku, zasady współpracy z zakładami ubezpieczeń, zasady rachunkowości i identyfikacji ryzyka. Rada nadzorcza zobowiązana jest do monitorowania realizacji tejże polityki. Podkreślić należy, iż jest to nowość, gdyż kwestie dotyczące organów banków nigdy wcześniej nie były zawierane w listach KNF do prezesów banków polskich, czy rekomendacjach Związku Banków Polskich i Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Zarządzanie ryzykiem jest bardzo istotnym elementem wewnętrznym każdej działalności. Rekomendacja U porusza ten temat, nakładając na bank obowiązek podejmowania czynności zabezpieczających przed ryzykiem. Monitorowanie poziomu ryzyka obejmuje: efektywność

przeciwdziałania missellingowi¹⁶⁴, sposób i terminowość załatwiania skarg, badanie liczby odmów i wyjaśnianie przyczyn odmów wypłat świadczeń, zapewnienie szkoleń pracowników¹⁶⁵. Dodatkowo bank w umowie z zakładem ubezpieczeń powinien określić podział odpowiedzialności i zasady wymiany informacji.

Ponadto Rekomendacja U odnosi się do polityki rachunkowości banków. Subiektywne (niejednolite) zasady rozliczania przychodów z tytułu prowizji ubezpieczeniowych mogą bowiem istotnie naruszać nadrzędną zasadę współmierności przychodów i kosztów, a w konsekwencji główny cel prawidłowo prowadzonej rachunkowości finansowej, jakim jest rzetelny i jasny obraz sytuacji majątkowej, finansowej i wyniku finansowego podmiotu¹⁶⁶. Celem KNF jest doprowadzenie do sytuacji wyeliminowania problemu zawyżania wyników finansowych przez banki, dlatego Rekomendacja U zaleca by zarząd i rada nadzorcza szczegółowo określiły w jaki sposób bank ujmuje i rozlicza przychody ze sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w polityce rachunkowości.

Bank powinien być także wyposażony w sprawnie działający system kontroli wewnętrznej, obejmujący obszar oferowania produktów ubezpieczeniowych, a także zawierania i wykonywania umów ubezpieczenia. Istotnym elementem tego systemu jest komórka do spraw zgodności, której celem jest identyfikowanie, ocena, kontrola, monitorowanie oraz raportowanie w zakresie ryzyka braku zgodności¹⁶⁷.

6.5. Wpływ Rekomendacji U na rynek bancassurance

Bancassurance dynamicznie rozwija się w Polsce i stanowi ważny kanał dystrybucji polis ubezpieczeniowych. Celem analizy poziomu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych na polskim rynku *bancassurance*, w tabeli 6.1. przedstawiono procentowy udział składek zebranych przez zakłady ubezpieczeń w latach 2012-2015.

¹⁶⁴ Misselling oznacza nieuczciwą sprzedaż; jest to praktyka instytucji finansowych polegająca na oferowaniu i nakłanianiu klienta do zakupu produktu, który nie jest mu potrzebny, często wprowadzając go przy tym w błąd co do mechanizmu funkcjonowania danego produktu, jego funkcji oraz zastosowania. Za: UOKiK, *Nowe uprawnienia UOKiK w obszarze ochrony konsumenta po 17 kwietnia 2016 r. pytania i odpowiedzi*, Warszawa, kwiecień 2016, s. 3.

¹⁶⁵ R. Wiśniewski, *Wdrażanie i egzekwowanie zapisów Rekomendacji U KNF*, VI Kongres Bancassurance, 13-14.10.2014 r. (<http://piu.org.pl>), data dostępu 16.05.2015 r., s. 23.

¹⁶⁶E. Pielichaty, *Zasady rachunkowości banku w świetle Rekomendacji U*, [w:] *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, nr 373, 2014, s. 215.

¹⁶⁷ R. Wiśniewski, *op. cit.*, s. 28.

Tabela 6.1. Procentowy udział składki przypisanej brutto przez zakłady ubezpieczeń.

Rok	Składka pozyskana w kanale bancassurance – ubezpieczenia na życie [%]	Składka pozyskana w kanale bancassurance – pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe [%]
2012	53,4	7,2
2013	46,7	9,2
2014	40,8	10,4
2015	39,2	9,7

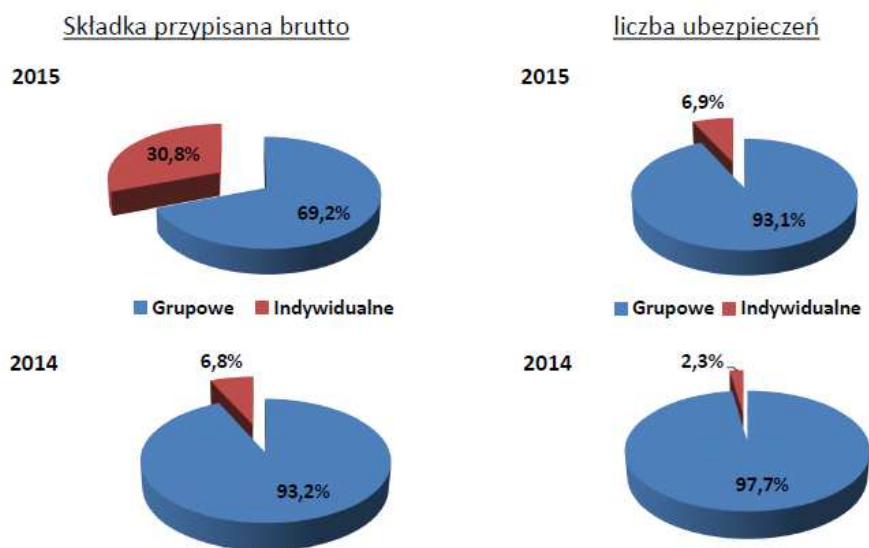
Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportów PIU, Polski Rynek Bancassurance 2012-2014.

Analiza danych zawartych w tabeli 6.1. pozwala zauważyć, że w roku 2012 udział składki przypisanej brutto pozyskanej z tytułu ubezpieczeń na życie w kanale *bancassurance* stanowił ponad połowę ogółu. Na przestrzeni lat 2013-2015 udział ten wahał się w granicach 39-47%. Ta statystyka pokazuje jak ważnym kanałem dystrybucji dla zakładów ubezpieczeń działu I jest *bancassurance*.

W przypadku pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych *bancassurance* odgrywa znacznie mniejszą rolę. Składka pozyskana z tych ubezpieczeń stanowi około 7-10% rocznej składki brutto. Z powyższych danych wynika, że dla ubezpieczycieli działu II kanał *bancassurance* jest jedynie dodatkiem, niestanowiącym kluczowego kanału dystrybucji. Do roku 2014 udział *bancassurance* w sumie pozyskanych składek brutto zakładów ubezpieczeń działu II charakteryzował się tendencją wzrostową, natomiast po wejściu w życie Rekomendacji U odnotowany został nieznaczny spadek.

Rekomendacja U nie zakazuje stosowania modelu grupowego, lecz faktycznie prowadzi do jego likwidacji i przejścia do modelu indywidualnego. Z raportu PIU¹⁶⁸ wynika, że w po wprowadzeniu Rekomendacji U znacznie wzrósł udział ubezpieczeń indywidualnych, w przypadku pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych, z 2,3% w roku 2014 do 6,9% w roku 2015. Analiza danych przedstawionych na rysunku 5.1. pozwala zauważyć, że wraz ze wzrostem liczby polis indywidualnych zwiększył się udział składki pozyskanej z tego rodzaju ubezpieczeń do 30,8%. Jest to wzrost aż o 22 punkty procentowe w stosunku do roku poprzedniego.

¹⁶⁸ Polski Rynek Bancassurance 2015, Raport PIU, (<https://www.piu.org.pl/analizy>), data dostępu 16.05.2016 r.



Rysunek 6.1. Struktura składki oraz liczby ubezpieczeń majątkowych i osobowych na rynku bancassurance [%]

Źródło: *Polski Rynek...*, op. cit.

Warto również przyjrzeć się liczbie zawieranych umów ubezpieczenia w kanale *bancassurance*. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi na rysunku 5.2., liczba zawartych umów ubezpieczeń majątkowych oraz pozostałych osobowych od 2013 r. dynamicznie wzrastała, z wyjątkiem pierwszego półrocza 2014 r. gdy zanotowano spadek. Sytuacja ta powtórzyła się w 2 kwartale 2015 r. Liczba zawartych umów ubezpieczenia spadła i do końca 2015 r. pozostała na stosunkowo stabilnym poziomie. Można zatem przypuszczać, że owe zmniejszenie się liczby nowych umów ubezpieczenia działu II spowodowane było wprowadzeniem Rekomendacji U. Warto jednak zauważyć, że w przeszłości zdarzały się bardziej drastyczne spadki, a zatem zmniejszenie się liczby ubezpieczeń po 31.03.2015 r. nie powinno budzić większego niepokoju, tym bardziej, że pod koniec roku liczba ta nieznacznie wzrosła.



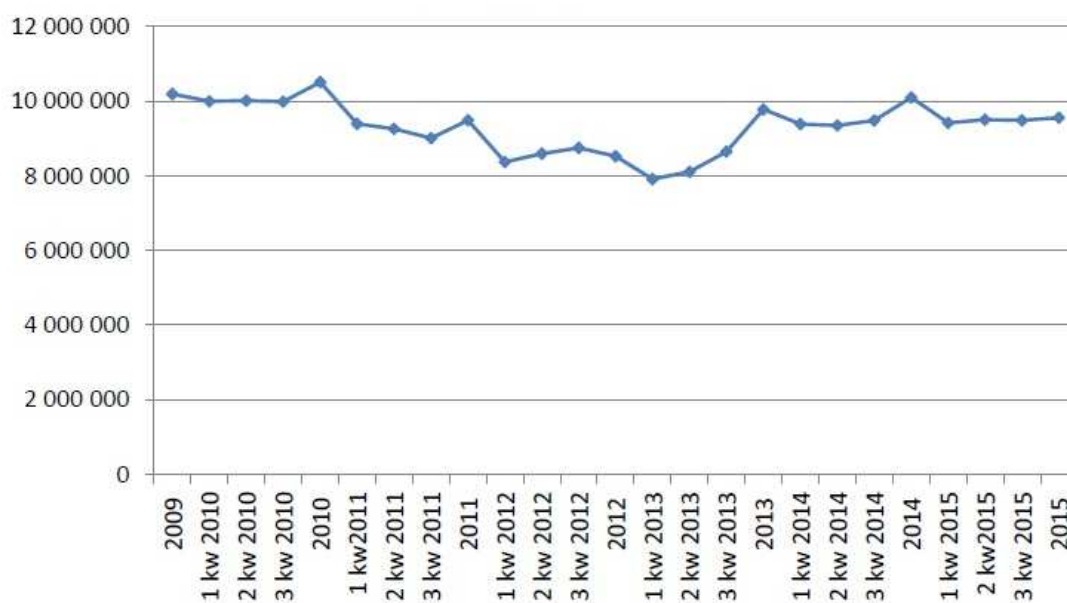
Rysunek 6.2. Liczba ubezpieczeń majątkowych i osobowych pozyskanych w kanale bancassurance [szt.]

Źródło: *Polski Rynek..., op. cit.*

Nieco odmiennie prezentuje się sytuacja w przypadku ubezpieczeń życiowych (po r. rysunek 5.3), których liczba spadła już w pierwszym kwartale 2015 r. i do końca roku kształtowała się na stałym poziomie. Dane te nie odzwierciedlają zatem znaczącej zmiany w liczbie zawartych polis ubezpieczeń na życie, którą mogłoby nieść ze sobą wprowadzenie Rekomendacji U. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku analizy udziału składki pozyskanej w kanale *bancassurance*. Jak wynika z danych zaprezentowanych w tabeli 6.1., składka ta rokrocznie malała. Nie należy więc przypuszczać, że Rekomendacja U była bezpośrednią przyczyną spadku tej wartości. Podobnie jak przy ubezpieczeniach działu II, również w ubezpieczeniach na życie widoczna jest jednak istotna zmiana w ich strukturze. Znacznie wzrosło bowiem znaczenie ubezpieczeń indywidualnych, w szczególności przy produktach ochronnych powiązanych z produktem bankowym (zabezpieczenie spłaty zadłużenia), gdzie w 2014 r. całość stanowiły ubezpieczenia grupowe, natomiast w roku 2015 większą część obejmowały ubezpieczenia indywidualne stanowiąc ok. 65%¹⁶⁹. Rezygnacja z polis grupowych na rzecz polis indywidualnych pozwala na lepsze dopasowanie oferty do potrzeb każdego

¹⁶⁹ *Polski Rynek..., op. cit.*

klienta, jednak niesie ze sobą z reguły również wyższą składkę, co negatywnie wpływa na całkowity koszt kredytu. Szczególny wydzźwięk mają tutaj właśnie polisy na życie¹⁷⁰.



Rysunek 6.3. Liczba ubezpieczeń życiowych pozyskanych w kanale bancassurance [szt.]

Źródło: *Polski Rynek...*, op. cit.

Wdrożenie przepisów Rekomendacji U było dla banków kosztowną i czasochłonną inwestycją, wymagającą zaangażowania i współpracy wielu działów. Działy trudniące się wprowadzaniem i modyfikowaniem produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez bank musiały uporać się z rekonstrukcją tychże produktów (zmiana o.w.u., sporządzenie karty produktu). Najbardziej pracochłonne zadania zostały postawione przed działem IT. Zmiana specyfiki umów ubezpieczeń – odejście od modelu grupowego oraz przejście na indywidualny spowodowała konieczność dostosowania istniejących systemów informatycznych do nowej sytuacji. Od momentu wydania Rekomendacji U (czerwiec 2014) do dnia, w którym dokument zaczął obowiązywać (kwiecień 2015) minął nie cały rok. Biorąc pod uwagę fakt, że banki mają sformalizowany proces wdrażania nowych produktów i zmian w produktach istniejących, czas ten nie był wystarczający dla wszystkich instytucji. Niektóre z nich zmuszone zostały wycofać poszczególne polisy ze swej oferty do czasu, gdy niezbędne zmiany zostaną wdrożone. Ta

¹⁷⁰ R. Stupnicki, *Skutki Rekomendacji U dla kredytobiorców*, *Gazeta Ubezpieczeniowa*, (http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=55783:2015-03-26-07-45-00&catid=90:bancassurance&Itemid=92), data dostępu 13.05.2016 r.

sytuacja może stanowić jedno z potencjalnych wyjaśnień chwilowego spadku liczby zawartych umów ubezpieczenia w 2015 r.

Zgodnie z Rekomendacją U bank w swej polityce finansowej rozróżnia opłaty za produkty ubezpieczeniowe stanowiące wynagrodzenie a) z tytułu oferowanego dodatkowo instrumentu finansowego, b) za usługę pośrednictwa, c) za świadczenie dodatkowych usług. Ponadto, uległo zmianie rozliczanie kosztów związanych bezpośrednio ze sprzedażą produktu ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadą współmierności przychodów i kosztów. Dotychczas stosunkowo powszechnym zjawiskiem było zawyżanie poziomu wyniku finansowego spowodowane nieprawidłowym rozliczaniem wynagrodzeń z tytułu ubezpieczeń polegającym na rozliczaniu znacznych części prowizji ubezpieczeniowych jednorazowo przez wynik finansowy. W efekcie wprowadzonych zmian banki większość wynagrodzenia z tytułu usług ubezpieczeniowych odrazać obecnie w efektywnej stopie procentowej¹⁷¹. Rekomendacja U przyczyniła się zatem do ujednoczenia ewidencji przychodów z tytułu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w sprawozdaniach finansowych banków, co gwarantuje właściwe odzwierciedlenie treści ekonomicznej tychże transakcji.

W kontekście relacji banku z konsumentem do pozytywnych efektów wdrożenia Rekomendacji U zaliczyć można także podwyższenie stopnia ochrony klientów i wzrost ich zaufania do rynku finansowego. Dzięki nowym przepisom Rekomendacji U w bankach pojawiły się ogólnie dostępne Karty Produktu (opisujące charakterystykę produktu, cel jakiemu ma służyć, uwzględniając przy tym jego koszt) oraz ogólne warunki umowy, umieszczane na stronie internetowej banku, czy też dostępne w jego placówkach. Wdrożenie nowej dokumentacji sprzedażowej niewątpliwie znajduje odzwierciedlenie w poziomie poinformowania i świadomości klientów.

6.6. Podsumowanie

Zaobserwowane przez KNF nieścisłości oraz nadużycia na polskim rynku *bancassurance* stanowiły podstawę wydania Rekomendacji U, której celem jest poprawa standardów współpracy między bankami i zakładami ubezpieczeń. W Polsce dotychczasowe regulacje w zakresie *bancassurance* nie były wystarczające do wykształcenia się dobrych praktyk na tym

¹⁷¹ E. Pielichaty, *op. cit.*

rynku. Rekomendacja U jest próbą uzupełnienia luk formalno-prawnych. Wprowadza nowe standardy rynkowe regulujące różne obszary rynku *bancassurance*, a przede wszystkim rolę, w jakiej występuje bank oraz relacje z klientami. Mimo, iż forma prawna rekomendacji funkcjonuje jako *soft law*, i jako taka nie jest powszechnie obowiązująca, a co za tym idzie nie jest wdrażana przez wszystkich uczestników rynku *bancassurance*, to w ujęciu całościowym przynosi ona pozytywne efekty. Mimo faktu, iż wdrożenie Rekomendacji było kosztowne i pracochłonne, ma ona szansę osiągnąć sukces regulacyjny. Współpraca bankowo-ubezpieczeniowa jest bardzo korzystna zarówno dla banków, jak i zakładów ubezpieczeń. Zdaniem autorki pomimo przejściowych problemów związanych z wdrożeniem wytycznych KNF przez banki, w perspektywie długookresowej kanał *bancassurance* na rynku polskim nadal będzie się rozwijał.

Rozdział 7.

Ubezpieczenia posagowe w Polsce

Michał Borzęcki, Gabriela Filipowicz*

7.1. Wprowadzenie

Posiadanie dzieci nierozzerwalnie wiąże się z ponoszeniem kosztów ich utrzymania. Z pewnością każdy rodzic chciałby zapewnić jak najwyższą jakość życia swoim pociechom oraz bezpieczną finansowo przyszłość, co może okazać się szczególnie trudne w czasach rosnących kosztów utrzymania. Naprzeciw tym potrzebom wychodzą towarzystwa ubezpieczeniowe oferujące ubezpieczenia posagowe. Są to produkty przeznaczone dla rodziców, którzy chcą zapewnić „bezpieczny start” w dorosłość swoim dzieciom. Najczęstsze potrzeby opisywane w ofertach towarzystw związane z wkraczaniem pociech w wiek dorosły to konieczność opłacenia studiów, zabezpieczenie przed ryzykiem śmierci rodzica, czy potrzeby czysto materialne, takie jak zakup samochodu czy wkład własny wymagany przy zakupie nieruchomości finansowanej kredytem. Należy również zaznaczyć, że na wspomniane koszty wpływają warunki, jakie panują w danym kraju. W różnych państwach można się spotkać z różnymi systemami szkolnictwa wyższego, a co za tym idzie, odpłatnością za studia lub jej brakiem. Podobnie jest w przypadku tendencji wykazywanych przez społeczeństwo w kwestii nabywania nieruchomości. Podczas, gdy wśród obywateli krajów anglosaskich oraz Europy Zachodniej bardziej popularne jest wynajmowanie domu lub mieszkania przez całe życie, w Polsce wciąż większość ludzi decyduje się na zakup nieruchomości, zwłaszcza na etapie zakładania rodziny¹⁷².

Wybór ubezpieczeń posagowych na temat niniejszej pracy wynika z chęci zgłębienia problematyki ich dopasowania do realiów społeczno-gospodarczych w Polsce. Analiza oparta o wybrane dane statystyczne, przegląd treści OWU ubezpieczeń posagowych będących

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

¹⁷² *Warunki życia rodzin w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2014, s. 53.

w ofercie towarzystw działających na polskim rynku oraz raportów i sprawozdań organizacji samorządu branżowego pozwoliły na sformułowanie następującej tezy: „Pomimo, że ubezpieczenia posagowe mogą wydawać się produktami atrakcyjnymi, dogłębna analiza uwarunkowań odnoszących się do pokrywanych przez nie ryzyk w kontekście systemu społeczno-gospodarczego Polski, pokazuje wyraźne ich niedopasowanie w porównaniu do alternatywnych ubezpieczeń na życie”.

W weryfikacji tej tezy pomogło odpowiedzenie na poniższe pytania:

1. Czym jest ubezpieczenie posagowe i dla kogo jest przeznaczone?
2. Jakie ryzyka ono pokrywa?
3. Jak zabezpieczone są wspomniane ryzyka w sposób alternatywny oraz jakie jest ich natężenie w przypadku obywateli Polski?
4. Jaka jest sytuacja na rynku ubezpieczeń posagowych w Polsce?

7.2. Ubezpieczenia posagowe na polskim rynku

Zwane również ubezpieczeniami zaopatrzenia dzieci, polisy posagowe są produktami drugiej grupy działu I, czyli ubezpieczeń na życie. Ich głównym celem jest zabezpieczenie potrzeb finansowych młodego człowieka w wieku od 18. do 25. roku życia poprzez gromadzenie kapitału w dłuższym horyzoncie czasowym na wypadek śmierci rodzica, utraty przez niego lub dziecko zdrowia czy w końcu dożycia przez dziecko wieku określonego w umowie ubezpieczenia. Produkty te mogą mieć charakter wyłącznie ochronny lub ochronno-oszczędnościowy, który umożliwia w niedużym zakresie pomnażanie gromadzonych środków. Główną funkcją tych polis jest jednak ochrona, natomiast charakter oszczędnościowy jest drugorzędny.

Ubezpieczenia posagowe zawierane są w formie umowy ubezpieczenia na życie, gdzie osobą uposażoną jest dziecko, a ubezpieczonym jest najczęściej rodzic lub opiekun prawny. Ubezpieczającym natomiast może być zarówno rodzic, jak i inna osoba dorosła (np. rodzic chrzestny, dziadkowie itd.). W momencie nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego zgromadzony kapitał zostaje przekazany uposażonemu (dziecku), dlatego też musi mieć ono pełną zdolność do czynności prawnych, a co za tym idzie ukończone 18 lat. Ograniczenia wiekowe dotyczą również ubezpieczających, gdyż ci oprócz dolnej granicy wieku (18 lat) nie

mogą być starsi niż 55-65 lat. Związane jest to bezpośrednio z minimalnym okresem ubezpieczenia, który jest pięcioletni. Ważnym jest również moment zawarcia takiej polisy, ponieważ maksymalny okres ubezpieczenia może być ustalony nie wcześniej niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia oraz nie później niż do ukończenia 25. roku życia. Suma ubezpieczenia jest z góry określana przed zawarciem umowy ubezpieczenia i na jej podstawie określana jest składka, która może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, rocznie lub wniesiona jednorazowo.

Ubezpieczenie może być również rozszerzone o świadczenie rentowe, które dodatkowo zabezpiecza dziecko w okresie przed osiągnięciem wieku określonego w umowie jako wypadek ubezpieczeniowy na okoliczność śmierci fundatora polisy. Nie można również wykluczyć śmierci samego dziecka w okresie ubezpieczenia. Wówczas opłacone składki zostają zwrócone przez towarzystwo ubezpieczeniowe.

Kolejnym ważnym aspektem ubezpieczeń posagowych w kontekście konieczności osiągnięcia pełnoletniości przez uposażonego jest przejęcie opłacania składek przez zakład ubezpieczeń w momencie śmierci lub utraty zdolności do uzyskiwania dochodu przez ubezpieczającego. Dlatego też w obliczu ryzyka braku opłacania składek, interes uposażonego jest zabezpieczony. Warto zauważyć, że głównym warunkiem otrzymania świadczenia z tytułu polisy jest dożycie przez dziecko wieku 18 lub 25 lat, co jest wysoce prawdopodobne. Można więc założyć, że przynajmniej ten wypadek ubezpieczeniowy zajdzie, dlatego też ryzyko z nim związane jest bardzo wysokie, co ma odzwierciedlenie w wysokości opłacanych składek. z tego powodu ubezpieczenia posagowe są jednymi z droższych produktów na polskim rynku. Część ryzyka zostaje jednak wyłączona z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, a zakres wyłączenia opisany jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które dotyczą wszystkich zawieranych polis danego typu.

Najczęściej towarzystwa ubezpieczeniowe umożliwiają sobie odmowę wypłaty odszkodowania w przypadku śmierci w czasie wojny, w wyniku aktów terroru czy w wyniku

samobójstwa, które nastąpiło w okresie krótszym niż określony w umowie¹⁷³¹⁷⁴¹⁷⁵. Oprócz tego, ubezpieczyciele wykluczają możliwość popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego oraz spowodowania wypadku w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających. Ponadto, regulaminy warunkują wyłączenie odpowiedzialności od przypadku gdy ubezpieczony, pomimo posiadania na ten temat wiedzy, podał we wniosku o zawarcie umowy niezgodne z prawdą informacje i oświadczenia istotne dla oceny ryzyka, o które ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy. Ubezpieczony nie powinien również uprawiać sportów, które zwiększają ryzyko poniesienia obrażeń lub utraty życia. Przytoczone przykłady występują w niemal identycznej formie w ogólnych warunkach ubezpieczenia wszystkich TU oferujących analizowany produkt.

Ubezpieczenia posagowe są produktami drogimi. Minimalne kwoty składek, przy założeniu rocznej wpłaty kształtują się na poziomie 1000-1100 zł^{176,177}, co jest kwotą dużo wyższą od składki przeciętnie opłacanej z tytułu umowy ubezpieczenia na życie, wynoszącej średnio 660 zł¹⁷⁸. Nie bez znaczenia pozostają również sumy ubezpieczenia, ponieważ w polisach posagowych, wnoszenie opłaty minimalnej pozwala na zgromadzenie kapitału w wysokości około 20 tys. zł. Kwota ta jest dużo niższa od tych występujących w polisach na życie. Wprawdzie ubezpieczenie na życie zabezpiecza na ogół przynajmniej dwie osoby (małżonków i dzieci), jednakże nawet po uwzględnieniu podziału na członków rodziny, świadczenie przypadające na jedną osobę jest wyższe. Zestawiając ten czynnik z wysokościami składek opłacanych w obu przypadkach oraz z faktem, iż ubezpieczenie posagowe zabezpiecza tylko jedno dziecko, a więc w wypadku posiadania większej liczby potomstwa należałoby zawrzeć osobne umowy na każde dziecko, zauważyć można, że polisa na życie wydaje się rozwiązaniem korzystniejszym z punktu widzenia domowego budżetu przeciętnego rodzica.

¹⁷³ *Ogólne Warunki Młodzieżowego Ubezpieczenia Absolwent*, (<https://www.aviva.pl>), data dostępu: 14.06.2016 r.

¹⁷⁴ *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG*, (<http://www.warta.pl/>), data dostępu: 14.06.2016 r.

¹⁷⁵ *PZU Start w Dorosłość Podstawowe informacje o ubezpieczeniu i ogólne warunki ubezpieczenia*, (<https://www.pzu.pl/>), data dostępu: 14.06.2016 r.

¹⁷⁶ *Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe - składki*, (<http://www.warta.pl>), data dostępu: 14.06.2016 r.

¹⁷⁷ *Podstawowe informacje dotyczące Młodzieżowego Ubezpieczenia Absolwent*, (<https://www.aviva.pl>), data dostępu: 14.06.2016 r.

¹⁷⁸ *Na Polaka przypada rocznie 660 zł składki wydanej na ubezpieczenie na życie*, (<https://www.rf.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Towarzystwa ubezpieczeniowe jako najpopularniejsze powody zawierania polis posagowych podają przyszłe wydatki związane z studiami wyższymi oraz ryzyko śmierci rodziców. Należy więc przeanalizować rzeczywistą sytuację związaną z tymi dwoma sytuacjami, zabezpieczenie społeczne w obu zakresach oraz inne możliwości zaspokojenia potrzeb związanych z możliwością ich wystąpienia.

7.3. Główne powody zawierania umów ubezpieczeń posagowych

Jednym z ważniejszych aspektów dorastania młodego człowieka w wieku do 25 lat jest edukacja. Obecne trendy na rynku pracy niejako wymuszają konieczność ukończenia studiów wyższych, aby móc starać się o dobrze płatną pracę. Nie jest to oczywiście regułą, jednak większość ofert pracy skierowanych jest do osób posiadających wykształcenie wyższe co najmniej pierwszego stopnia.

Polski system edukacji pozostaje jednym z najbardziej dostępnych, dzięki zapewnieniu bezpłatnego dostępu do szkolnictwa wyższego w odróżnieniu od niektórych wysokorozwiniętych państw Europy czy Stanów Zjednoczonych. Współczynnik skolaryzacji¹⁷⁹ dla Polski pozostaje na niezmiennie wysokim poziomie na przestrzeni lat.

Tabela 7.1. Współczynnik skolaryzacji netto w szkolnictwie wyższym

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Współczynnik skolaryzacji netto w szkolnictwie wyższym	38	38,8	39,7	40,6	40,9	40,8	40,6	40,2	38,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Składają się na to wspomniane wcześniej dwa czynniki: trendy rynku pracy oraz dostępność szkolnictwa wyższego. Brak konieczności wnoszenia opłat za studia dzienne na uczelniach publicznych umożliwia podjęcie nauki wszystkim maturzystom, a kwalifikacja na studia uwarunkowana jest wyłącznie ich dotychczasowymi wynikami w nauce. Dlatego też, można stwierdzić, iż studiowanie w Polsce, dzięki obecnej formie systemu szkolnictwa wyższego nie wiąże się z bezpośrednimi kosztami, jakie muszą ponosić zacy podejmując studia. Oczywiście, pozostają inne wydatki związane z okresem studiów, takie jak konieczność

¹⁷⁹ Tj., odsetek liczby osób uczących się w stosunku do całkowitej liczby ludności w danym przedziale wiekowym.

wyjazdu do innego miasta, wynajem mieszkania, podróże czy choćby materiały dydaktyczne, jednak niezależnie od formy studiów, dotyczą one wszystkich uczących się. Studia niestacjonarne oraz studia na uczelniach niepublicznych wiążą się z koniecznością opłaty czesnego, które zależnie od kierunku i uczelni, kształtuje się na różnym poziomie. Do najdroższych należą studia medyczne, na których opłata semestralna przekracza nawet 10 tysięcy złotych, natomiast najtańsze studia wiążą się z koniecznością wydania około 1500 złotych w semestrze¹⁸⁰. Pomimo dużej rozpiętości przytoczonych opłat, średnie opłaty w zależności od województwa i formy studiów kształtują się w przybliżeniu w przedziale 1700-2200 złotych za semestr na studiach stacjonarnych oraz 1550-2000 złotych za semestr na studiach niestacjonarnych¹⁸¹. Najdroższym województwem jest mazowieckie, natomiast do najtańszych należą podlaskie i podkarpackie. Dla porównania należy wspomnieć, że na świecie do najwyższych czesnych należą te płacone w Anglii, Stanach Zjednoczonych oraz Australii. Przeciętnie wynoszą one odpowiednio: 9000 USD, 8250 USD, 4500 USD za rok na uczelniach państwowych¹⁸². Trzeba jednak zaznaczyć, iż tamtejsze systemy edukacji posiadają bardzo rozwinięte programy stypendialne oraz programy pożyczek studenckich, których beneficjentami jest przeszło 80% studentów. W krajach Europy kontynentalnej beneficjentami jest poniżej 30% studentów, a czesne waha się od około 750 USD do ponad 1500 USD za rok.

Tabela 7.2. Liczba studentów ogółem w Polsce w latach 2010-2015

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba studentów	1 817 533	1 736 612	1 675 815	1 548 748	1 468 406	1 403 794

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Na przestrzeni lat liczba studentów oraz struktura w zależności od formy studiów zmieniała się. Z danych przedstawionych w tabeli 7.2. wynika, że liczba osób studiujących maleje z roku na rok, jednakże biorąc pod uwagę wskaźnik skolaryzacji netto, zauważyć należy, iż liczba osób studiujących do 24. roku życia nie zmienia się tak dynamicznie. Za spadek ogólnej

¹⁸⁰ *Bezpłatne studia - fakty i mity, raport na temat cen studiów w Polsce w roku 2009/2010*, Instytut Rozwoju Kapitału Intelktualnego im. Sokratesa, Warszawa, 2010, s. 11-13.

¹⁸¹ *Ibidem*, s. 16-17.

¹⁸² *Education at a Glance 2015 OECD Indicators*, (<http://www.oecd.org/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

liczby studentów można przyjąć skutki postępującego niżu demograficznego drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych XX. wieku.

Tabela 7.3. Liczba studentów studiów dziennych na uczelniach publicznych w Polsce w latach 2010-2015

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba studentów	835 895	858 039	885 963	859 774	850 733	838 212
Udział procentowy w ogólnej liczbie studentów	46%	49%	53%	56%	58%	60%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Tabela 7.4. Liczba studentów studiów zaocznych na uczelniach publicznych oraz studiów dziennych i zaocznych na uczelniach niepublicznych w Polsce w latach 2010-2015

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba studentów	981 638	878 573	789 852	688 974	617 673	565 582
Udział procentowy w ogólnej liczbie studentów	54%	51%	47%	44%	42%	40%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Tabela 7.3. oraz tabela 7.4. przedstawiają strukturę studentów ze względu na formę studiów: studia dzienne na uczelniach publicznych (studia bezpłatne) oraz studia zaoczne na uczelniach publicznych i studia dzienne i zaoczne na uczelniach niepublicznych (studia płatne) w Polsce. Zauważyć można tendencję do wzrostu udziału korzystających ze studiów finansowanych przez państwo w ogólnej liczbie osób studiujących. Począwszy od 2010 roku, kiedy więcej osób ponosiło koszty czesnego (54% wszystkich studiujących), do roku 2015, ilość osób studiujących w Polsce bezpłatnie wzrosła z 46% do 60%. Studia wyższe stają się więc coraz bardziej dostępne i korzysta z nich coraz więcej osób kontynuujących naukę po szkołach ponadgimnazjalnych.

Biorąc pod uwagę przytoczone dane statystyczne dotyczące współczynnika skolaryzacji netto w Polsce, ogólnej liczby studentów utrzymującej się na stabilnym poziomie oraz rosnącego udziału studiów bezpłatnych można stwierdzić, że szkolnictwo wyższe pozostaje dostępne dla młodzieży w Polsce. Ponadto, średnie koszty bezpośrednio związane ze studiami

(opłata czesnego) utrzymują się na relatywnie niskim poziomie w stosunku do innych krajów, gdzie edukacja jest w całości, bądź częściowo płatna. Jeżeli jednak wydatki przekraczałyby możliwości finansowe studenta, istnieje możliwość finansowania potrzeb generowanych przez kontynuowanie nauki na uczelniach wyższych w postaci preferencyjnego kredytu studenckiego, który zapewnia kredytobiorcy (studentowi) wypłatę transz w trakcie całego okresu nauki, a termin spłaty odroczony jest do momentu ukończenia studiów. Wnioskiem płynącym z przytoczonych powyżej argumentów jest to, że poza specyficznymi kierunkami studiów i uwarunkowaniami osobistymi studentów (miejsce zamieszkania, dochody i wydatki osobiste), studia w Polsce nie wiążą się z obciążeniem finansowym, które wymagałoby zaangażowania środków w wysokości przekraczającej możliwości przeciętnego studenta.

Kolejnym ryzykiem związanym z bezpieczeństwem finansowym młodego człowieka jest możliwość śmierci jednego lub obojga rodziców. Ta przykra okoliczność stanowi obciążenie nie tylko psychiczne, ale również w sposób nagły może pozbawić środków do życia dzieci, o których byt dbali dotąd opiekunowie. Młody człowiek, w wieku szkolnym nie jest w stanie podjąć pracy zarobkowej, a nierzadko charakter studiów również wyklucza możliwość wykonywania choćby dorywczej pracy. W takim wypadku, znajdujące się w niewątpliwie trudnej sytuacji życiowej dziecko zdane jest na opiekę najbliższej rodziny oraz zabezpieczenie wynikające z ubezpieczenia społecznego chroniącego je od ryzyka śmierci rodziców w postaci renty rodzinnej, przysługująca dzieciom, które straciły jedno lub oboje rodziców uprawnionych do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy. Uposażonymi w tym ubezpieczeniu społecznym są zarówno dzieci własne jak i dzieci drugiego małżonka oraz dzieci przysposobione. Prawo do korzystania ze świadczenia przysługuje dzieciom¹⁸³, które nie ukończyły 16. roku życia, nie ukończyły nauki w szkole a przekroczyły 16 lat (lecz nie dłużej niż do ukończenia 25. roku życia, chyba, że pozostają wtedy na ostatnim roku studiów w szkole wyższej) oraz dzieciom, które stały się całkowicie niezdolne do podjęcia pracy bez względu na wiek¹⁸⁴. O wysokości renty rodzinnej decyduje wysokość emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy zmarłej osoby. Renta wynosi 85% świadczenia, które przysługiwałoby

¹⁸³ W rzeczywistości renta rodzinna przysługuje również wdowom (lub wdowcom), wnukom, rodzeństwu oraz rodzicom zmarłego. Wówczas świadczenie przysługujące dzieciom osoby zmarłej ulega zmniejszeniu.

¹⁸⁴ Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.).

zmarłemu, jeżeli uprawniona jest jedna osoba. W przypadku dwóch osób uprawnionych świadczenie wynosi 90%, natomiast przy trzech i więcej osobach - 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu. W przypadku, gdy wszystkim uprawnionym członkom rodziny przysługuje jedna łączna renta rodzinna, jest ona dzielona w równych częściach między uprawnionych. Od dnia 1 marca 2016 roku, najniższe świadczenie z tytułu renty rodzinnej to kwota 882,60 złotych¹⁸⁵.

Kolejnym zabezpieczeniem na wypadek śmierci rodzica są ubezpieczenia na życie. Produkty te należą do grupy pierwszej działu i ubezpieczeń lub do grupy trzeciej tego samego działu, jeżeli związane są z funduszem kapitałowym. Stanowią zabezpieczenie finansowe dla bliskich na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej. W przeciwieństwie do polisy posagowej, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na życie można uposażyć nie tylko dziecko, dlatego w praktyce taki produkt może stanowić realne zabezpieczenie zarówno dla dzieci jak i małżonka. Suma ubezpieczenia na życie może wahać się od kilkudziesięciu do nawet miliona złotych. Najczęściej występującą wartością są kwoty z przedziału 200-300 tys. złotych, natomiast przeciętna składka płacona przez Polaków kształtuje się na poziomie około 660 złotych rocznie¹⁸⁶. Produkty te są najczęściej wybieranym rodzajem ubezpieczeń na życie, ponieważ około 80% ubezpieczających się Polaków, wybiera właśnie polisy grupy pierwszej lub trzeciej. Szczegółowe dane przedstawia tabela 7.5.

Tabela 7.5. Składki przypisane brutto grup pierwszej i trzeciej działu i w Polsce w latach 2011-2015

Rok	2011	2012	2013	2014	2015
Składka przypisana brutto grupy 1 (tys. zł)	16 836 401	19 391 342	13 139 310	10 623 169	8 847 955
Udział składki przypisanej brutto grupy 1 w składce przypisanej brutto ogółem	52,9%	53,3%	42,0%	37,1%	32,1%
Składka przypisana brutto grupy 3 (tys. zł)	10 307 486	12 048 250	13 051 541	12 599 625	12 996 499

¹⁸⁵ Kwoty najniższych gwarantowanych świadczeń emerytalno-rentowych, <http://www.zus.pl>, data dostępu: 16.06.2016 r.

¹⁸⁶ Na Polaka przypada rocznie 660 zł składki wydanej na ubezpieczenie na życie, <https://www.rf.gov.pl/>, Data dostępu: 05.07.2016 r.

Udział składki przypisanej brutto grupy 3 w składce przypisanej brutto ogółem	32,4%	33,1%	41,7%	44,0%	47,2%
Łączny udział obu grup w składce przypisanej brutto ogółem	85,3%	86,4%	83,7%	81,1%	79,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raporty Roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2015*, (<https://piu.org.pl>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Ponadto zauważyć można, iż Polacy z roku na rok decydują się częściej na ubezpieczenia powiązane z funduszem kapitałowym. Udział tych ubezpieczeń w sprzedaży polis na życie systematycznie rośnie. Spada natomiast udział tzw. ubezpieczeń czystych. Należy jednak zaznaczyć, iż często ubezpieczenie na życie jest, przy zawieraniu umowy kredytu, umożliwia obniżenie wysokości marży. Nie zmienia to jednak faktu, iż taki produkt wciąż jest pełnoprawnym zabezpieczeniem przed ryzykiem utraty członka rodziny i realizuje swoją funkcję ochronną.

7.4. Rynek ubezpieczeń posagowych w Polsce

W ostatnich latach rynek ubezpieczeń na życie w Polsce wykazuje wyraźną tendencję spadkową. W latach 2013-2015 wartość składki przypisanej brutto systematycznie malała; od ponad 14% w roku 2013 do 4% w roku 2015 w stosunku do lat poprzedzających. Dynamika zmian jest coraz mniejsza, a więc pomimo spadku, można zaobserwować dążenie do stabilizacji wartości składki przypisanej brutto dla działu I. Dokładne wartości oraz dynamika zmian została przedstawiona w tabeli 7.6.

Tabela 7.6. Składki przypisane brutto działu I w Polsce w latach 2011-2015

Rok	2011	2012	2013	2014	2015
Składka przypisana brutto w dziale I (tys. zł)	31 831 582	36 377 397	31 263 874	28 667 406	27 525 200
Dynamika r/r	-	114,3%	85,9%	91,7%	96,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raporty Roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2015*, (<https://piu.org.pl>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Należące do działu I ubezpieczenia posagowe stanowią obok ubezpieczeń rentowych (grupa 4.) najmniejszą grupę pod względem wartości składki przypisanej brutto. Lata 2012-2013 przyniosły spadek o odpowiednio 3% i 2,8%. Kolejne dwa lata charakteryzowały się

natomiast wzrostem wartości składki przypisanej brutto dla tej grupy ubezpieczeń na życie. W roku 2014 zanotowano wzrost na poziomie 1%, w roku 2015 było to już 2,3% w stosunku do okresu poprzedniego. Wartość nominalna nie powróciła jednak do poziomu z początku analizowanego okresu, kiedy to wyniosła 120 336 tys. złotych. Ponadto, porównując wyniki grupy 2. z wynikami odnotowanymi dla grupy 4., należy zauważyć iż dynamika zmian nie była tak wysoka jak dla ubezpieczeń rentowych, które począwszy za dynamiką dla lat 2013/2012 oraz 2014/2013 kształtowała się na poziomie 7,6%, natomiast w okresie 2015/2014 wyniosła 15,3%. Szczegółowe dane dotyczące składki przypisanej brutto dla ubezpieczeń grupy 2. działu i prezentuje tabela 7.7.

Tabela 7.7. Składki przypisane brutto grupy drugiej działu i w Polsce w latach 2011-2015

Rok	2011	2012	2013	2014	2015
Składka przypisana brutto grupy 2 (tys. zł)	120 336	116 746	113 458	114 609	117 260
Dynamika r/r	-	97,0%	97,2%	101,0%	102,3%
Udział w składce przypisanej brutto ogółem	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raporty Roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2015*, (<https://piu.org.pl>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Zauważyć można również, iż udział składki przypisanej brutto dla analizowanej grupy ubezpieczeń na życie kształtuje się na bardzo niskim, lecz stabilnym poziomie na przestrzeni lat i wynosi średnio 0,4%.

Kolejnym aspektem analizy sytuacji rynkowej ubezpieczeń posagowych jest wysokość wypłaconych odszkodowań i świadczeń oraz ich udział w całości wypłacanych środków. Zauważyć można, iż wartość nominalna pozostaje na stabilnym poziomie r/r i kształtuje się na poziomie 120 000 tys. złotych brutto. Lata 2012-2014 charakteryzowały się spadkiem wartości wypłacanych odszkodowań i świadczeń, natomiast okres 2015/2014 przyniósł relatywnie wysoki wzrost na poziomie ponad 3,5%. Udział środków wypłacanych w ramach ubezpieczeń posagowych pozostaje na bardzo niskim, aczkolwiek stabilnym poziomie i wynosi średnio 0,5% w latach 2011-2013 i 0,6% w latach 2014-2015. Dane szczegółowe ujęte zostały w tabeli 7.8.

Tabela 7.8. Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w tys. złotych wypłacone w grupie drugiej działu i w Polsce w latach 2011-2015

Rok	2011	2012	2013	2014	2015
Odszkodowania i świadczenia grupy 2 (tys. zł)	127 725	120 482	118 684	115 076	119 265
Dynamika r/r	-	94,3%	98,5%	97,0%	103,6%
Udział w odszkodowaniach i świadczeniach działu i ogółem	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raporty Roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2015*, (<https://piu.org.pl>), data dostępu: 05.07.2016 r.

7.5. Podsumowanie

Celem niniejszej pracy było ukazanie niedopasowania ubezpieczeń posagowych do realiów systemu społeczno-gospodarczego Polski oraz ich niższości w stosunku do alternatywnych ubezpieczeń na życie. Konieczne było omówienie związanych z tym zagadnień teoretycznych, dokonanie analizy najczęstszych potrzeb i ryzyk opisywanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe w swoich ofertach oraz odniesienie ich do rzeczywistej sytuacji w Polsce. Przedstawione uwarunkowania i analiza zagrożenia pozwoliły na potwierdzenie tezy postawionej na początku pracy. Wynikiem syntezy tych czynników jest zgromadzenie wiedzy umożliwiającej udzielenie odpowiedzi na postawione na początku pracy pytania. Najważniejszymi wnioskami płynącymi z przeprowadzonych badań są następujące spostrzeżenia:

1. Ubezpieczenie posagowe jest produktem, który ma za zadanie zabezpieczyć potrzeby finansowe dziecka w okresie wkraczania w wiek dorosły oraz na wypadek śmierci jednego lub obojga rodziców. Są one skierowane do rodziców chcących zapewnić swojemu potomstwu bezpieczeństwo oraz posiadających możliwość długoterminowego opłacania składek.
2. Ubezpieczenia posagowe niwelują ryzyko związane z wystąpieniem zwiększonego zapotrzebowania na środki pieniężne przez młodego człowieka, dzięki systematycznemu gromadzeniu kapitału. Mogą również zabezpieczać jego bieżące utrzymanie w przypadku śmierci rodziców lub utraty przez nich możliwości osiągnięcia dochodu poprzez przejęcie obowiązku opłacania składek i opcję rozszerzenia świadczenia o rentę.

-
3. System szkolnictwa wyższego w Polsce, oferujący powszechną i bezpłatną edukację, umożliwia podjęcie studiów bez względu na zasoby finansowe młodych ludzi, a ewentualne niedobory środków mogą zostać pokryte za pomocą dostępnego kredytu studenckiego. Polski system ubezpieczeń społecznych gwarantuje opiekę w razie śmierci rodziców za pośrednictwem świadczenia, jakim jest renta rodzinna wypłacana nawet do 25. roku życia. Alternatywą dla ubezpieczeń posagowych w zakresie ochrony przed śmiercią rodziców są ubezpieczenia na życie, które mogą zabezpieczać nie tylko dzieci. Ze względu na wysokość opłacanych składek i dużo wyższe sumy ubezpieczenia są produktami bardziej efektywnie zabezpieczającymi na wypadek śmierci członka rodziny.
 4. Ubezpieczenia posagowe stanowią marginalną część sprzedawanych ubezpieczeń na życie. Ich udział w rynku nie zmienia się na przestrzeni lat i pozostaje na ciągle niskim poziomie, wobec rosnącego zainteresowania innymi polisami. Stanowiąc najmniejszą grupę spośród oferty, wydają się być najmniej popularnym i poszukiwanym produktem, co spowodowane jest niedostosowaniem charakterystyki ubezpieczeń posagowych do realiów w Polsce.

Rozdział 8.

Bariery rozwoju Indywidualnych Kont Emerytalnych i Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego

Paulina Błażejewska, Żaneta Bogacka*

8.1. Wprowadzenie

Współcześnie obserwowanym zjawiskiem demograficznym w Polsce jest postępujący proces starzenia się ludności. Jest on konsekwencją nie tylko wydłużającego się przeciętnego trwania życia¹⁸⁷, ale również niskiej liczby urodzeń¹⁸⁸. Zgodnie z prognozami demograficznymi przedstawionymi w *The 2015 Ageing Report*¹⁸⁹ w latach 2013-2060 wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia wzrośnie odpowiednio w przypadku mężczyzn o 9,7 lat, a w odniesieniu do kobiet o 7,1 lat. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie aż do około 10 mln osób, co będzie stanowiło blisko 30% ogółu ludności¹⁹⁰. Obecnie wysokość emerytury w stosunku do ostatniej pensji wynosi 53%, a przewidywana stopa zastąpienia na rok 2050 to jedynie 31,2%¹⁹¹. Prognozy wysokości przyszłych świadczeń emerytalnych są niekorzystne i na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że emeryci odczuwają znaczną różnicę standardu życia w porównaniu z okresem aktywności zawodowej. Ponadto sytuacja ta może spowodować potrzebę dopłacania do minimalnych emerytur przez państwo, co będzie stanowiło znaczne obciążenie dla finansów publicznych¹⁹². W związku z tym problem badawczy niniejszej pracy może być przedstawiony w postaci następujących pytań: *Czy Polacy są zainteresowani gromadzeniem dodatkowych środków w ramach IKE oraz IKZE? Jaka jest*

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

¹⁸⁷ *The 2015 Ageing Report*, European Commission, 2015, s. 400, (www.europa.eu), data dostępu: 21.05.2016 r.

¹⁸⁸ *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski*, Główny Urząd Statystyczny, (www.stat.gov.pl), data dostępu: 26.05.2016 r.

¹⁸⁹ *The 2015...*, op. cit., s. 400.

¹⁹⁰ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, 2014, (www.stat.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r., s. 148-149.

¹⁹¹ *The 2015...*, op. cit., s. 359.

¹⁹² *Dodatkowy system emerytalny w Polsce - diagnoza i rekomendacje zmian*, Towarzystwo Ekonomistów Polskich, 2014, (www.researchgate.net), data dostępu: 21.05.2016, s. 18.

świadomość społeczeństwa polskiego na temat przyszłej emerytury? Jakie są postawy Polaków wobec indywidualnego gromadzenia oszczędności na przyszłą emeryturę? Czy wysokość wynagrodzenia w Polsce pozwala na dodatkowe oszczędzanie na starość? W ramach tak postawionych pytań zostały sformułowane hipotezy badawcze, zgodnie z którymi:

1. Z powodu braku świadomości odnośnie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego niewielki odsetek Polaków korzysta z Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego.
2. Jedną z głównych barier rozwoju kont działających w ramach III filara jest niski poziom wynagrodzeń w Polsce.

Aby zweryfikować powyższą hipotezę za główne cele opracowania przyjęto:

1. Charakterystykę kont działających w ramach III filara.
2. Analizę funkcjonowania Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego na polskim rynku.
3. Zidentyfikowanie i analiza barier ograniczających rozwój powyższych form zabezpieczenia emerytalnego.

Aby zrealizować powyższe cele badawcze w artykule dokonano analizy danych zawartych w raportach Komisji Nadzoru Finansowego, Głównego Urzędu Statystycznego, *Diagnozie Społecznej 2015* oraz w badaniu Fundacji Kronenberga przy Citi Handlowym. Charakterystyka oraz zasady funkcjonowania IKE oraz IKZE zostały przedstawione w oparciu o literaturę przedmiotu oraz ustawę z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.

8.2. Idea utworzenia Indywidualnego Konta Emerytalnego i Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego

Reforma emerytalna z 1999 roku zakładała, że przyszli emeryci powinni korzystać z III filara, aby powiększyć oszczędności gromadzone w ramach obowiązkowej części systemu emerytalnego. Obecność zróżnicowanych form zabezpieczenia wspiera w utrzymaniu korzystnych stóp zastąpienia¹⁹³. Zgodnie z tą myślą w 2004 roku utworzono Indywidualne

¹⁹³ T. Jedynek, *Charakterystyka systemu emerytalnego w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych*, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014, s. 67.

Konto Emerytalne, a w 2011 roku Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego. Są one dobrowolną, promowaną przez państwo formą zabezpieczenia emerytalnego, dającą możliwość powiększenia przyszłych wypłat z tytułu emerytury i utrzymania standardu życia zbliżonego do tego z okresu aktywnej działalności zawodowej¹⁹⁴. Każda osoba fizyczna, która ukończyła 16 rok życia, ma prawo do założenia konta IKE lub IKZE¹⁹⁵. Oszczędzający podejmuje indywidualną decyzję w jakiej instytucji finansowej planuje otworzyć swoje konto. Uprawnionymi instytucjami do prowadzenia tego typu rachunków są fundusze inwestycyjne, dobrowolne fundusze emerytalne, podmioty prowadzące działalność maklerską, zakłady ubezpieczeń oraz banki¹⁹⁶. Warunki zawarcia umowy z poszczególnymi instytucjami o prowadzenie IKE lub IKZE mogą różnić się kosztami, stopą zwrotu oraz ryzykiem na jaki będzie narażony kapitał, dlatego też kluczowy jest wybór podmiotu prowadzącego konto. Oszczędzający może posiadać tylko jedno konto IKE i jedno konto IKZE, ma natomiast prawo do zmiany instytucji. W takim przypadku dokonuje on wypłaty transferowej wszystkich zgromadzonych oszczędności. Posiadacz IKE jest uprawniony do przeniesienia środków na inne konto IKE lub PPE, a posiadacz IKZE wyłącznie na inne konto IKZE¹⁹⁷.

Źródłem finansowania wpłat na konto IKE i IKZE jest wyłącznie oszczędzający. Limit wpłat w roku kalendarzowym na IKE stanowi 3-krotność przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego (2016 r. - 12 165 zł), natomiast na IKZE jest to 1,2-krotność przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego (2016 r. - 4866 zł)¹⁹⁸. Na rys. 1 można zaobserwować jak zmieniały się limity na przestrzeni lat. Ich wielkość ma tendencję wzrostową, co wiąże się ze stałym wzrostem wynagrodzeń. W roku 2009 nastąpił duży wzrost, spowodowany zmianą ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych z dnia 20 kwietnia 2004 r. W tym czasie ustawodawca zwiększył limit wpłat z półtorakrotności do trzykrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego¹⁹⁹.

¹⁹⁴ *Ibidem*, s. 70.

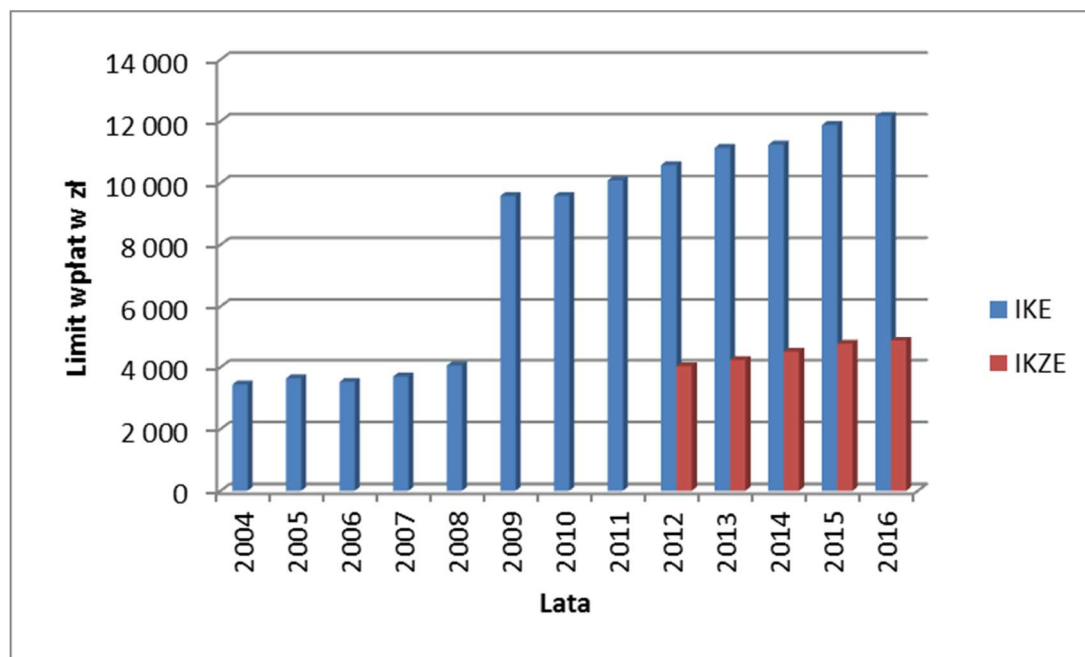
¹⁹⁵ Art. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. 2004 nr 116 poz. 1205 z późn. zm.).

¹⁹⁶ *Ibidem*, art. 8.

¹⁹⁷ T. Jedynek, *op. cit.*, s. 70-71.

¹⁹⁸ *Indywidualne konta emerytalne oraz indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego w 2015 roku*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2016, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r., s. 6.

¹⁹⁹ *Raport o rynku indywidualnych kont emerytalnych (IKE) za I półrocze 2009 r.*, Departament Pracowniczych Programów Emerytalnych, 2009, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r., s. 2.



Rysunek 8.1. Limit wpłat na IKE i IKZE w danym roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ibidem, s. 6.

Dodatkowo instytucja prowadząca dane konto może zastrzec w umowie minimalną liczbę wpłat, ich wysokość oraz częstotliwość²⁰⁰. Wypłata z konta IKE jest dokonywana na wniosek oszczędzającego pod warunkiem osiągnięcia 60 roku życia lub 55 roku życia przy nabyciu uprawnień do pobierania emerytury oraz uiszczenia wpłat w co najmniej 5 latach lub uiszczenia co najmniej połowy wpłat nie później niż 5 lat przed złożeniem wniosku²⁰¹. Wypłata z konta IKZE w porównaniu z kontem IKE różni się tym, że oszczędzający musi ukończyć 65 rok życia i wykazać dokonanie wpłat w minimum 5 latach kalendarzowych. Ponadto osoba korzystająca z IKZE jest zobowiązana do zapłaty zryczałtowanego podatku dochodowego w wysokości 10% przychodu. Zarówno w przypadku IKE, jak i IKZE, oszczędzający ma prawo zrealizować wypłatę w postaci ratalnej lub jednorazowej, jednak wiąże się to z uniemożliwieniem dokonywania dalszych wpłat oraz ponownej możliwości oszczędzania w

²⁰⁰ T. Jedynek, *op. cit.*, s. 71.

²⁰¹ K. Rubel, *Pracownicze programy emerytalne i indywidualne konta emerytalne*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, pod red. G. Szpor, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2011, s. 223.

ramach danego konta, co łączy się z utratą możliwości powiększania oszczędności przeznaczonych na emeryturę²⁰².

Zaletą posiadania konta w III filarze jest optymalizacja podatkowa. Przy IKE wiąże się ona ze zwolnieniem wypłaty zgromadzonych środków z podatku dochodowego od osób fizycznych, natomiast przy IKZE oszczędzający jest uprawniony do odpisania równowartości dokonanych wpłat od dochodu w składanym zeznaniu podatkowym. Prawo do odliczenia wpłat od podstawy opodatkowania mają osoby rozliczające się według stawki liniowej oraz osoby rozliczające się na zasadach ogólnych (18% i 32%)²⁰³. Dodatkowo zysk wypracowany poprzez inwestowanie środków zgromadzonych na danym koncie jest zwolniony z podatku od zysków kapitałowych (tzw. podatek Belki), który wynosi 19%. W przypadku śmierci oszczędzającego środki zgromadzone na koncie podlegają dziedziczeniu i są zwolnione z podatku od spadków i darowizn, a ich wypłata odbywa się na wniosek osoby uprawnionej po doręczeniu aktu zgonu lub prawomocnego postanowienia sądu o nabyciu spadku²⁰⁴. W ramach IKE wypłata ta jest zwolniona z podatku dochodowego i może zostać zrealizowana na konto IKE lub PPE osoby uprawnionej. Natomiast przy IKZE osoba uprawniona jest zobowiązana do zapłaty zryczałtowanego podatku dochodowego w stawce 10% i jest upoważniona do przeniesienia środków na swoje konto IKZE²⁰⁵.

Istnieje także możliwość wypowiedzenia umowy o IKE lub IKZE oraz wnioskowanie o zwrot środków. Wiąże się to jednak z naliczeniem podatku od zysków kapitałowych, a w przypadku IKZE także podatku od osób fizycznych. Ponadto w ramach IKE można wnioskować zarówno o częściowy zwrot jak i o zwrot całości środków, IKZE zastrzega zwrot wyłącznie całości zgromadzonych środków²⁰⁶.

²⁰² T. Jedynak, *op. cit.*, s. 72.

²⁰³ *Odliczenie wpłat na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKE)*, Krajowa Informacja podatkowa, 2016, (www.kip.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r., s. 1.

²⁰⁴ art. 34, ust 2. i art. 34a, ust 5. ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. 2004 nr 116 poz. 1205 z późn. zm.).

²⁰⁵ K. Bielawska, *Ubezpieczenia emerytalne*, [w:] *Ubezpieczenia*, pod red. M. Iwanicz-Drozdowskiej, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013, s. 313-315.

²⁰⁶ T. Jedynak, *op. cit.*, s. 72.

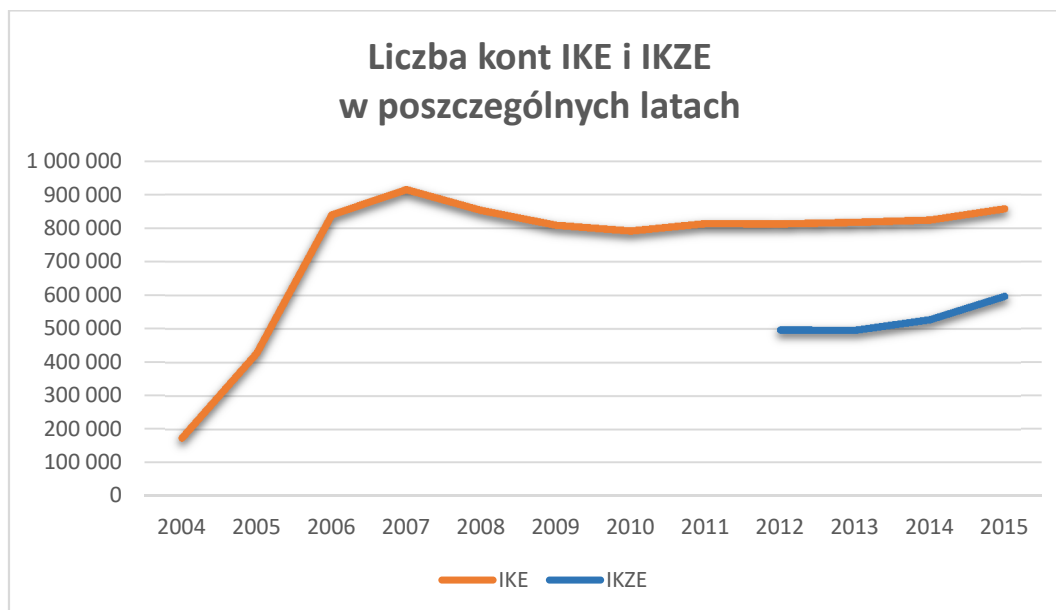
8.3. Funkcjonowanie Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego na polskim rynku

Z raportu Komisji Nadzoru Finansowego²⁰⁷ wynika, że w 2015 r. IKE były prowadzone przez zaledwie 50 instytucji finansowych, zaś IKZE przez 37, co stanowiło niewielki odsetek liczby uprawnionych podmiotów²⁰⁸. Na koniec 2015 r., Indywidualne Konta Emerytalne posiadało 858,7 tys. osób, natomiast Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego 597,6 tys. osób. Z tego wynika, że niewielka część liczby osób pracujących²⁰⁹ indywidualnie gromadzi kapitał na przyszłą emeryturę oszczędzając w ramach tych kont. W 2015 r. liczba funkcjonujących IKE, w stosunku do roku poprzedniego, zwiększyła się o 34,2 tys. kont, co jest wynikiem zarówno wzrostu liczby IKE wśród mężczyzn (o 17,6 tys. kont), jak i wśród kobiet (o 16,6 tys. kont). W 2015 r. utworzono o 17,1 tys. IKE więcej niż w roku 2014. Jest to pierwszy rok, w którym po kilku latach ciągłego zmniejszania się liczby nowo zakładanych IKE w stosunku do roku poprzedniego, nastąpił wzrost. W 2015 r. powstało 92,2 tys. IKZE i w związku z tym nastąpił wyraźny wzrost liczby utworzonych kont w stosunku do roku poprzedniego (o 28,7 tys. kont). Zmiany liczby funkcjonujących kont można zauważyć na przedstawionym poniżej rys. 2. Pomimo, że w 2015 r. liczba IKE wzrosła to nadal jest ich stosunkowo mało w porównaniu z okresem największej ich popularności w latach 2006-2007. Na zmniejszenie ich liczby w dużym stopniu wpłynął kryzys finansowy, w czasie którego bardzo duża część kont została zamknięta. Chociaż IKZE funkcjonuje na polskim rynku stosunkowo niedługo (od 4 lat) to z każdym rokiem przybywa nowych kont.

²⁰⁷ *Indywidualne...*, op. cit.

²⁰⁸ W Polsce działa: 27 zakładów ubezpieczeń na życie, 52 towarzystwa i fundusze inwestycyjne, 53 domy maklerskie oraz 12 banków prowadzących działalność maklerską, 38 banków komercyjnych oraz 561 banków spółdzielczych. *Ibidem*, s. 8.

²⁰⁹ Na koniec III kwartału 2015 r. liczba osób pracujących wynosiła około 16,3 mln. *Aktywność ekonomiczna ludności w Polsce III kwartał 2015 r.*, Główny Urząd Statystyczny 2016, (www.gus.gov.pl), data dostępu: 01.06.2016 r.



Rysunek 8.2. Liczba kont IKE i IKZE w poszczególnych latach

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Informacje liczbowe o rynku IKE za lata 2004 – 2015*, Komisja Nadzoru Finansowego, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 oraz *Informacje liczbowe o rynku IKZE za lata 2012-2015*, Komisja Nadzoru Finansowego, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016.

W 2015 r. najliczniejszą grupą wiekową posiadaczy IKE i IKZE były osoby w wieku 51-60 lat. Z kolei najmniej IKE funkcjonowało wśród osób w wieku do 30 lat. Liczba osób posiadających IKE w tym przedziale wiekowym w roku 2015 w stosunku do roku 2014 zmniejszyła się o 3,9 tys. kont. Jest to jedyna grupa wiekowa, w której od kilku lat obserwujemy tendencję spadkową liczby funkcjonujących kont, co może być związane z ogólnie panującym przekonaniem wśród młodych osób, że temat emerytury jest tematem odległym²¹⁰. Natomiast najmniej odsetek posiadaczy IKZE stanowią osoby powyżej 65 lat. Zdecydowana większość osób oszczędzających na emeryturę w ramach IKE lub IKZE w wieku do 30 lat wybiera IKZE. Może być to związane z korzyściami podatkowymi wynikającymi z posiadania tego rodzaju konta (możliwość odpisania wpłaty od podstawy opodatkowania). Z kolei w najstarszej grupie wiekowej, powyżej 60 lat, zdecydowanie przeważają Indywidualne Konta Emerytalne. W 2015 r. ponad połowa IKE (52,5%) należała do kobiet. Podobnie jak w przypadku IKE, IKZE również jest bardziej popularną formą oszczędzania na emeryturę wśród kobiet. Z analizy liczby IKE i IKZE ze względu na płeć wynika, że wśród osób posiadających te

²¹⁰ *Komentarz do badania Polacy o produktach długoterminowego oszczędzania*, Izba Zarządzających Funduszami i Aktywami, 2015, (www.izfa.pl), data dostępu: 27.05.2016 r.

konta w wieku do 40 lat dominują mężczyźni, a w przypadku IKZE taka sytuacja ma również miejsce w grupie wiekowej powyżej 60 lat. Z kolei w pozostałych kategoriach wiekowych przeważają kobiety, co można zauważyć w przedstawionej poniżej tabeli 8.1. Pomimo perspektywy niższej emerytury w przypadku kobiet, na co wpływ ma wiele czynników m. in. takich jak: krótszy staż pracy wynikający np. z urlopu macierzyńskiego czy też wychowawczego, co wiąże się z niższą kwotą wpłaconych składek emerytalnych, statystycznie niższe zarobki kobiet w porównaniu do zarobków mężczyzn, a także dłuższe przeciętne dalsze trwanie życia, liczba kont posiadanych przez kobiety i mężczyzn jest zbliżona.

Tabela 8.1. Liczba IKE i IKZE w roku 2015 z podziałem na płeć i kategorie wiekowe

Kategoria wiekowa	IKE			IKZE		
	kobiety	mężczyźni	razem	kobiety	mężczyźni	razem
do 30 lat	12 622	15 869	28 491	28 006	40 739	68 745
31-40 lat	85 506	96 119	181 625	73 666	83 373	157 039
41-50 lat	108 985	107 427	216 412	86 935	74 700	161 635
51-60 lat	133 796	108 878	242 674	93 118	72 987	166 105
powyżej 60 lat	107 492	82 031	189 523	21 287	22 749	44 036
Razem	448 401	410 324	858 725	303 012	294 548	597 560

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Indywidualne...*, op. cit., s. 8-18.

Wartość aktywów IKE w 2015 r. wynosiła prawie 5,7 mld zł, a w przypadku IKZE wielkość ta kształtowała się na poziomie 622 mln zł. W 2015 r. w porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich podmiotach uprawnionych do prowadzenia IKE i IKZE nastąpił wzrost wartości aktywów na kontach. W 2015 r. dokonano wpłat na 269,5 tys. IKE, których łączna wartość przekraczała 946 mln zł. oraz 142,8 tys. wpłat na IKZE o łącznej wartości prawie 369 mln zł. Z powyższych danych wynika, że mała część kont została zasilona środkami, a przeważającą część stanowią konta nieaktywne. Pokazuje to, że pomimo posiadania konta większość Polaków nie dokonuje wpłat i nie korzysta z możliwości gromadzenia kapitału na starość.

8.4. Bariery rozwoju kont indywidualnego gromadzenia kapitału na przyszłą emeryturę

Polacy mają możliwość gromadzenia dodatkowych środków na przyszłą emeryturę m. in. w ramach III filara. Jednakże zaledwie 21% osób pracujących deklaruje oszczędzanie z myślą o

emeryturze²¹¹. Przyczyny tak niskiego zainteresowania indywidualnym gromadzeniem kapitału są różnorakie i zaliczyć można do nich takie czynniki jak niska świadomość Polaków odnośnie wysokości przyszłych emerytur, nieznajomość zasad funkcjonowania IKE oraz IKZE, poziom zaufania do instytucji finansowych oraz wysokość wynagrodzeń.

Jednym z głównych powodów wpływających na fakt, że tak niewielki odsetek Polaków indywidualnie oszczędza na starość jest niska świadomość społeczeństwa o wysokości przyszłych świadczeń emerytalnych. Z ankiety przeprowadzonej przez Fundację Kronenberga przy Citi Handlowym w 2015 r. wynika, że blisko 45% respondentów błędnie szacuje wartość swojej przyszłej emerytury, twierdząc, iż będzie ona wyższa lub taka sama albo trochę niższa od obecnie otrzymywanego wynagrodzenia. Natomiast jedynie 30% uczestników badania jest świadomych wysokości swoich przyszłych świadczeń emerytalnych. Ponadto aż 13% respondentów nie zastanawia się nad swoją przyszłością po zakończeniu pracy²¹². Biorąc pod uwagę sytuację demograficzną i ekonomiczną kraju, Polacy błędnie szacują wielkość swojej przyszłej emerytury. Niezależnie od wysokości zarobków problem wysokości przyszłych świadczeń emerytalnych dotyczy wszystkich członków społeczeństwa. Zgodnie z prognozami stopa zastąpienia będzie wykazywała tendencję spadkową, w wyniku czego osoby przechodzące na emeryturę za około 40 lat otrzymają zaledwie 30% swojego ostatniego wynagrodzenia²¹³. Jednakże, pomimo niekorzystnych prognoz, zdecydowana większość Polaków w przypadku możliwości uzyskania dodatkowego wynagrodzenia ze strony pracodawcy wybrałaby ekwiwalent pieniężny, a nie dodatkowe środki na emeryturę²¹⁴. Polacy są zainteresowani tematem emerytury w niewielkim stopniu, gdyż perspektywa 20 czy 40 lat to bardzo odległy czas i w związku z tym zdecydowanie częściej gromadzą oszczędności jako rezerwę na sytuacje losowe²¹⁵.

Kolejnym powodem jest niski poziom zaufania Polaków do instytucji finansowych. Jest to kluczowy warunek powierzania swoich oszczędności innym podmiotom rynku finansowego. Pomimo że w 2015 r. nastąpił ogólny wzrost zaufania do tych instytucji, nadal dość duży

²¹¹ *Postawy Polaków wobec finansów*, badanie Fundacji Kronenberga przy Citi Handlowy, wrzesień 2015 r., (www.citibank.pl) data dostępu: 21.05.2016 r., s. 33.

²¹² *Ibidem*, s. 33.

²¹³ *The 2015...*, op. cit., s. 359.

²¹⁴ *III filar – recepta na wyższą emeryturę*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2010, s. 43 (www.piu.org.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.

²¹⁵ J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2015*, (www.diagnoza.com), data dostępu: 21.05.2016 r.

odsetek Polaków podtrzymuje brak ufności. Z *Diagnozy Społecznej 2015* wynika, że około 35% respondentów ufa towarzystwom ubezpieczeń na życie, a zaufanie do banków komercyjnych kształtuje się na najwyższym poziomie i wynosi 44%²¹⁶. W związku z tak niskim zaufaniem do instytucji finansowych największy odsetek gospodarstw domowych woli trzymać pieniądze w gotówce w domu, niż powierzyć je funduszom inwestycyjnym, czy też założyć jedno z kont w ramach III filara²¹⁷.

Ponadto poziom wiedzy większości Polaków na temat konstrukcji i zasad funkcjonowania Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego wydaje się wciąż niewystarczający. Z badań przeprowadzonych przez instytut Homo Homini wynika, że zdecydowana większość polskiego społeczeństwa nie rozróżnia tych dwóch kont. Jedynie około 18% Polaków zna zasady działania IKE, a tylko 3% potrafi wyjaśnić skrót IKZE²¹⁸. Pomimo znaczących zachęt podatkowych, m. in. brak podatku od zysków kapitałowych tzw. podatku Belki oraz podatku od spadków i darowizn, niewielka część społeczeństwa decyduje się na tę formę gromadzenia kapitału. Liczne akcje promocyjne IKE oraz IKZE organizowane przez różne instytucje nie przynoszą zadawalających rezultatów²¹⁹. W większym stopniu korzystamy ze znanych i przystępnych lokat bankowych. Może być to również związane z faktem, że wspomniane wyżej konta funkcjonują na polskim rynku stosunkowo niedługo (odpowiednio w przypadku IKE od 12 lat, natomiast IKZE od 4 lat) w porównaniu z innymi produktami oszczędnościowymi oferowanymi na rynku finansowym.

Znaczącym czynnikiem hamującym rozwój III filara jest niski poziom wynagrodzeń. W gospodarce z roku na rok obserwuje się poprawę wielkości dochodów, co obrazuje rys. 3. W 2015 roku w porównaniu z rokiem 2013 realny miesięczny dochód gospodarstwa domowego wzrósł o 11,1%, natomiast w przeliczeniu na jednostkę ekwiwalentną jest to wzrost rzędu 16%. W związku z tym średni miesięczny dochód na gospodarstwo domowe w 2015 roku wyniósł 3542zł, a w przeliczeniu na jednostkę ekwiwalentną 1806zł²²⁰. Wielkość ta wydaje się być

²¹⁶ *Ibidem*, s. 83.

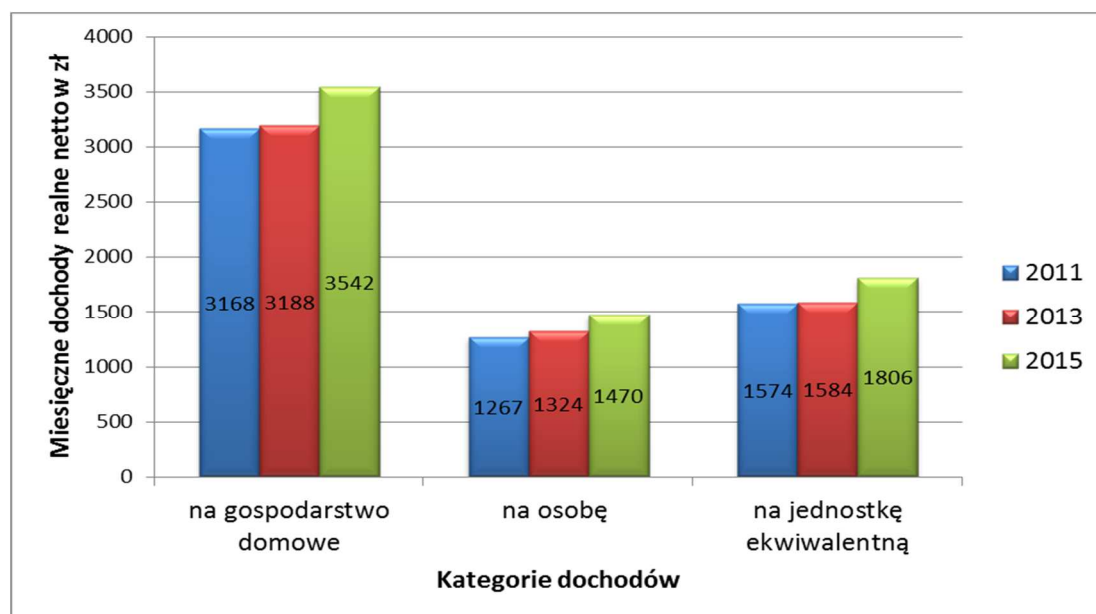
²¹⁷ *Ibidem*, s. 57.

²¹⁸ *Dla kogo IKE, dla kogo IKZE*, 2012, (www.forbes.pl), data dostępu: 23.05.2016 r.

²¹⁹ S. Kawalec, K. Błażuk, M. Kurek, *Jak mobilizować dodatkowe oszczędności emerytalne?*, Izba Gospodarcza Towarzystw Emerytalnych, Warszawa 2015, (www.igte.pl), data dostępu: 21.05.2016 r., s. 25.

²²⁰ J. Czapiński, T. Panek, *op. cit.*, s. 36-37.

wystarczająca, aby zapewnić osobie godne życie, jednak trzeba pamiętać, że jest to wynagrodzenie uśrednione.



Rysunek 8.3. Miesięczne dochody realne gospodarstw domowych na przestrzeni lat 2011-2015 w cenach z 2011 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Czapiński, T. Panek, *op. cit.*, s. 37.

Zgodnie z hipotezą dochodu absolutnego Keynesa, jeżeli gospodarstwo domowe zaspakaja swoje podstawowe potrzeby to wraz ze wzrostem dochodu zmniejsza się skłonność do konsumpcji, natomiast skłonność do oszczędzania wzrasta²²¹. Pomimo widocznej tendencji wzrostowej wynagrodzeń ludność wciąż nie zarabia wystarczająco, aby móc swobodnie oszczędzać. Według danych z *Diagnozy społecznej 2015* jest zaledwie 12,5% gospodarstw, którym wystarcza na wszystko i oszczędzają na przyszłość. Największą część stanowią gospodarstwa, które żyją skromnie, jest ich aż 60,5%²²². Muszą planować swoje wydatki z wyprzedzeniem, najczęściej jest to okres miesiąca (32%) lub pół roku (17%)²²³. W ostatnich latach o ponad 2 punkty procentowe spadł odsetek rodzin, które żyją na dostatecznym poziomie, podczas gdy liczba gospodarstw dodatkowo oszczędzających wzrosła o prawie 3 punkty procentowe²²⁴. Przy założeniu, że dochody będą w przyszłości wzrastać, ludność będzie

²²¹ Z. Dach, *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2015, s. 63.

²²² J. Czapiński, T. Panek, *op. cit.*, s. 43.

²²³ *Postawy...*, *op. cit.*, s. 15.

²²⁴ J. Czapiński, T. Panek, *op. cit.*, s. 43.

miała większą możliwość oszczędzania na starość. Jednakże, na ten czas dane pokazują, że rodziny żyjące oszczędnie są większością w polskiej gospodarce, a ich warunki życia determinuje oszczędne wydawanie zgromadzonych środków.

Posługując się podziałem ze względu na typ gospodarstw można efektywniej ocenić jak kształtują się dochody rodzin w Polsce. Gospodarstwa domowe nierodzinne wieloosobowe otrzymują dochody rzędu średnio 1948,26 zł, małżeństwa wielodzietne 4944,31 zł, a rodziny niepełne 2940,53 zł. Jak podaje *Diagnoza społeczna 2015* były to najniższe wartości w przeliczeniu na jednostki ekwiwalentne (odpowiednio 1539 zł, 1590 zł i 1548 zł). Dużo lepiej prezentuje się sytuacja małżeństw bezdzietnych, a także z jednym lub dwojgiem dzieci. Otrzymują one dochody rzędu średnio 3872,35 zł, pary z jednym dzieckiem 4697,54 zł, z dwójką dzieci 4833,63 zł. W przeszacowaniu ekwiwalentnym daje to wartości odpowiednio 2276 zł, 2136 zł i 1841 zł na jednostkę²²⁵. Posługując się tym podziałem wykazano zróżnicowaną skłonność gospodarstw do odkładania środków w ramach III filara. Rodziny z dziećmi posiadają większe zasoby pieniężne od gospodarstw nierodzinnych, dzięki temu prawdopodobieństwo²²⁶ ich oszczędzania na starość wzrasta o 44%. W przypadku małżeństw bez potomstwa szanse te są o 86% wyższe²²⁷, na co w dużym stopniu wpływa m. in. brak konieczności gromadzenia środków na zabezpieczenie przyszłości dzieci.

8.5. Podsumowanie

W polskim systemie emerytalnym od 2004 roku istnieje możliwość dodatkowego oszczędzania na IKE, a od 2012 roku na IKZE. Instrumenty te zostały stworzone z myślą wypełnienia zwiększającej się z każdym rokiem luki emerytalnej. Jednakże, jest wiele czynników hamujących rozwój wyżej wymienionych produktów. W nawiązaniu do postawionych we wstępie problemów badawczych, w wyniku przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że od czasu powstania powyższe konta nie zyskały dużej popularności na polskim rynku i są wykorzystywane na niewielką skalę. Świadomość Polaków na temat

²²⁵ *Ibidem*, s. 37-38.

²²⁶ Więcej na temat metodyki określania prawdopodobieństwa oszczędzania przez gospodarstwa domowe na emeryturę w: J. Dębska, P. Krasuski, *Analiza czynników wpływających na prawdopodobieństwo oszczędzania w III filarze systemu emerytalnego w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach 2014.

²²⁷ *Ibidem*, s. 188.

przyszłej emerytury jest nieadekwatna do prognoz ekonomicznych i demograficznych kraju. Poza tym ze względu na mały poziom wiedzy na temat tych instrumentów społeczeństwo preferuje bardziej powszechne formy oszczędzania jak np. lokaty bankowe. Co ważniejsze wysokość zarobków Polaków utrudnia swobodne oszczędzanie. Pomimo utrzymującej się tendencji wzrostowej wysokości wynagrodzeń, Polacy przeznaczają swoje dochody na konsumpcję, zamiast na oszczędności. W związku z tym, nie ma podstaw do odrzucenia przyjętych we wstępie hipotez badawczych zgodnie, z którymi z powodu braku świadomości odnośnie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego niewielki odsetek Polaków korzysta z Indywidualnych Kont Emerytalnych oraz Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego, a jedną z głównych barier rozwoju tych kont jest niski poziom wynagrodzeń w Polsce. Jednakże o przyszłości warto pomyśleć na początku kariery zawodowej, gdyż odkładanie nawet niewielkich kwot przez dłuższy czas pozwoli wypracować znaczne środki na starość²²⁸. Korzystanie z dodatkowej części systemu emerytalnego jest kluczowym warunkiem, który daje możliwość oszczędzającym utrzymanie standardu życia po przejściu na emeryturę na poziomie podobnym do okresu ich aktywności zawodowej.

²²⁸ *Pomyśl o swojej emeryturze*, Komisja Nadzoru Finansowego 2012, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 01.06.2016 r., s. 17.

Rozdział 9.

Porównanie polskiego systemu emerytalnego z systemem emerytalnym Szwecji

Magdalena Kiełbowska, Dorota Koźlak*

9.1. Wprowadzenie

Głównym zadaniem polityki społecznej współczesnego państwa jest zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Aby zrealizować powyższy cel stosuje się instrumenty zabezpieczenia społecznego. Kluczową funkcją takich instrumentów jest zapewnienie określonego poziomu bezpieczeństwa socjalnego poprzez działania mające na celu zmniejszenie oraz rekompensowanie konsekwencji zaistniałego ryzyka socjalnego uznanego jako zdarzenie powodujące stratę dochodów tudzież ich zmniejszenie²²⁹. Zabezpieczeniem społecznym nazywamy wszystkie środki oraz publiczne działania umożliwiające społeczeństwu ochronę swoich obywateli przed zagrożeniem niemożności zaspokojenia fundamentalnych potrzeb uznawanych za kluczowe²³⁰. W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka zostało sformułowane prawo do zabezpieczenia społecznego, które uchwalono przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1948 roku. W dokumencie tym znajduje się zapis mówiący o tym, iż „każda jednostka ludzka jako członek społeczeństwa ma prawo do zabezpieczenia w przypadkach bezrobocia, choroby, inwalidztwa, wdowieństwa, starości oraz w innych przypadkach utraty środków utrzymania z przyczyn niezawinionych”.

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

²²⁹ M. Bednarz, M. Orłowska-Bednarz, *Zabezpieczenie społeczne jako forma warunków życia*, [w:] *Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych. T. pod red. J. Sługockiego*, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2012, s. 55.

²³⁰ G. Szpor, *System ubezpieczeń społecznych*, LexisNexis, Warszawa 2013, s. 13.

Zgodnie z międzynarodowymi standardami oraz zaleceniami, zabezpieczenie społeczne uznaje się za podstawowe prawo socjalne każdego człowieka²³¹.

Celem tego opracowania jest przybliżenie problemów współczesnego polskiego systemu emerytalnego, a także analiza wprowadzonych rozwiązań i próba porównania ich z rozwiązaniami istniejącymi w szwedzkim systemie emerytalnym.

9.2. Definicja systemu emerytalnego

Zabezpieczenie społeczne obejmuje swoim zakresem bardzo szeroki zasób instrumentów mających zapewnić bezpieczeństwo socjalne. Jednym z nich jest system ubezpieczeń społecznych, do którego należy system emerytalny.

Nie występuje jedna powszechnie przyjęta definicja systemu emerytalnego. Jedna z nich definiuje system emerytalny jako „istniejące rozwiązania instytucjonalne zmierzające – na ogół poprzez ustanowienie zasad gromadzenia oszczędności emerytalnych oraz dokonywania wypłat świadczeń emerytalnych – do zapewnienia uczestnikom systemu niezarobkowych odpowiednich środków utrzymania na okres starości”²³². Natomiast według innej definicji jest to „ogół zinstytucjonalizowanych źródeł zabezpieczenia dochodów na okres starości”²³³. Definicja ta została sformułowana przez M. Żukowskiego i ważnym jej aspektem jest fakt, iż system emerytalny ma charakter pieniężny, a nie materialny.

Istotą zabezpieczenia emerytalnego jest możliwość zaspokojenia potrzeb ekonomicznych i psychologicznych. W pierwszym aspekcie ważne jest realne świadczenie pieniężne, jakie otrzymają beneficjenci. Drugi natomiast odnosi się do poczucia bezpieczeństwa, które jest zaspokajane poprzez świadomość posiadania środków, będących zabezpieczeniem w momencie zaniechania aktywności zawodowej²³⁴.

²³¹ Zob. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r., Europejska Karta Społeczna z 1961 r. oraz Zrewidowana Europejska Karta Społeczna z 1996 r., Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego z 1964 r., Konwencja 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1952 r.

²³²T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005, s. 243.

²³³ M. Żukowski, *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem*, „Zeszyty Naukowe” AE, z. 151, AE w Poznaniu, Poznań 1997, s. 17.

²³⁴ J. Rutecka, *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012, s. 32.

9.3. System emerytalny Polski

Polski system ubezpieczeń społecznych obejmuje ubezpieczenia:

- emerytalne,
- rentowe,
- zdrowotne,
- chorobowe i z tytułu macierzyństwa,
- z tytułu wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych.

Dodatkowo do zabezpieczenia społecznego zalicza się także system świadczeń rodzinnych, świadczeń z tytułu bezrobocia oraz pomocy społecznej.

System ubezpieczeń społecznych obejmuje zarówno osoby prowadzące działalność zawodową, a więc pracowników najemnych, osoby prowadzące działalność gospodarczą, a także członków ich rodzin.

Do wszystkich wykonujących pracę najemną, czyli pracowników najemnych, rolników, a także osób pracujących na własny rachunek, stosuje się obowiązkowe ubezpieczenia. Te osoby powinny zostać zgłoszone do systemu ubezpieczenia społecznego poprzez płatnika, czyli pracodawcę lub osoby, których to się tyczy, czyli zarządzających własną działalnością oraz duchowieństwa.

Ogólna organizacja powszechnego systemu społecznego w aspekcie prawnym, finansowym oraz administracyjnym jest uzależniona od:

- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz jego oddziałów regionalnych,
- regionalnych oddziałów funduszu zdrowia,
- regionalnych ośrodków polityki społecznej gwarantujących świadczenia rodzinne,
- regionalnych oraz lokalnych urzędów pracy rękujących świadczenia z tytułu bezrobocia,
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Natomiast systemem opieki zdrowotnej zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, a także lokalne jego oddziały.

Administrowaniem powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który jest odpowiedzialny za pobieranie składek na ubezpieczenia: emerytalne, także odpowiada za wypłatę świadczeń.

Obecnie system emerytalny w Polsce opiera się na trzech filarach, tj:

1. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, zarządzany przez ZUS
2. Otwarte Fundusze Emerytalne oraz Subkonto ZUS
3. Indywidualne Konto Emerytalne (IKE), Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE) oraz Pracowniczy Program Emerytalny(PPE)

Pierwszy wymieniony powyżej filar jest obowiązkowy, II i III filar jest dobrowolny, jednakże do OFE muszą należeć osoby urodzone po 1968 roku, natomiast III filar związany jest z ulgami podatkowymi z tytułu odkładanych w nim środków. Funkcjonowanie pierwszego filara bazuje na tzw. zasadzie nominalnie zdefiniowanej składki, oznaczającej, iż świadczenia są wypłacane emerytom z bieżąco płaconych składek przez osoby ubezpieczone. Pierwszy filar opiera się na Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, który jest zarządzany przez ZUS.

Drugi filar stanowią Otwarte Fundusze Emerytalne, które są prowadzone, zarządzane i administrowane przez Powszechne Towarzystwa Emerytalne. Składki, które są wpłacane w II filarze są zwolnione z podatku dochodowego oraz są częściowo dziedziczone. Otwarte Fundusze Emerytalne zalicza się do kapitałowej części systemu emerytalnego. Alokowana część składki członków OFE jest inwestowana i pomnażana przez fundusz, a wielkość udziałów ubezpieczonego w aktywach funduszu wyrażają jednostki uczestnictwa²³⁵.

Istotnym jest także fakt, iż w przypadku, gdy emeryt umrze w ciągu pierwszych trzech lat pobierania emerytury to osoba wskazana, tzw. uposażona, zyskuje prawo do wypłaty gwarantowanej, która jest definiowana jako różnica pomiędzy kwotą nagromadzoną na subkoncie, a iloczynem ilości pełnych miesięcy, które minęły od początku pierwszego miesiąca, w którym emerytura została wypłacona po raz pierwszy, do końca miesiąca, w którym wystąpiła śmierć, a także trzydziestej siódmej części kwoty, która została zewidencjonowana na tym subkoncie.

Trzeci filar cechuje się uzupełniającym charakterem, gdyż dzięki temu filarowi możemy dobrowolnie odkładać dodatkowe kwoty. W trzecim filarze możemy rozróżnić Pracownicze Programy Emerytalne, znane pod skrótem PPE, Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) oraz Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE). Obecnie gromadzenie oszczędności

²³⁵ M. Polakowski, *System emerytalny z perspektywy płci., Solidarność i godne życie*, Heinrich Böll Stiftung, Warszawa 2014, s. 7-8.

w III filarze nie jest popularne, co powoduje, iż wysokość odłożonych tam środków nie wystarcza, by znacząco powiększyć przyszłe emerytury.

Od 1 stycznia 1999 roku w Polsce została wprowadzona reforma i zaczął funkcjonować nowy system emerytalny, który opierał się na zreformowanym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz otwartych funduszach emerytalnych. Zmiany, które zostały wprowadzone nie dotyczyły wszystkich ubezpieczonych osób w taki sam sposób. Spowodowane to było dużą wielkością wprowadzanych reform oraz kosztami zmian. Składka, która dotychczas była przeznaczona na wypłatę bieżących emerytur została podzielona na dwie części, co skutkowało ubytkiem środków w ZUS. Państwo musiało zadłużyć się, aby zrekompensować składki przekazywanej do OFE i aby emerytury zostały wypłacone²³⁶. Zostało także przyjęte, iż reguły oraz zasady przydzielania świadczeń nie powinny być modyfikowane dla osób, które przez długi okres czasu stosowały się do starych wymogów.

Z tego powodu wszyscy ubezpieczeni zostali rozdzieleni na grupy według ich daty urodzenia. Pierwszą grupę stanowią ubezpieczeni, którzy urodzili się przed dniem 1 stycznia 1949 roku i przynajmniej im emeryturę bazując na zasadach obowiązujących przed reformą, czyli przed 1 stycznia 1999 roku. Drugą grupę stanowią osoby urodzone po 31 grudnia 1948 roku, a przed 1 stycznia 1969 roku, których obejmują nowe zasady systemu emerytalnego (z pewnymi wyjątkami). Kolejną grupą dotyczy osób urodzonych po 31 grudnia 1968 roku, których obejmują reguły nowego systemu emerytalnego²³⁷.

Stare zasady dotyczące pierwszej wymienionej powyżej grupy bazowały na repartycyjnym systemie emerytalnym o zdefiniowanym świadczeniu. Osoby starsze miały zostać utrzymywane w głównej mierze ze składek aktualnie pracujących. Uwzględniając fakt, iż liczbę urodzeń charakteryzuje tendencja spadkowa, można stwierdzić, iż liczba osób pracujących, a zarazem płacących składki również będzie się regularnie zmniejszać. W systemie zdefiniowanego świadczenia wielkość emerytury była zależna od wysokości wynagrodzenia z wybranych lat kariery zawodowej, średniej płacy w Polsce, a także okresu podlegania ubezpieczeniom. Stare zasady systemu emerytalnego dawały możliwość wcześniejszego

²³⁶ *Reforma systemu z 1999 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/reforma-systemu-1999/>), data dostępu: 30.06.2016 r.

²³⁷ *System emerytalny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://www.mpips.gov.pl/ubezpieczenia-spoleczne/ubezpieczenie-emerytalne/system-emerytalny/>) dostęp: 30.06.2016 r.

przejścia na emeryturę. Mimo, iż obowiązywał wiek emerytalny 60 lat dla kobiet, a dla mężczyzn 65, to efektywny wiek był około 5 lat niższy. Opisany system był często poddawany krytyce i był uznawany jako kosztowny oraz niesprawiedliwy.

Kolejna reforma, przeprowadzona w 2014 roku miała na celu zagwarantowanie stabilności finansowej systemu oraz utrzymanie jego wypłacalności pomimo starzenia się społeczeństwa. Uchwalona w 2014 roku ustawa znacząco modyfikowała funkcjonowanie systemu emerytalnego, a także wprowadzała zasady dotyczące wypłaty świadczeń ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych (OFE). Najistotniejszymi wprowadzonymi zmianami było:

- zmniejszenie środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych poprzez przekazanie ich do ZUS,
- zmiana wysokości składki emerytalnej, która była przekazywana do funduszy,
- dobrowolność drugiego filaru,
- korekta limitów inwestycyjnych stosowanych do działalności OFE.

Kluczowe jest także przeliczenie wysokości świadczenia w momencie przejścia na emeryturę. Zgodnie z reformą wysokość emerytury jest obliczana według ilorazu sumy zwaloryzowanych składek (w przypadku osób, które rozpoczęły pracę przed 1999 roku – powiększonego o kapitał początkowy) i średniego dalszego trwania życia w czasie przejścia na emeryturę, które jest corocznie publikowane w formie tablic trwania życia, przez Główny Urząd Statystyczny. Natomiast waloryzacja jest sumą dwóch wskaźników – inflacji oraz minimum 20 procent wzrostu wynagrodzeń. Niestety system ten działa sprawnie tylko i wyłącznie w przypadku, gdy składki pracowników wpływają w wysokości, która wystarcza na wypłatę świadczeń dla emerytów.

Natomiast składka emerytalna jest jednakowa dla wszystkich i wynosi ona 19,52% wysokości wynagrodzenia brutto. Należy podkreślić, iż podstawa wymiaru może być zróżnicowana dla grup ubezpieczonych, gdyż dla pracowników i osób, które wykonują umowę-zlecenie podstawę wymiaru składek stanowi przychód w rozumieniu przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. W przypadku przedsiębiorców wysokość składki

także kształtuje się na poziomie 19,52%, jednakże minimalną podstawą jest 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w narodowej gospodarce²³⁸.

Jednakże stopa składki nie jest jednak najistotniejszym wyznacznikiem wysokości części kapitałowej. Kluczowym aspektem jest wielkość środków, które zostały nagromadzone w funduszach, a także charakter uczestnictwa. Ostatnio wprowadzane zmiany zniósł obowiązkowość członkostwa w otwartych funduszach emerytalnych. Oznacza to, że ubezpieczony ma możliwość wyboru czy chce, aby część składki emerytalnej (2,92% wynagrodzenia) została przekazana do otwartych funduszy emerytalnych czy też na subkoncie w ZUS. Warty podkreślenia jest również fakt, iż osoby, które nie podejmą żadnej decyzji, zostaną automatycznie "zapisane" do ZUS.

Dodatkowo zmieniony został system wypłaty emerytur, który obecnie w całości jest obsługiwany poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a świadczenia są opłacane z funduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych²³⁹. Przeprowadzone zostały również modyfikacje w uzupełniającej części systemu, w ramach której wprowadzono nowe limity wpłat na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE)²⁴⁰, a także preferencyjne opodatkowanie wypłat z tych kont.

Od 2013 roku następuje stopniowe podwyższanie wieku emerytalnego do 67. roku życia dla kobiet i mężczyzn. Docelowy wiek emerytalny zostanie osiągnięty w 2040 roku dla kobiet oraz w 2020 dla mężczyzn. Nowe zasady głosiły, iż wysokość emerytury wypłacanej po osiągnięciu 67. roku życia będzie zależna od sumy składek, które zostały odprowadzone przez ubezpieczonego. Składki są ewidencjonowane w:

- systemie repartycyjnym ZUS i podlegają waloryzacji,
- kapitałowym OFE, gdzie wartość środków zależy od wartości instrumentów finansowych, w które zostały ulokowane.

Ubezpieczeni będą mieli możliwość otrzymania emerytury częściowej w przypadku:

⁸ *Emerytura z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i okresowa emerytura kapitałowa*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/podstawowe-informacje-system-emerytalny/>), dostęp 30.06.2016 r.

²³⁹ J. Rutecka, *System emerytalny po zmianach od 2014 roku*, Dwumiesięcznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka, styczeń-luty 2014., s. 2.

²⁴⁰ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. 2004 nr 116 poz. 1205 z późn. zm.).

- kobiet, które osiągnęły wiek 62 lat, a równocześnie posiada minimum 35-letni staż ubezpieczeniowy,
- mężczyzna, który ukończył wiek 65 lat, przy minimalnym 40-letnim stażu ubezpieczeniowym.

Wysokość otrzymanej częściowej emerytury jest równa 50% emerytury, wyliczanej na dzień ustalenia prawa do częściowej emerytury. Jednakże trzeba pamiętać, iż korzystanie z emerytury częściowej będzie wpływało na wysokość emerytury, która zostanie wypłacona po 67. roku życia²⁴¹.

W systemie emerytalnym istotna jest także stopa zastąpienia, czyli stosunek wartości łącznych świadczeń emerytalnych do wynagrodzenia otrzymanego przed przejściem na emeryturę. Wyróżnia się indywidualną stopę zastąpienia, liczoną jako stosunek wysokości pierwszej emerytury do ostatniego wynagrodzenia oraz ogólną stopę zastąpienia, czyli relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia. Obecna stopa zastąpienia wynosi około 50%, jednakże symulacje emerytalne przeprowadzone przez ZUS wskazują, iż nasze emerytury znacznie obniżą się w relacji do ostatniego wynagrodzenia niezależnie od wariantu przebiegu kariery zawodowej. Na wartość stopy zastąpienia mają wpływ dwa czynniki: wysokość składki płaconej przez pracujących oraz stopa obciążenia systemu emerytalnego, czyli stosunek liczby osób otrzymujących emeryturę do liczby osób płacących składki emerytalne.

9.4. System emerytalny Szwecji

Powszechny system zabezpieczenia społecznego w Szwecji składa się z następujących działań:

- ubezpieczenie zdrowotne,
- świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
- świadczenia z tytułu inwalidztwa,
- emerytury i renty rodzinne,
- ubezpieczenie od utraty pracy,

²⁴¹ *Wiek emerytalny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/wiek-emerytalny/>), dostęp: 30.06.2016 r.

- świadczenia rodzinne i ubezpieczenie rodzicielskie.

Szwedzki system zabezpieczenia społecznego obejmuje wszystkie osoby zamieszkujące w Szwecji lub w niej pracujące. Za osobę mieszkającą w Szwecji, uznaje się kogoś, kogo długość pobytu wynosi przynajmniej rok. Za osoby mieszkające w Szwecji uznaje się także osoby, które stale podróżują za granicę, ale ich pobyt tam nie przekracza roku. Aby korzystać z systemu socjalnego, nie trzeba być obywatelem Szwecji. Ponieważ system szwedzki opiera się na zasadzie ubezpieczenia państwowego, nie występuje rozróżnienie na pracowników najemnych i osoby prowadzące własną działalność, które także korzystają z zabezpieczenia socjalnego w ramach systemu powszechnego.

Dysponowaniem ubezpieczeniami społecznymi zajmuje się szwedzka kasa ubezpieczenia społecznego (Försäkringskassan) i szwedzki zakład emerytalny (Pensionsmyndigheten), który zarządza wypłacaniem tylko emerytur i rent rodzinnych. Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe są odejmowane od wynagrodzenia i odprowadzane bezpośrednio do organów podatkowych²⁴².

Od 1 stycznia 1994 roku w Szwecji obowiązuje nowy system emerytalny:

- osoby urodzone w 1937 roku lub wcześniej są całkowicie objęte starym systemem,
- osoby urodzone w 1938 roku są objęte w 4/20 nowym i w 16/20 starym systemem,
- osoby urodzone w 1939 roku są objęte w 5/20 nowym i w 15/20 starym systemem,
- osoby urodzone w 1953 roku są objęte w 19/20 nowym i w 1/20 starym systemem,
- osoby urodzone w 1954 roku lub później są całkowicie objęte nowym systemem.

Na ochronę emerytalną w Szwecji składają się dwa systemy. Pierwszy rodzaj to emerytura gwarantowana, która przysługuje każdemu, kto zamieszkuje w Szwecji. Jest to świadczenie minimalne dla tych osób, które nie mają odpowiednio długiego stażu pracy, aby otrzymać emeryturę uzależnioną od dochodów. Przy emeryturze gwarantowanej nie występuje, więc rozróżnienie na pracowników najemnych i prowadzących własną działalność²⁴³.

Drugi rodzaj świadczenia to emerytura uzależniona od dochodów. Jest to dodatkowa emerytura, która opiera się na działalności zarobkowej, prowadzonej od 16. roku życia i jest dostępna dla pracowników najemnych i prowadzących własną działalność. Oblicza się ją na

²⁴² *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne. Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Szwecji*, Komisja Europejska, 2012, s. 5-6.

²⁴³ J. Poteraj, *Systemy emerytalne w Europie. Przypadek Szwecji*, „Współczesna Ekonomia” 2008, nr 2, s. 27.

podstawie dochodów uzyskanych w przeciągu całego życia zawodowego ubezpieczonego. Składka kwalifikująca stanowi 18,5% dochodów bazowych w każdym roku. Emerytury uzależnione od dochodów można podzielić na finansowane na zasadzie repartycyjnej i finansowane z kontami indywidualnymi. Do pierwszej grupy należą emerytury uzależnione od dochodów i emerytury uzupełniające uzależnione od dochodów, a do drugiej emerytury składkowe. Również każda z osób urodzonych w latach 1938-1953 może pobierać tzw. emeryturę uzupełniającą, czyli świadczenie obliczane zgodnie z przepisami starego systemu emerytalnego. Prawo do emerytury uzależnionej od dochodów otrzymuje każdy, kto pracował w Szwecji i nabył prawa do pobierania emerytury, niezależnie od miejsca swojego zamieszkania.

Na fundusz emerytalny składają się składki potrącane od dochodów podlegających opodatkowaniu i świadczeń zabezpieczenia społecznego. Do dochodów dających prawo do pobierania emerytur należą dochód z pracy najemnej oraz dochód z własnej działalności. Z kolei do świadczeń zabezpieczenia społecznego należą dodatki chorobowe uzależnione od dochodów lub inne świadczenia tj. świadczenie z tytułu choroby czy świadczenie z tytułu bezrobocia²⁴⁴.

Dochód, który daje prawo do emerytury jest ograniczony dwoma progami. Dolna granica to kwota, do której stosuje się obowiązek deklaracji dochodu w zeznaniach podatkowych. Przekroczenie tej wartości oznacza, naliczanie składki emerytalnej już od pierwszej korony. Natomiast po przekroczeniu progu górnego emerytura nie jest już naliczana.

Zgodnie z prawem panującym w Szwecji, istnieją także inne czynniki, poza dochodami, które uprawniają do pobierania emerytury. Oblicza się je na podstawie dochodów hipotetycznych dla:

- rodziców małych dzieci,
- osób odbywających obowiązkową służbę wojskową,
- osób odbywających studia wyższe i otrzymujących dodatek edukacyjny,
- osób otrzymujących dodatek chorobowy uzależniony od dochodów lub rentę inwalidzką.

²⁴⁴Zatrudnienie..., op. cit., s. 21.

Podstawowa składka emerytury uzależnionej od dochodów wynosi 16% dochodów, które dają prawo do emerytury. Na indywidualnym koncie pracownika gromadzone są uprawnienia emerytalne, które co roku zostają skorygowane o: zmiany średniego wynagrodzenia w Szwecji, pozostałość emerytur osób zmarłych, koszty administracyjne.

Uprawnienia emerytalne dzieli się przez współczynnik, obliczany na podstawie średniej długości życia w momencie przejścia na emeryturę. Jest to współczynnik określany dla każdej grupy wiekowej, na podstawie danych statystycznych z ostatnich pięciu lat. Im dłużej beneficjent będzie pracował zawodowo, tym współczynnik będzie niższy, a to prowadzi do podwyższenia emerytury. Na podstawie powyższych obliczeń ustalana jest wysokość emerytury podstawowej. Miesiąc, w którym pracownik ukończył 61 lat to pierwszy miesiąc, w którym może otrzymać świadczenie²⁴⁵.

Dla osób urodzonych w latach 1938–1953 część świadczenia oblicza się według starych zasad. Część tego świadczenia nazywa się w emeryturą uzupełniającą uzależnioną od dochodów. Jej wysokość stanowi 60% średnich dochodów dających prawo do emerytury, wypracowanych w ciągu 15 lat, kiedy dochody były najwyższe. Jednak do otrzymania pełnej emerytury wymagane są dochody dające prawo do emerytury, przepracowane w ciągu 30 lat. Tak jak w przypadku emerytury uzależnionej od dochodów, zasady opóźnienia w przejściu na emeryturę są takie same.

Emerytura składkowa składa się z dwóch filarów. Pierwszy to 2,5% dochodów dających prawo do emerytury, drugi natomiast to zyski netto powstałe ze zgromadzonego kapitału zainwestowanego w fundusze inwestycyjne, które zostały wybrane przez beneficjenta. Wysokość tego kapitału jest uzależniona od wyniku uzyskanego z wybranych przez beneficjenta funduszy, a także, tak jak w przypadku podstawowej składki emerytalnej, emerytury pozostawione przez osoby zmarłe i koszty administracyjne. Oblicza się ją na podobnych zasadach, jak emeryturę podstawową.

Emerytura gwarantowana to zabezpieczenia dla tych, którzy nie są uprawnieni do pobierania emerytury uzależnionej od dochodów lub dla tych osób, dla których to świadczenie jest bardzo niskie. Jest to kwota minimalna, której wysokość jest inna dla osób samotnych i osób pozostających w związku małżeńskim. Jest to świadczenie wypłacane tylko osobom

²⁴⁵*Ibidem*, s. 22.

zamieszkałym na terenie Szwecji lub w państwach UE/EOG albo w kraju, który ma podpisaną odpowiednią konwencje ze Szwecją. Aby uzyskać pełną emeryturę gwarantowaną należy przebywać na stałe w Szwecji przez 40 lat od momentu ukończenia 25 lat do skończenia 64 lat²⁴⁶.

Warunki, które należy spełnić, aby pobierać emeryturę w Szwecji i okres oczekiwania na otrzymanie świadczenia zależą od jej rodzaju:

- emerytura uzależniona od dochodów i emerytura składkowa – nie istnieje okres oczekiwania,
- emerytura uzupełniająca uzależniona od dochodów – wymagane trzy lata uzyskiwania dochodów,
- emerytura gwarantowana – wymagane trzy lata pobytu w Szwecji.

Na emeryturę można odejść po skończeniu 61 lat w dowolnym momencie. Jednak emerytura gwarantowana nie może być wypłacana przed 65. rokiem życia. Ponadto w Szwecji, za zgodą pracodawcy, można kontynuować pracę nawet po ukończeniu 67 lat. Możliwy wiek przejścia na emeryturę w Szwecji wynosi więc od 61. do 67. roku życia²⁴⁷. Każdy kolejny rok odkładania momentu przejścia na emeryturę, powoduje wzrost jej wartości o około 9%. W Szwecji nie jest możliwe przejścia na emeryturę wcześniejszą bądź odroczoną. Wprowadzenia powyższych zmian miało, w opinii szwedzkiego rządu, zachęcać obywateli do dłuższej aktywności zawodowej.

Szwedzi mają możliwość wybrania maksymalnie pięciu funduszy emerytalnych, do których chcą, aby trafiała część kapitałowa ich składki emerytalnej (zwykle wybierają trzy fundusze). Z powodu zróżnicowania funduszy ze względu na rodzaj portfela inwestycyjnego, dzielą się one na cztery grupy:

- fundusze akcji - najliczniejsza grupa - inwestują w akcje przynajmniej szesnastu spółek,
- fundusze odsetkowe - inwestują w dłużne papiery wartościowe, np. obligacje,
- fundusze- inwestują zarazem w akcje, jak i obligacje,
- fundusze pokoleniowe – przeznaczone dla poszczególnych grup wiekowych:
 1. inwestycje w akcje w przypadku osób młodych,

²⁴⁶*Ibidem.*, s. 23.

²⁴⁷*The 2015...*, s. 65.

2. inwestycje w obligacje w przypadku osób powyżej 60. roku życia.

Dla tych obywateli, którzy nie wybrali żadnego z powyższych funduszy został stworzony państwowy fundusz „defaultowy”, do którego są przydzielani automatycznie. Ma on charakter funduszu pokoleniowego. Fundusze osób, które mają mniej niż 55 lat składają się jedynie z akcji. Po ukończeniu 55. roku życia udział akcji w funduszu maleje, aby w wieku 75 lat osiągnąć poziom 33%²⁴⁸.

Stopa zastąpienia w Szwecji kształtuje się na poziomie około 50% dla osób uzyskujących wynagrodzenie równe połowie przeciętnego wynagrodzenia. Osobom otrzymującym wynagrodzenie na poziomie średniej krajowej przysługuje emerytura równa 1/3 przeciętnego wynagrodzenia. Natomiast w przypadku osób zarabiających około 1,5 średniego wynagrodzenia stopa zastąpienia przyjmuje wartość 25%²⁴⁹.

9.5. Podsumowanie

Powyższa analiza szwedzkiego systemu emerytalnego, a także analiza systemu obowiązującego w Polsce pokazuje, że te dwa systemy nie mają wiele wspólnych cech, za to różni je wiele istotnych kwestii.

Jednym podstawowych podobieństw obu systemów jest moment przejścia na emeryturę – obecnie w obu krajach wiek ten wynosi 67 lat. Jednak podejście do kwestii wieku emerytalnego znacznie różni się w obu krajach. W Szwecji od wielu lat trwa debata publiczna na temat podniesienia wieku emerytalnego do 69 lub nawet do 75lat²⁵⁰. W Polsce natomiast obecny rząd zapowiada obniżkę tego wieku. Nie wiadomo jeszcze jednak czy oznacza to powrót to wcześniej obowiązujących przepisów, według których wiek emerytalny dla kobiet wynosiłby 60 lat, a dla mężczyzn 65 lat, czy może wprowadzenie jednego pułapu - 65 lat dla wszystkich, albo np. wprowadzenie emerytury uzależnionej od stażu pracy. Jednak niewątpliwą zaletą systemu szwedzkiego jest to, że motywuje on do późniejszego

²⁴⁸ *Charakterystyka systemu emerytalnego w Szwecji*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Współpracy Międzynarodowej, Warszawa 2011.

²⁴⁹ *Pensions AT a Glance, OECD and G20 indicators*, OECD 2013, (<http://www.oecd.org/pensions/public-pensions/OECDPensionsAtAGlance2013.pdf>), data dostępu: 1.09.2016 r.

²⁵⁰ *Sweden considers raising retirement age to 75*, (<https://www.euractiv.com/section/social-europe-jobs/news/sweden-considers-raising-retirement-age-to-75/>), data dostępu 1.09.2016 r.

przechodzenia emeryturę. Każdy następny rok na rynku pracy po osiągnięciu 67. roku życia skutkuje wzrostem świadczenia o 9%. W Szwecji istnieje także szereg innych rozwiązań zachęcających do dalszej aktywności zawodowej zarówno pracowników jak i pracodawców, np. zwolnienie z obowiązku uiszczania połowy składek przez pracodawcę przez okres maksymalnie 10 lat za pracowników, którzy ukończyli 55 lat, a także rozwiązania dające możliwość przekwalifikowania starszych pracowników i uelastycznienia ich przedziału pracy.

Kolejną cechą wspólną jest fakt, iż reformy systemów emerytalnych zostały przeprowadzone pod koniec lat 90. XX wieku. Łączyły one finansowanie repartycyjne z kapitałowym. W ramach tych reform wprowadzono trzy filary (obowiązkowe i dobrowolny). Jednakże funkcjonowanie tych filarów znacznie się od siebie różniło, a różnice pogłębiły się jeszcze bardziej podczas reformy polskiego systemu zabezpieczeń emerytalnych przeprowadzonej w 2014 roku.

Jedną z podstawowych różnic pomiędzy porównywanymi systemami emerytalnymi jest sposób funkcjonowania funduszy emerytalnych. Przede wszystkim w Szwecji fundusze te są jedną z części pierwszego filaru – w Polsce stanowią drugi filar. W Szwecji można także należeć jednocześnie do wielu funduszy, co wpływa korzystnie na dywersyfikację ryzyka. W Polsce natomiast można należeć tylko do jednego funduszu. Ilość funduszy także przemawia na korzyść Szwecji – tam jest to około kilkaset funduszy, w Polsce zaledwie czternaście. Dodatkowo w Polsce od 2014 roku uczestnictwo w nich nie jest obowiązkowe.

Inaczej ma się także kwestia pracowniczych systemów emerytalnych. W Szwecji są one częścią drugiego filara, a ich funkcjonowanie jest obowiązkowe. Polskie systemy pracownicze należą do trzeciego filara i ze względu na swoją dobrowolność, są raczej mało popularnym elementem zabezpieczenia emerytalnego. W Szwecji natomiast uważane są za bardzo ważną część systemu i oceniane są pozytywnie.

W tabeli 9.1 zostało podsumowano najważniejsze kwestie dotyczące obu systemów emerytalnych.

Tabela 9.1. Porównanie systemów emerytalnych Polski i Szwecji

Wyszczególnienie	Polska	Szwecja
Wiek emerytalny	67 lat	61-67 lat
Planowane zmiany wieku emerytalnego	prawdopodobne obniżenie	69-75 lat
Wartość emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego	zależna od wielu czynników	każdy następny rok - wzrost o 9%
Publiczne wydatki na emerytury (% z PKB) ²⁵¹	10,8	7,4

Źródło: opracowanie własne.

Zmiany prowadzące do poprawy efektywności systemu emerytalnego powinny zostać wprowadzone także w Polsce. Zdaniem polskich ekspertów, działanie polskiego systemu emerytalnego powinno zostać znacząco usprawnione. Powinien on przede wszystkim szybciej dostosowywać się do zmian demograficznych i gospodarczych, jakie zachodzą w naszym kraju. A. Gołebiowska przytacza następujące propozycje zmian, jakie mogą usprawnić polski system zabezpieczeń emerytalnych²⁵²:

- możliwość gromadzenia środków na więcej niż jednym funduszy i większe możliwości wyboru owych funduszy,
- większy rozwój filaru pracowniczego,
- rozważenie wprowadzenia gwarantowanej, minimalnej emerytury,
- uelastycznienie wieku emerytalnego,
- wykreowanie rozwiązań dla pracowników i pracodawców, które miałyby zachęcić do dłuższej aktywności zawodowej,
- wprowadzenie obowiązku przygotowywania prognoz, informujących o potencjalnej wartości przyszłych świadczeń,
- większa aktywność w obszarze edukacji ubezpieczeniowej.

²⁵¹Pensions. ..

²⁵²A. Gołebiowska, *Funkcjonowanie systemu emerytalnego w Szwecji – wnioski dla Polski*, [w:] *Współczesne zabezpieczenie emerytalne. Wybrane aspekty ekonomiczne, finansowe i demograficzne*, pod. red. F. Chybalskiego i E. Marcinkiewicz, Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2013, s. 160-161.

Rozdział 10.

Porównanie polskiego i amerykańskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych

Magdalena Kiełbowska*

10.1. Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) definiuje dobry system ochrony zdrowia jako zespół form opieki zdrowotnej, który ma za zadanie zapewniać wysoką jakość usług dla wszystkich ludzi, kiedy i gdzie ich potrzebują. Rozplanowanie zakresu działania poszczególnych usług zależy od danego państwa. WHO zwraca także uwagę, że dobre funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia zależy głównie od²⁵³:

- solidnego mechanizmu finansowania,
- dobrze wykształconej i odpowiednio płatnej siły roboczej,
- wiarygodnych informacji, na których można oprzeć podejmowanie decyzji w zakresie polityki zdrowotnej państwa,
- dobrze utrzymanych urzędów i logistyki w celu dostarczenia wysokiej jakości leków i technologii.

Ubezpieczenia zdrowotne mogą być wykorzystywane do realizacji różnych celów, np. pozyskiwania zasobów na działania, mające zapewnić lepsze funkcjonowanie ochrony zdrowia. Ze względu na złożoność systemu ochrony zdrowia, do zagadnienia ubezpieczenia zdrowotnego należy podejść biorąc pod uwagę dwie kwestie: finansowanie i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pracę jednostek wykonujących działalność medyczną²⁵⁴.

* Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

²⁵³ *Health System*, World Health Organization, (http://www.who.int/topics/health_systems/en/), data dostępu: 28.06.2016 r.

²⁵⁴ A. Piechota, *Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Finanse – problemy – decyzje 2014. Część 2*, pod red. G. Łukasik i H. Zadora, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2014, s. 206.

Celem tego opracowania jest analiza funkcjonowania dwóch różnych systemów ubezpieczeń zdrowotnych, jakimi są system polski i amerykański, a także porównanie efektów, jakie przynoszą oba systemy. W artykule przytoczono także propozycje zmian w obu systemach, jakie najczęściej pojawiają się w debacie publicznej.

10.2. Modele finansowania ochrony zdrowia w Europie

W ramach funkcjonujących w Europie systemów finansowania ochrony zdrowia można wyróżnić dwa modele. Pierwszym z nich jest tzw. model ubezpieczeniowy, inaczej zwany modelem bismarckowski²⁵⁵. Jego głównym zadaniem jest ochrona społeczeństwa, pracowników, przed nieprzewidywalnym zdarzeniem, chorobą, które może doprowadzić do zmniejszenia się lub utraty bezpieczeństwa materialnego danej osoby lub całego gospodarstwa domowego. Model ten charakteryzuje się istnieniem obowiązkowych składek uiszczanych przez pracowników i pracodawców. W przypadku osób uzyskujących wysokie dochody, uczestnictwo w funduszu może być dobrowolne. Fundusze w tym modelu istnieją jako tzw. kasy chorych. Administrację nad tymi funduszami sprawują jednostki niezależne od administracji państwa. Kontrolą natomiast zajmują przedstawiciele wszystkich ubezpieczonych. Model ubezpieczeniowy został przyjęty przez m.in. Austrię, Belgię, Francję, Holandię, Niemcy i Polskę.

Drugi model finansowania ochrony zdrowia nazywany jest modelem zaopatrzeniowym, budżetowym lub narodowej służby zdrowia. Po raz pierwszy została on wprowadzony w Wielkiej Brytanii przez lorda Beveridge'a po II wojnie światowej. Wyodrębnił on z powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych fundusz koncentrujący się na opiece medycznej, który został zasilany przez środki pozyskiwane przez podatki ogólne. W modelu tym społeczeństwo posiada nieograniczony dostęp do opieki medycznej, a państwo nie ingeruje w zakłady opieki zdrowotnej w znacznym zakresie. Władze państwowe formułują jedynie ogólne zasady i strategie polityki zdrowotnej. Pomimo tego sektor prywatny nie odgrywa dużej roli w modelu zaopatrzeniowym, który obecny jest np. w Danii, Finlandii, Wielkiej Brytanii i Włoszech²⁵⁶.

²⁵⁵ Jego inicjatorem był Otto von Bismarck.

²⁵⁶ J. Hady, M. Leśniowska, *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, „Rozprawy ubezpieczeniowe” 2011, nr 10, s. 98-99.

10.3. Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce

Polska, w kwestii finansowania ochrony zdrowia, przyjęła model ubezpieczeniowy i tak jak w innych krajach Unii Europejskiej, w Polsce to państwo jest gwarantem dobrego funkcjonowania opieki zdrowotnej. Dodatkowo, prawo do bezpłatnej opieki gwarantuje art. 68 pkt. 2 Konstytucji²⁵⁷.

Polski system opieki zdrowotnej ulegał wielu zmianom i reformom na przestrzeni lat. Od 1989 organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce podlega ciągłym i znaczącym zmianom²⁵⁸:

- w 1989 roku system był całkowicie zarządzany i finansowany przez państwo,
- w 1991 roku nastąpiło przeniesienie administracji i usług zdrowotnych z Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej na stopień wojewódzki i gminny,
- w 1993 roku własność nad jednostkami systemu ochrony zdrowia została przekazana władzom lokalnym,
- w 1999 roku utworzono szesnaście regionalnych kas chorych,
- w 2003 roku regionalne kasy chorych zostały zastąpione przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Od reformy w 2003 roku to NFZ jest odpowiedzialny za finansowanie usług zdrowotnych. Nadzór nad jego ogólnym funkcjonowaniem sprawuje Minister Zdrowia, jednak nadzór nad gospodarczą działalnością sprawuje Minister Finansów. W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia jest monopolistą, tzn. że ubezpieczony nie ma możliwości wybrania innego ubezpieczyciela.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne są głównym źródłem przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia. Ubezpieczeni mogą jednak zrezygnować z usług oferowanych przez NFZ i korzystać z usług zdrowotnych prywatnych świadczeniodawców, płacąc za nie odpowiednią cenę rynkową. Nie eliminuje to jednak obowiązku uiszczania składki zdrowotnej. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest najbardziej popularne jako ubezpieczenie abonamentowe, oferujące usługi leczenia otwartego²⁵⁹.

²⁵⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483).

²⁵⁸ M. Blank, J. Kozak, *System ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *PPP w wybranych systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, pod red. J. Kalecińskiej i I. Herbst, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011, s. 69-70.

²⁵⁹ *Ibidem*, s. 73.

Obecnie składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶⁰, do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników, osób wykonujących pracę nakładczą lub osób zatrudnionych na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenie lub innej umowy o świadczenie, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

Dla osób, które prowadzą własną działalność, podstawę wymiaru składki stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”²⁶¹.

W Polsce zgodnie z przepisami prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej pacjent zdobywa w momencie zgłoszenia go do ubezpieczenia zdrowotnego. Do ubezpieczenia zdrowotnego można się zgłosić samodzielnie (osoby prowadzące własną działalność gospodarczą) lub można zostać zgłoszonym (przez pracodawcę lub instytucje, np. szkołę, uczelnie wyższą, ośrodek pomocy społecznej, urząd pracy, ZUS, KRUS). Osoby, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu to między innymi²⁶²:

- pracownicy,
- osoby prowadzące własną działalność gospodarczą,
- dzieci,
- studenci,
- uczniowie,
- emeryci,
- renciści,
- bezrobotni.

²⁶⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135).

²⁶¹ Ibidem Art. 79-81.

²⁶² *Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne*, Ministerstwo Zdrowia, (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/obowiazkowe-ubezpieczenie-zdrowotne/>), data dostępu: 6.07.2016 r.

Jeżeli jeden z członków rodziny jest ubezpieczony to ma on obowiązek zgłoszenia reszty członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres i zasady uzyskiwania świadczenia opieki zdrowotnej jest taki sam dla wszystkich członków rodziny. „Członek rodziny” jest zdefiniowany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku²⁶³ jako:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Wstępni, którzy pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym mogą być np. dziadkowie. Tylko w przypadku, jeżeli żadne z rodziców wnuka nie jest uprawnione do otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej, dziadkowie mają prawo je zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeżeli ubezpieczony stracił swoje prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, tracą je także członkowie rodziny, którzy byli przez ubezpieczonego zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli natomiast jeden z członków rodziny straci swój status, musi on o tym fakcie poinformować płatnika składki. Płatnik ma wtedy obowiązek wyrejestrowania go z ubezpieczenia zdrowotnego. Taka sytuacja zdarza się najczęściej w momencie podjęcia przez członka rodziny pracy, a tym samym nabycia prawa do własnego ubezpieczenia. Czas, jaki członek rodziny ma na przekazanie płatnikowi tych informacji to siedem dni od zaistnienia sytuacji. Jeżeli ubezpieczony nie poinformuje swojego pracodawcy o konieczności zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny lub o konieczności wyrejestrowania go, grozi mu za to kara grzywny.

²⁶³Art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego jest równoznaczne z ustaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Okres, po którym prawo do świadczeń wynosi:

- 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, np. w przypadku zakończenia umowy o pracę lub zakończenia własnej działalności gospodarczej,
- 6 miesięcy od momentu zakończenia nauki bądź skreślenia z listy uczniów dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych,
- 4 miesiące od momentu zakończenia nauki bądź skreślenia z listy studentów dla studentów szkół wyższych.

Z kolei prawo do korzystania ze świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego mają osoby, które ubiegają się o przyznanie emerytury bądź renty nawet w okresie, w którym trwa postępowanie o przyznanie tych świadczeń.

Osoba, która straciła prawo do świadczenia opieki zdrowotnej z tytułu objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, może wciąż z niego korzystać. Musi jednak ubezpieczyć się dobrowolnie²⁶⁴.

Osoby, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce lub w krajach Unii Europejskiej i krajach należących do EFTA, mogą ubezpieczyć się dobrowolnie, jeżeli zamieszkują na terenie Polski. Umowę ubezpieczenia dobrowolnego mogą także, w wyjątkowych przypadkach, zawrzeć osoby, które posiadają tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to możliwe np. gdy małżonek osoby opłacającej obowiązkową składkę zdrowotną, zdecyduje się na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Musi jednak złożyć wtedy pisemne oświadczenie, że jest świadomy możliwości korzystania z przysługującej mu opieki zdrowotnej²⁶⁵.

Osoba, która zdecyduje się na ubezpieczenie dobrowolne, musi zgłosić do niego także członków swojej rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu obowiązkowemu. Nie wymaga to jednak odprowadzania dodatkowej składki. Ubezpieczenie dobrowolne wygasa w momencie, w którym ubezpieczony uzyska obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczony może także zrezygnować z ubezpieczenia dobrowolnego, składając pisemną

²⁶⁴ *Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, op. cit.*

²⁶⁵ *Ubezpieczenie dobrowolne, Narodowy Fundusz Zdrowia, (http://www.nfz-szczecin.pl/bryzv_ubezpieczenie_dobrowolne.htm), data dostępu: 2.09.2016 r.*

rezygnację w odpowiednim oddziale NFZ²⁶⁶. W Polsce zakłady ubezpieczeń oferują także inne formy ubezpieczeń. W ofercie największego polskiego zakładu ubezpieczeniowego, Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń (PZU), znajdują się m.in. ubezpieczenia ambulatoryjne, szpitalne i lekowe²⁶⁷. Ubezpieczenia ambulatoryjne dają możliwość korzystania z konsultacji lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych a także zabiegów pielęgniarstwa i ambulatoryjnych. Polisy szpitalne z kolei zapewniają dostęp do szybkiego leczenia szpitalnego. Pokrywają na przykład koszty niektórych operacji i zabiegów, które są ściśle określone w umowie. Kolejnym rodzajem są ubezpieczenia lekowe, których zadaniem jest pokrywanie części kosztów związanych z zakupem leków na receptę, niezależnie od tego czy są refundowane.

10.4. Ubezpieczenia zdrowotne w Stanach Zjednoczonych

Według P. Prędkiewicza, model systemu opieki zdrowotnej, nazywany rynkowym, rezydualnym lub amerykańskim charakteryzuje się głównie brakiem odpowiedzialności rządowej za zapewnianie usług zdrowotnych obywatelom. Mają oni prawo do wyboru ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczyciela. Mogą także wybrać czy ubezpieczenie jest im potrzebne, czy nie. W takiej postaci, model ten nie istnieje nawet w Stanach Zjednoczonych, gdzie ubezpieczenie zdrowotne jest przewidziane głównie dla tych osób, które nie mogą sobie pozwolić na jego wykup. Jest ono zapewniane głównie osobom starszym, niepełnosprawnym lub tym, których dochody są niewystarczające. Największymi programami zapewniającymi opiekę zdrowotną, dla obywateli, których nie stać na wykup świadczeń są Medicare i Medicaid²⁶⁸.

Medicare to program federalny, który oferuje ubezpieczenie zdrowotne amerykańskim obywatelom lub stałym rezydentom na terenie USA, którzy ukończyli 65. rok życia lub którzy nie mają skończonych 65 lat, ale są osobami niepełnosprawnymi. Po dwóch latach pobierania

²⁶⁶ *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne*, Ministerstwo Zdrowia, (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/dobrowolne-ubezpieczenia-zdrowotne/>), data dostępu: 2.09.2016 r.

²⁶⁷ Powszechny Zakład Ubezpieczeń, (<https://www.pzu.pl/wyberz-produkt>), data dostępu: 2.09.2016 r.

²⁶⁸ P. Prędkiewicz, *Prywatne ubezpieczenia jako źródło finansowania opieki zdrowotnej*, Praca doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2012, s. 65.

renty socjalnej, niepełnoprawni są automatycznie objęci świadczeniami²⁶⁹. Medicare zapewnia pokrycie kosztów ewentualnego leczenia, także opieki długoterminowej. Organem odpowiedzialnym za funkcjonowanie programu Medicare jest urząd The Centers for Medicare & Medicaid Services.

Program Medicare jest głównie finansowany z części podatków od wynagrodzeń, które są opłacane zarówno przez pracowników, jak i ich pracodawców. Częściowo finansowany jest też przez składki ze świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych, potrącanych comiesięcznie.

Na ubezpieczenie Medicare składają się cztery części:

- część A (ubezpieczenie szpitalne) – pokrywa koszty pobytu w szpitalu, w innej placówce opieki pielęgniarskiej, ale także koszty niektórych rodzajów opieki medycznej w domu i opieki w hospicjum,
- część B (ubezpieczenie medyczne) – pokrywa koszty usług lekarskich i innych świadczeń zdrowotnych, a także koszty materiałów, które nie są finansowane przez ubezpieczenie szpitalne,
- część C (Medicare Advantage) – obywatele, którzy korzystają z ubezpieczenia szpitalnego i medycznego mają możliwość skorzystania z usług jednego ze świadczeniodawców, którzy realizują ubezpieczenie Medicare Advantage, aby korzystać ze wszelkich świadczeń zdrowotnych,
- część D (Plan refundacji leków na receptę) – pokrywa koszty leków przepisanych na receptę.

Obywatele którzy nie posiadają odpowiednich środków na opłacenie składek na ubezpieczenie Medicare, mogą uzyskać pomoc w ich sfinansowaniu od stanu, w którym mieszkają. Każdy organ stanowy sam decyduje czy dana osoba ma prawo do skorzystania z jego pomocy. Pomoc stanowa może pokrywać całość kosztów ubezpieczenia lub tylko ich część. Pomoc ta jest skierowana dla tych osób, które są uprawnione do korzystania z części A programu Medicare, ale posiadają zbyt niskie dochody i nie posiadają żadnych zasobów. Mogą z niej korzystać te osoby, które:

- posiadają ubezpieczenie Medicaid z planem refundacji leków na receptę,

²⁶⁹ M. Dziubińska-Michalewicz, *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz, nr 1052, 2004, s. 1.

- otrzymują Dodatkową Zapomogę Rządową (Supplemental Security Income – SSI),
- uczestniczą w programie stanowym, który udziela pomocy w płaceniu składek Medicare²⁷⁰.

Należy również pamiętać, aby nie mylić Medicare i Medicaid. Rozwiązania oferowane przez Medicaid są skierowane do osób, które posiadają niskie dochody. Medicaid to program stanowy, który udziela ubezpieczeń szpitalnych i medycznych. Jego ogólne zasady funkcjonowania są określone na poziomie federalnym, ale szczegółowe reguły są osobno ustalane przez każdy stan. Określają one kto może skorzystać z programu i jakie świadczenia są przez niego pokrywane. Niektóre osoby mogą korzystać i z programu Medicare, jaki i Medicaid, jeżeli są do nic uprawnione²⁷¹.

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA – Obamacare) zostało podpisane w 2010 roku przez Prezydenta Stanów Zjednoczonych Baracka Obamę. Jego celem jest wprowadzenie reform w skomplikowanym, amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Jego głównymi rezultatami mają być:

- szerszy dostęp do ubezpieczenia zdrowotnego,
- większy wybór ubezpieczenia,
- większa kontrola kosztów zdrowotnych,
- polepszenie systemu dostarczania usług zdrowotnych.

Obamacare ma zwiększyć liczbę osób ubezpieczonych przez swoich pracodawców, a także liczbę osób, które mają być uprawnione do korzystania ze świadczeń oferowanych przez Medicaid. Program przewiduje także specjalne rozwiązania dla kobiet, dla których powiększono pakiet usług medycznych, które muszą być obowiązkowo oferowane w ubezpieczeniach zdrowotnych. Zakres tych usług jest bardzo szeroki, od działań mających na celu prewencję nowotworową, zakaz odmowy sprzedaży ubezpieczenia kobiecie w ciąży, ze zdiagnozowaną depresją lub ofierze przemocy domowej, pokrywanie kosztów aborcji, aż po ustalenia dotyczące tej samej ceny ubezpieczenia dla mężczyzn i kobiet²⁷².

²⁷⁰ Medicare, Social Security Administration, (<https://www.ssa.gov/pubs/PO-05-10043.pdf>), data dostępu: 4.07.2016 r.

²⁷¹ M. Dziubińska-Michalewicz, *op. cit.*, s. 2.

²⁷² M. Makowska, A. Czerw, *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzone przez Obamacare*, Hygeia Public Health, tom 49, nr 4/2014, s. 737-739.

W Stanach Zjednoczonych bardzo ważną rolę oprócz publicznych programów ubezpieczeniowych odgrywają ubezpieczenia prywatne. Mogą one występować w formie ubezpieczeń grupowych, jak i indywidualnych.

Ubezpieczenia grupowe są współfinansowane przez pracodawcę – jest to najczęstsza forma ubezpieczenia zdrowotnego w USA. Jest to zwykle bardziej korzystna forma ubezpieczenia niż Medicare. Większość kosztów z nim związanych ponosi pracodawca. Pracownik musi zwykle pokrywać franszyzę redukcyjną, która jest z góry ustalona, jeszcze zanim wykonane usługi medyczne będą refundowane. Po przekroczeniu kwoty franszyzy, ubezpieczenie zacznie pokrywać dalsze koszty usług zdrowotnych. Kwota franszyzy zależy od ubezpieczenia – może być wysoka, a wtedy składka całkowita jest niższa lub na odwrót. Oprócz tego pracownik ponosi także koszt wizyty u lekarza internisty lub specjalisty, który jest stały i niezależny od kwoty franszyzy.

Drugi typ ubezpieczenia prywatnego to ubezpieczenie indywidualne. Jego koszty są większe dla ubezpieczonego niż w przypadku ubezpieczenia współfinansowanego przez pracodawcę. Jednak jego ogólna cena jest niższa. Koszty tego ubezpieczenia zależą od wieku ubezpieczonego i stanu, w którym mieszka (w niektórych stanach koszt ubezpieczenia jest także zależny od stanu zdrowia ubezpieczonego). Ubezpieczenia tego typu zwykle są wykupywane łącznie z innymi ubezpieczeniami, np. ubezpieczeniem związanym ze stosowaniem leków na receptę czy wizytami u kręgarza.

10.5. Podsumowanie

Zasadniczą różnicą w funkcjonowaniu amerykańskiego i europejskich systemów opieki zdrowotnej jest brak istnienia w Stanach Zjednoczonych powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, pomimo istnienia poszczególnych programów ochrony zdrowia. Rozwiązania te jednak sprawiają, że „Stany Zjednoczone są liderem w wielu obszarach ochrony zdrowia”²⁷³. W USA sektor medyczny jest innowacyjny i zaawansowany technologicznie. Stany Zjednoczone posiadają także najlepszych specjalistów i najwięcej noblistów w dziedzinie medycyny. Jednak wolnorynkowy charakter systemu amerykańskiego sprawia, że ujawnia się

²⁷³ A. Owoc, J. Owoc, I. Bojar, K. Sygit, *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, Problemy higieny i epidemiologii, tom 90, nr 3/2009, s. 403

w nim wiele słabości, które nie istnieją w systemach powszechnych, m.in. duże koszty funkcjonowania, ograniczenie dostępu do ubezpieczenia dla osób o gorszym stanie zdrowia, a także duża liczba organów, które odpowiadają za funkcjonowanie systemu²⁷⁴.

W tabeli 10.1. przedstawiono dane dotyczące wydatków na zdrowie Polski i Stanów Zjednoczonych i porównano je z ze średnimi wydatkami w państwach OECD.

Tabela 10.1. Wydatki na zdrowie Polski, Stanów Zjednoczonych w porównaniu ze średnią wydatków państw OECD

	Polska	Stany Zjednoczone	OECD
Wydatki na zdrowie per capita (2013)	1530 USD PPP	8713 USD PPP	3453 USD PPP
Średnia roczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie per capita (2009-2013)	2,3%	1,5%	0,5%
Wydatki na zdrowie jako procent z PKB (2013)	6,4%	16,4%	8,9%
Wydatki na zdrowie jako udział w całkowitych wydatkach rządowych (2013)	20%	11%	15%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Health at a Glance 2015. OECD Indicators, OECD 2015.

Porównując powyższe wartości można zaobserwować, że Polska wydaje znacznie mniej na opiekę zdrowotną nie tylko w porównaniu do USA, ale także w porównaniu do większości państw OECD. Jednak średnia roczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie jest większa w Polsce i wynosi 2,3%. Jest to jedna z największych stóp wzrostu spośród państw OECD. Można jednak zaobserwować dość znaczną tendencję spadkową, ponieważ stopa ta w latach 2005-2009 wynosiła aż 8,4%. Z kolei wydatki w USA wzrastają w stałym tempie, w latach 2005-2009 było to 2,3%.

Finansowanie ochrony zdrowia, ze względu na swój charakter, w wielu krajach wywołuje dyskusję społeczną. W Stanach Zjednoczonych od lat pojawiają się głosy postulujące wprowadzenie powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Jeden z ubiegających się o kandydaturę na Prezydenta USA z ramienia Partii Demokratycznej, Bernie Sanders, w swojej kampanii wyborczej mówił o potrzebie wprowadzenia opieki zdrowotnej jako prawa dla wszystkich obywateli, a nie przywileju, czym zdobył poparcie dużej części społeczeństwa.

²⁷⁴ *Ibidem*.

Głosy sprzeciwu słycać natomiast po drugiej stronie amerykańskiej sceny politycznej. Kandydat na Prezydenta USA Partii Republikańskiej, Donald Trump, chce uchylecia obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które weszły razem z Obamacare, argumentując to zbyt dużymi kosztami, jakie są ponoszone w związku z programem.

W Polsce obecny rząd zapowiada dużą reformę organizacyjną systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Stworzenie reformy powierzono specjalnemu zespołowi w Ministerstwie Zdrowia, a jej wdrożenie zaplanowano na 2018 rok. Reforma zakłada m.in. likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia i zastąpienie go „nowymi strukturami”, a także bezpłatną opiekę zdrowotną dla wszystkich, bez względu na to czy płać składki zdrowotne czy nie. Wyeliminowałoby to konieczność sprawdzania przy każdej wizycie czy pacjent ma prawo do ubezpieczenia zdrowotnego, co ma skrócić czas obsługi pacjenta. NFZ ma z kolei być zastąpiony przez finansowanie budżetowe lub mieszane. Finansowanie bezpośrednio z budżetu państwa oznaczałoby likwidację obecnej składki na NFZ i włączenie jej do podatku dochodowego. Ta propozycja wzbudza wiele obaw, m. in. o to, że budżet zdrowia jako jeden z działów w budżecie ogólnym sprawi, iż środki przeznaczone na ochronę zdrowia będą przejmowane przez inne ministerstwa.

Literatura

Piśmiennictwo

- Bednarz M., Orłowska-Bednarz M., *Zabezpieczenie społeczne jako forma warunków życia*, [w:] *Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych. Tom 2., pod red. J. Sługockiego*, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2012.
- Bezpłatne studia - fakty i mity, raport na temat cen studiów w Polsce w roku 2009/2010*, Instytut Rozwoju Kapitału Intelktualnego im. Sokratesa, Warszawa, 2010.
- Białas M., *Polskie realia współpracy banków z ubezpieczycielami*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach nr 225/2015.
- Bielawska K., *Ubezpieczenia emerytalne*, [w:] *Ubezpieczenia*, pod red. M. Iwanicz-Drozdowskiej, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013.
- Blank M., Kozak J., *System ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *PPP w wybranych systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, pod red. J. Kalecińskiej i I. Herbst, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011.
- Charakterystyka systemu emerytalnego w Szwecji*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Współpracy Międzynarodowej, Warszawa 2011.
- Co Polacy wiedzą i myślą o ubezpieczeniach? Wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie PUNU przez Instytut ARC Rynek i opinia*, Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja, nr 7–8/2000.
- Dach Z., *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2015.
- Dębska J., Krasuski P., *Analiza czynników wpływających na prawdopodobieństwo oszczędzania w III filarze systemu emerytalnego w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach 2014.
- Dziubińska-Michalewicz M., *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz, nr 1052, 2004.
- Gasińska M., *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem małego i średniego przedsiębiorstwa w świetle wyników badania empirycznego*, Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula nr 35, 2014.
- Gąsioriewicz L., *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*, wyd. C.H.Beck, Warszawa 2009.
- Gołębiewska A., *Funkcjonowanie systemu emerytalnego w Szwecji – wnioski dla Polski*, [w:] *Współczesne zabezpieczenie emerytalne. Wybrane aspekty ekonomiczne, finansowe i demograficzne*, pod. red. F. Chybalskiego i E. Marcinkiewicz, Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2013.
- Górski W., *Ubezpieczenia w transporcie i komunikacji*, Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. w Zielonej Górze, Zielona Góra 1995.
- Hady J., Leśniowska M., *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, Rozprawy ubezpieczeniowe nr 10/2011.
- Hough D.L., *Motocyklista doskonały*, Wydawnictwo Buk Rower, Zielonka 2005.
- Iwko J., Iwko J., *Świadomość ubezpieczeniowa indywidualnych klientów zakładów ubezpieczeń z terenu województwa dolnośląskiego na tle badań ankietowych*, Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 19 (2/2015).

- Jedynak T., *Charakterystyka systemu emerytalnego w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych*, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014.
- Jonas K., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, Wydawnictwo „DEBET” s.c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015.
- Kędzior K., *Opinie na temat pokrycia ryzyk związanych z działalnością przedsiębiorstw średnich, małych i mikro przez ubezpieczeniową ofertę produktową w Polsce i innych wybranych krajach – Francja, Włochy, Wielka Brytania, Niemcy, USA* [w:] *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów* pod red. I. Jędrzejczyk, Oficyna Wydawnicza Edward Mitek, Warszawa 2015.
- Kiliński R., *Ubezpieczenia armatorów morskich*, [w:] *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa tom 2 Zastosowania*, pod red. L. Gąsioriewiczza i J. Monkiewiczza, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.
- Koroluk S., *Broker jako pośrednik ubezpieczeniowy*, Wydawnictwo Prawnicze LEX, Sopot 1998.
- Kowalewski O., *Grupy bankowo – ubezpieczeniowe: definicje, historia rozwoju, przyczyny powstania*, „Bank i Kredyt”, nr 10/1999.
- Kudert S., *Doradztwo podatkowe: ekonomiczne podstawy zarządzania kancelarią doradcy podatkowego*, *Forum Doradców Podatkowych*, Kraków 2003.
- Kukielka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa 2003.
- Lisowski J., *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010.
- List Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego do Prezesa Związku Banków Polskich*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 27.12.2013.
- Makowska M., Czerw A., *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzone przez Obamacare*, *Hygeia Public Health*, tom 49, nr 4/2014.
- Maśniak D., *Ramy prawne bancassurance*, [w:] *Gdańskie Studia Prawnicze*, Uniwersytet Gdański, Tom XXXIII 2015.
- Molęda M., *Księgi podatkowe a OC księgowego*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy”, październik 2014.
- Myśliwiec E., *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] *Ubezpieczenia non-life*, pod red. E. Wierzbickiej, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Nowakowski L., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Poltext, Warszawa 2004.
- Nowe uprawnienia UOKiK w obszarze ochrony konsumenta po 17 kwietnia 2016 r. pytania i odpowiedzi*, UOKiK, Warszawa, kwiecień 2016.
- Ochino M., *Rekomendacje organu nadzoru bankowego w świetle polskiego systemu źródeł prawa*, [w:] *Źródła prawa z perspektywy piętnastu lat obowiązywania Konstytucji*, pod red. M. Zubika i R.Puchty, Publikacja Koła Naukowe Prawa Konstytucyjnego Legislator, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2013.
- Owoc A., Owoc J., Bojar I., Sygit K., *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, „Problemy higieny i epidemiologii”, tom 90, nr 3/2009.

- Piechota A., *Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Finanse – problemy – decyzje 2014. Część 2*, pod red. G. Łukasik i H. Zadora, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2014.
- Pielichaty E., *Zasady rachunkowości banku w świetle Rekomendacji U*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 373, 2014.
- Prędkiewicz P., *Prywatne ubezpieczenia jako źródło finansowania opieki zdrowotnej*, Praca doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2012.
- Polakowski M., *System emerytalny z perspektywy płci., Solidarność i godne życie*, Heinrich Böll Stiftung, Warszawa 2014.
- Poteraj J., *Systemy emerytalne w Europie. Przypadek Szwecji*, „Współczesna Ekonomia” 2008, nr 2.
- Rachunkowość finansowa zakładów ubezpieczeń*, pod red. A. Karmańskiej, Difin, Warszawa 2003.
- Rekomendacja U z czerwca 2014 r. dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, 2014.
- Rogowski S., Wolińska B., *Jakość usług ubezpieczeniowych w świetle skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych*, [w:] *Zarządzanie jakością usług w instytucjach finansowych w Polsce*, pod red. J. Garczarczyka, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
- Ronka-Chmielowiec W., Kowalczyk-Rólczyńska P., *Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych – wybrane problemy*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne: wybrane zagadnienia ekonomiczne*, pod red. W. Sułkowskiej, Oficyna a Wolters Kluwer business, Wrocław 2011.
- Rubel K., *Pracownicze programy emerytalne i indywidualne konta emerytalne*, [w:] *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, pod red. G. Szpor, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2011.
- Rutecka J., *System emerytalny po zmianach od 2014 roku*, Dwumiesięcznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka, styczeń-luty 2014.
- Rutecka J., *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012.
- Seredyński R., Szaruga K., *Komentarz do Ustawy o rachunkowości*, Wydawnictwo ODDK, Gdańsk 2015.
- Strupczewski G., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem* [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Szczytowska M., *Wyzwania regulacyjne w zakresie rozwiązań prawnych w obszarze bancassurance w Polsce*, [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa, 2015
- Szpor G., *System ubezpieczeń społecznych*, LexisNexis, Warszawa 2013,
- Szromnik A., *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, Wydawnictwo AE w Krakowie, Kraków 2001.
- Szumlich T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005.
- Śliperski M., *Bancassurance – związki bankowo-ubezpieczeniowe*, Difin, Warszawa 2002.
- The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, European Commission 2015.

- Thlon M., *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym przedsiębiorstwa. Metoda szacowania ryzyka delta-EVT*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012.
- Ubezpieczenia gospodarcze*, pod red. T. Sangowskiego, Poltext, Warszawa 1998.
- Warunki życia rodzin w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2014.
- Wicka A., *Popyt przedsiębiorstw na ubezpieczenia*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 74, 1/2015.
- Wierzbicka E., *Znaczenie ubezpieczeń dla przedsiębiorstw sektora MŚP*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie, 1/2014.
- Williams A.C., Smith M.L., Young P.C., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, PWN, Warszawa 2002.
- Wójcik E., *Ubezpieczenia dla małych i średnich przedsiębiorstw [w:] Ubezpieczenia dla przedsiębiorstw*, pod red. E. Wierzbickiej, Wydawnictwo SGH, Warszawa 2014.
- Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, pod red. W. Sułkowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne. Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Szwecji*, Komisja Europejska, 2012.
- Żukowski M., *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, z. 151, 1997.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. 1994 nr 121 poz. 591 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o doradztwie podatkowym (Dz. U. 1996 nr 102 poz. 475 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 1376 z późn. zm.).
- Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 18 września 2001 r. Kodeks morski, (Dz. U. 2001 nr 138 poz. 1545 z późn. zm.).
- Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 (Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1151)
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze finansowym nad rynkiem finansowym (Dz. U. 2006 nr 157 poz. 1119 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. 2004 nr 116 poz. 1205 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135).

Ustawa z dnia 7 maja 2009 r. o biegłych rewidentach i ich samorządzie, podmiotach uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz o nadzorze publicznym (Dz. U. 2009 nr 77 poz. 649).

Ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustaw regulujących wykonywanie niektórych zawodów, (Dz. U. 2013 poz. 829).

Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwieniu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulowanych (Dz. U. 2014 poz. 768).

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustaw regulujących warunki dostępu do wykonywania niektórych zawodów (Dz. U. 2015 poz. 1505).

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

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących doradztwo podatkowe (Dz. U. 2009 nr 205 poz. 1583).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 8 kwietnia 2009 r. w sprawie uprawnień do usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych (Dz. U. 2009 nr 62 poz. 508).

Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2009 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych (Dz. U. 2009 nr 205 poz. 1583).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców wykonujących działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych (Dz. U. 2014 poz. 1616).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. 2016, poz. 562).

Krajowy Standard Rachunkowość nr 9, (Dz. Urz. Min. Fin. z dnia 15 maja 2014, poz.17).

Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE L 124 z dnia 20.05.2003 r.).

Źródła internetowe

About The Group, IG Pandi (<http://www.igpandi.org/about>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Aktywność ekonomiczna ludności w Polsce III kwartał 2015 r., Główny Urząd Statystyczny 2016, (www.gus.gov.pl), data dostępu: 01.06.2016 r.

Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców, (<http://www.cepik.gov.pl/statystyki>), data dostępu: 07.06.2016 r.

Company profile, Britannia Pandi, <http://www.britanniapandi.com/about/company-profile/>, data dostępu :14.06.2016 r.

Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2015*, (www.diagnoza.com), data dostępu: 21.05.2016 r.

Dla kogo IKE, dla kogo IKZE, 2012, (www.forbes.pl), data dostępu: 23.05.2016 r.

- Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne*, Ministerstwo Zdrowia, (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/dobrowolne-ubezpieczenia-zdrowotne/>), data dostępu: 2.09.2016 r.
- Doświadczenia i kontakty międzynarodowe*, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-wiedza/828524/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-doswiadczenia-i-kontakty-miedzynarodowe](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-wiedza/828524/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-doswiadczenia-i-kontakty-miedzynarodowe)), data dostępu: 14.06.2016 r.
- Działalność przedsiębiorstw niefinansowych w latach 2005-2014*, Główny Urząd Statystyczny, (<http://stat.gov.pl/>), dostęp: 10.06.2016 r.
- Education at a Glance 2015 OECD Indicators*, (<http://www.oecd.org/>), data dostępu: 05.07.2016 r.
- Europejski Atlas Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego* (http://www.eurorap.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=81), data dostępu 15.06.2016 r.
- Emerytura z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i okresowa emerytura kapitałowa*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/podstawowe-informacje-system-emerytalny/>), dostęp 30.06.2016 r.
- Główny Urząd Statystyczny, (<http://stat.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.
- Health System*, World Health Organization, (http://www.who.int/topics/health_systems/en/), data dostępu: 28.06.2016 r.
- III filar – recepta na wyższą emeryturę*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2010, (www.piu.org.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Indywidualne konta emerytalne oraz indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego w 2015 roku*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2016, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Informacje liczbowe o rynku IKE za lata 2004 – 2015*, Komisja Nadzoru Finansowego, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Informacje liczbowe o rynku IKZE za lata 2012-2015*, Komisja Nadzoru Finansowego, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Insurance brokers*, (<http://understandinsurance.com.au/insurance-brokers>), data dostępu: 14.06.2016 r.
- Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe - składki*, (<http://www.warta.pl>), data dostępu: 14.06.2016 r.
- Jak zmienia się cena OC w zależności od pojemności silnika samochodu?* (<https://ubea.pl/Jak-zmienia-sie-cena-OC-w-zaleznosci-od-pojemnosci-silnika-samochodu,artykul,744/>), data dostępu 15.06.2016 r.
- Jamroz K., Szymanek A., *Zintegrowane zarządzanie ryzykiem w systemie bezpieczeństwa ruchu drogowego*, (<http://docplayer.pl/1887341-Zarzadzanie-ryzykiem-w-systemie-bezpieczenstwa.html>), data dostępu 15.06.2016 r.
- Kawalec S., Błażuk K., Kurek M., *Jak mobilizować dodatkowe oszczędności emerytalne?*, Izba Gospodarcza Towarzystw Emerytalnych, Warszawa 2015, (www.igte.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Komentarz do badania Polacy o produktach długoterminowego oszczędzania*, Izba Zarządzających Funduszami i Aktywami, 2015, (www.izfa.pl), data dostępu: 27.05.2016 r.

Lider na rynku ubezpieczeń morskich, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232615/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-lider-na-ryнку-ubezpieczen-morskich](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232615/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-lider-na-ryнку-ubezpieczen-morskich)), data dostępu 14.06.2016 r.

Łatwy dostęp do szerokiej kadry, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232348/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-latwy-dostep-do-szerokiej-kadry-specjalistow](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/232348/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-latwy-dostep-do-szerokiej-kadry-specjalistow)), data dostępu 14.06.2016 r.

Medicare, Social Security Administration, (<https://www.ssa.gov/pubs/PO-05-10043.pdf>), data dostępu: 4.07.2016 r.

Możliwość przygotowania oferty dla każdego klienta, ([http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/965965/\[ubezpieczenia-morskie\]\[korzysci\]-mozliwosc-przygotowania-oferty-dla-kazdego-klienta](http://www.warta.pl/ubezpieczenia/firma/ubezpieczenia-morskie/korzysci/-/wiedza/965965/[ubezpieczenia-morskie][korzysci]-mozliwosc-przygotowania-oferty-dla-kazdego-klienta)), data dostępu 14.06.2016 r.

Na Polaka przypada rocznie 660 zł składki wydanej na ubezpieczenie na życie, (<https://www.rf.gov.pl/>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Obowiązkowe ubezpieczenie OC biura rachunkowego, Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Oddział Okręgowy w Krakowie, (<http://skwp.krakow.pl/oc>), data dostępu: 03.06.2016 r.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, Ministerstwo Zdrowia, (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/obowiazkowe-ubezpieczenie-zdrowotne/>), data dostępu: 6.07.2016 r.

Ogólne Warunki Młodzieżowego Ubezpieczenia Absolwent, (<https://www.aviva.pl/>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG, Warta, (<http://www.warta.pl/>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw „Generali, z myślą o firmie”, (<https://www.generali.pl/>), data dostępu: 20.06.2016 r.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Hestia Biznes, Ergo Hestia, (<http://www.ergohestia.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r.

Ogólne warunki ubezpieczenia Twój BIZNES Plus, Uniqa, (<https://www.uniqa.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r.

Ogólne warunki ubezpieczenia Warta Ekstrabiznes Plus, Warta (<https://www.warta.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r.

Określenie metod i systemów ewidencji wpływów i wydatków na transport drogowy w Polsce (https://www.gddkia.gov.pl/userfiles/articles/p/prace-naukowo-badawcze-zrealizow_3435/documents/roz-1.pdf), data dostępu 15.06.2016 r.

Pensions AT a Glance, OECD and G20 indicators, OECD 2013, (<http://www.oecd.org/pensions/public-pensions/OECDPensionsAtAGlance2013.pdf>), data dostępu: 1.09.2016 r.

Podstawowe informacje dotyczące Młodzieżowego Ubezpieczenia Absolwent, (<https://www.aviva.pl>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Polski Rynek Bancassurance 2015, Raport PIU, (<https://www.piu.org.pl/analizy>), data dostępu: 16.05.2016 r.

Pomyśl o swojej emeryturze, Komisja Nadzoru Finansowego 2012, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 01.06.2016 r.

Postawy Polaków wobec finansów, badanie Fundacji Kronenberga przy Citi Handlowy, wrzesień 2015 r., (www.citibank.pl) data dostępu: 21.05.2016 r.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń, (<https://www.pzu.pl/wyberz-produkt>), data dostępu: 2.09.2016.

Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, 2014, (www.stat.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.

PZU DORADCA Ogólne warunki ubezpieczenia i ogólne informacje o ubezpieczeniu, PZU, (<https://www.pzu.pl>), data dostępu: 20.06.2016 r.

PZU Start w Dorosłość Podstawowe informacje o ubezpieczeniu i ogólne warunki ubezpieczenia, (<https://www.pzu.pl/>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Radwański P., *Ubezpieczenia armatorskie. P&I*, *The Maritime Worker*, listopad - grudzień 2008, Nr 6 (13), (<http://www.pogoria.pl/pl/node/288>), data dostępu 4.06.2016 r.

Radwański P., *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 1*, *The Maritime Worker*, lipiec - sierpień 2010, Nr 4 (23), (<http://www.pogoria.pl/pl/node/298>), data dostępu: 4.06.2016 r.

Radwański P., *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 2*, *The Maritime Worker*, wrzesień - październik 2010, Nr 5 (24), (<http://www.pogoria.pl/pl/node/299>), data dostępu: 4.06.2016 r.

Radwański P., *Ubezpieczenia armatorskie - P&I, cz. 3*, *The Maritime Worker*, listopad - grudzień 2010, Nr 6 (25), (<http://www.pogoria.pl/pl/ubezpieczenie/utw%C3%B3rz-ubezpieczenia>), data dostępu 4.06.2016 r.

Raport o rynku indywidualnych kont emerytalnych (IKE) za I półrocze 2009 r., Departament Pracowniczych Programów Emerytalnych, 2009, (www.knf.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.
Odliczenie wpłat na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE), Krajowa Informacja podatkowa, 2016, (www.kip.gov.pl), data dostępu: 21.05.2016 r.

Raport o stanie sektora ubezpieczeń po I kwartale 2016 roku, Komisja Nadzoru Finansowego 2016, (https://www.knf.gov.pl/Images/Sektor_ubezpieczen_lkw_2016_tcm75-47771.pdf), data dostępu 15.06.2016 r.

Raporty Roczne Polskiej Izby Ubezpieczeń za lata 2011-2015, (<https://piu.org.pl>), data dostępu: 05.07.2016 r.

Reforma systemu z 1999 r., Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/reforma-systemu-1999/>), data dostępu: 30.06.2016 r.

Standard & Poor's po raz kolejny podnosi rating Warty, Warta, (<http://media.warta.pl/pr/274095/standard-poor-s-po-raz-kolejny-podnosi-rating-warty>), data dostępu: 14.06.2016 r.

Statystyka, Portal Policja.pl, (<http://www.statystyka.policja.pl/>), data dostępu 15.06.2016 r.

Stupnicki R., *Skutki Rekomendacji U dla kredytobiorców*, *Gazeta Ubezpieczeniowa*, (http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=55783:2015-03-26-07-45-00&catid=90:bancassurance&Itemid=92), data dostępu 13.05.2016 r.

Sweden considers raising retirement age to 75, (<https://www.euractiv.com/section/social-europe-jobs/news/sweden-considers-raising-retirement-age-to-75/>), data dostępu 1.09.2016 r.

- System emerytalny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://www.mpips.gov.pl/ubezpieczenia-spoleczne/ubezpieczenie-emerytalne/system-emerytalny/>) dostęp: 30.06.2016 r.
- The 2015 Ageing Report*, European Commission, 2015, s. 400, (www.europa.eu), data dostępu: 21.05.2016 r.
- Transport. Wyniki działalności w 2014 r.*, GUS 2015, (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/transport-i-laczynosc/transport/transport-wyniki-dzialalnosci-w-2014-r-9,14.html>), data dostępu: 15.06.2016 r.
- Ubezpieczenie OC*, Krajowa Izba Biegłych Rewidentów, (https://kib.r.org.pl/pl/ubezpieczenie_oc), data dostępu: 03.06.2016 r.
- Ubezpieczenie OC, Krajowa Izba Doradców Podatkowych, (https://krdp.pl/strona.php/10_ubezpieczenia_oc.html), data dostępu: 03.06.2016 r.
- Ubezpieczenie dobrowolne*, Narodowy Fundusz Zdrowia, (http://www.nfz-szczecin.pl/bryzv_ubezpieczenie_dobrowolne.htm), data dostępu: 2.09.2016 r.
- Ubezpieczenia komunikacyjne Auto-Casco (https://rf.gov.pl/vademecum-klienta/abc-ubezpieczen/Ubezpieczenia_komunikacyjne_AUTO_CASCO_149), data dostępu 15.06.2016 r.
- Vulnerable Riders. Safety implications of motorcycling in the European Union*. European Transport Safety Council, Brussels 2008, (http://archive.etsc.eu/documents/ETSC_Vulnerable_riders.pdf), data dostępu: 15.06.2016 r.
- Warta: ubezpieczenia morskie*, Gazeta Ubezpieczeniowa, 15.03.2011 r. (http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=38991&catid=107:ryne_kubezpiecze&Itemid=106), data dostępu: 14.06.2016 r.
- Wiek emerytalny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, (<http://emerytura.gov.pl/system-emerytalny/wiek-emerytalny/>), dostęp: 30.06.2016 r.
- Wiśniewski R., *Wdrażanie i egzekwowanie zapisów Rekomendacji U KNF*, VI Kongres Bancassurance, 13-14.10.2014 r. (http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Bancassurance/VI%20Kongres/RWisniewski_UKNF.pdf), data dostępu 16.05.2016 r.
- Właściciele motocykli i motorowerów są niedoubezpieczeni - raport InterRisk*, Info Wire, (https://infowire.pl/attachment/314918/859334/interrisk_wlasciciele_motocykli_i_motorowero_w_sa_niedoubezpieczeni_raport_22.04.2016/), data dostępu: 15.06.2016 r.
- Wróblewski T., Myszka W., Więcko M.; *Ubezpieczenia komunikacyjne AUTO – CASCO*; Rzecznik Finansowy; (https://rf.gov.pl/vademecum-klienta/abc-ubezpieczen/Ubezpieczenia_komunikacyjne_AUTO_CASCO_149), data dostępu: 13.09.16 r.
- Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku*, Komenda Główna Policji, Warszawa 2016, s. 55, <http://statystyka.policja.pl/download/20/192140/Wypadki2015.pdf>, data dostępu: 15.06.2016 r.

Spis tabel

Tabela 1.1. Wartość dodana brutto wytworzona przez przedsiębiorstwa w latach 2004-2011 w odniesieniu do PKB Polski.....	12
Tabela 1.2. Ilość przedsiębiorstw w Polsce w latach 2005-2014	14
Tabela 1.3. Udział poszczególnych grup przedsiębiorstw w ogóle przedsiębiorstw w polskiej gospodarce w latach 2005-2014.	14
Tabela 1.4. Procentowy udział przedsiębiorstw korzystających z ochrony ubezpieczeniowej w ogóle przedsiębiorstw w latach 2008-2012	18
Tabela 1.5. Najpopularniejsze rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej	22
Tabela 1.6. Ocena oferty ubezpieczenia dla przedsiębiorstw z sektora MŚP dla wybranych towarzystw ubezpieczeniowych	27
Tabela 3.1. Główne przyczyny wypadków spowodowanych przez motocyklistów	47
Tabela 3.2. Sprawcy wypadków – motocykliści wg wieku	48
Tabela 4.1. Minimalne sumy gwarancyjne w ubezpieczeniu OC biegłych rewidentów w zależności od przedmiotu działalności.....	60
Tabela 4.2. Podmioty uprawnione do wykonywania czynności zawodowych przed i po deregulacji ..	62
Tabela 4.3. Zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC biur rachunkowych przed i po deregulacji.....	63
Tabela 5.1. Uproszczona struktura bilansu zakładów ubezpieczeń	70
Tabela 5.2. Wykaz wariantów rachunku zysków i strat	72
Tabela 5.3. Uproszczona struktura technicznego rachunku ubezpieczeń w dziale I i II.....	79
Tabela 5.4. Uproszczona struktura ogólnego rachunku zysków i strat.....	80
Tabela 6.1. Procentowy udział składki przypisanej brutto przez zakłady ubezpieczeń.	90
Tabela 7.1. Współczynnik skolaryzacji netto w szkolnictwie wyższym	100
Tabela 7.2. Liczba studentów ogółem w Polsce w latach 2010-2015	101
Tabela 7.3. Liczba studentów studiów dziennych na uczelniach publicznych w Polsce w latach 2010-2015.....	102
Tabela 7.4. Liczba studentów studiów zaocznych na uczelniach publicznych oraz studiów dziennych i zaocznych na uczelniach niepublicznych w Polsce w latach 2010-2015	102
Tabela 7.5. Składki przypisane brutto grup pierwszej i trzeciej działy i w Polsce w latach 2011-2015	104
Tabela 7.6. Składki przypisane brutto działy i w Polsce w latach 2011-2015	105
Tabela 7.7. Składki przypisane brutto grupy drugiej działy i w Polsce w latach 2011-2015	106

Tabela 7.8. Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w tys. złotych wypłacone w grupie drugiej działu i w Polsce w latach 2011-2015	107
Tabela 8.1. Liczba IKE i IKZE w roku 2015 z podziałem na płeć i kategorie wiekowe.....	116
Tabela 9.1. Porównanie systemów emerytalnych Polski i Szwecji.....	136
Tabela 10.1. Wydatki na zdrowie Polski, Stanów Zjednoczonych w porównaniu ze średnią wydatków państw OECD	147

Spis rysunków

Rysunek 1.1. Ocena przedsiębiorców oferty ubezpieczeniowej kierowanej do przedsiębiorstw z sektora MŚP w Polsce.....	18
Rysunek 6.1. Struktura składki oraz liczby ubezpieczeń majątkowych i osobowych na rynku bancassurance [%].....	91
Rysunek 6.2. Liczba ubezpieczeń majątkowych i osobowych pozyskanych w kanale bancassurance [szt.].....	92
Rysunek 6.3. Liczba ubezpieczeń życiowych pozyskanych w kanale bancassurance [szt.].....	93
Rysunek 8.1. Limit wpłat na IKE i IKZE w danym roku	112
Rysunek 8.2. Liczba kont IKE i IKZE w poszczególnych latach	115
Rysunek 8.3. Miesięczne dochody realne gospodarstw domowych na przestrzeni lat	119



UNIWERSYTET
EKONOMICZNY
W KRAKOWIE



RISK
MANAGEMENT

KOŁO NAUKOWE UBEZPIECZEŃ

**KATEDRA
ZARZĄDZANIA
RYZYKIEM
I UBEZPIECZEŃ**
KU.UEK.KRAKOW.PL