Ekonomia

Ubezpieczenia i finanse

Rozwój i perspektywy

pod redakcją Anny Szymańskiej

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Ubezpieczenia i finanse

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Ekonomia

Ubezpieczenia i finanse

Rozwój i perspektywy

pod redakcją Anny Szymańskiej

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

ŁÓDŹ 2017

Anna Szymańska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Ubezpieczeń, Instytut Finansów, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41

RECENZENCI
Iwona Dorota Czechowska, Radosław Pastusiak

REDAKTOR INICJUJĄCY
Monika Borowczyk

SKŁAD I ŁAMANIE
Monika Wolska-Bryl

KOREKTA TECHNICZNA
Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI
Stämpfli Polska Sp. z o.o.
Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Shutterstock.com

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

© Copyright by Authors, Łódź 2017
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2017

Patronat
warta.

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.07954.17.0.K

Ark. druk. 12,375

ISBN 978-83-8088-628-5
e-ISBN 978-83-8088-629-2

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Prof. zw. dr hab. Stanisław Wieteska

Profesorowi Stanisławowi Wietesce
z podziękowaniem za wieloletnią
współpracę

Spis treści

Andrzej Borowicz, Eugeniusz Wojciechowski
Profesor Stanisław Wieteska – naukowiec, dydaktyk, organizator, kolega 9

Teresa H. Bednarczyk
Stymulowanie prywatnych oszczędności emerytalnych na przykładzie Kanady i Nowej Zelandii 17

Iwona Dorota Czechowska
Architektura bezpieczeństwa i ochrony interesów konsumentów na rynku usług finansowych 33

Małgorzata Jeziorska
Wpływ starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce 51

Anna Jędrzychowska, Ilona Kwiecień, Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
Wydłużanie trwania życia a płatności rentowe z ubezpieczeń OC 65

Bożena Kołosowska
Ranking światowych systemów emerytalnych według Melbourne Mercer Global Pension Index 79

Jacek Lisowski
Rynek brokerski w Polsce a zmiany otoczenia ekonomicznego 91

Tomasz Michalski
Paradygmat finansów na przełomie XX i XXI w. Ewolucja czy rewolucja? 103

Wanda Ronka-Chmielowiec
Ryzyko ubezpieczeniowe – współczesne wyzwania dla zakładów ubezpieczeń 117

Wanda Sułkowska
Przyczynek do dyskusji nad skutkami wdrożenia zasady równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do usług ubezpieczeniowych 131

Agata Szczukocka
Ubezpieczenie jako forma zabezpieczenia kredytu 145

Włodzimierz Szkutnik, Alicja Wolny
Jakościowe szacowanie pewnych zagrożeń generujących ryzyko ubezpieczeniowe 157

Anna Szymańska
Systemy bonus–malus jako element procesu taryfikacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych OC 175

Waldemar Tarczyński
Fundamentalny portfel papierów wartościowych jako alternatywa dla modelu Markowitz'a 187

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.01

Profesor Stanisław Wieteska – naukowiec, dydaktyk, organizator, kolega

Andrzej Borowicz
dr hab. prof. nadzw. UŁ, Katedra Inwestycji i Nieruchomości,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Eugeniusz Wojciechowski
prof. zw. dr hab., Katedra Gospodarki Samorządu Terytorialnego,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Profesor Stanisław Wieteska jest osobą wyjątkową, która szczególnie umiejętnie potrafiła połączyć efektywną działalność akademicką, zarówno naukową jak i dydaktyczno-organizacyjną, z owocnymi kontaktami z praktyką gospodarczą.

Po habilitacji Profesor Stanisław Wieteska zajął się w sposób pionierski bardzo istotnymi problemami rynku ubezpieczeń, wypracowując w tym zakresie dorobek o fundamentalnym znaczeniu. Niezależnie od wieloletniej aktywności naukowej, Profesor cały czas był wspaniałym kolegą i ojcem rodziny, którego rzadko spotykaną witalność i kreatywność mieliśmy okazję obserwować i podziwiać, jak dotąd, przez blisko pół wieku.

Kalendarium kariery akademickiej

W kalendarium kariery naukowej Profesora Stanisława Wieteski wyróżnić należy pięć następujących dat:

- 1972 – magisterium z ekonomii,
- 1982 – magisterium z matematyki,
- 1977 – doktorat z ekonomii,
- 1987 – habilitacja w zakresie nauk ekonomicznych,
- 2007 – profesura tytularna.

Tytuł rozprawy habilitacyjnej nie wskazywał jeszcze na fakt, że podstawową domeną dorobku naukowego Profesora stanie się teoria i praktyka ubezpieczeń. Brzmiał on bowiem: *Ekonomiczne aspekty zużycia budynków mieszkalnych.*

Współpraca z praktyką gospodarczą

Wątek współpracy z praktyką gospodarczą eksponujemy dlatego, że sam Profesor szczególnie wysoko ceni sobie doświadczenia zdobyte w jej efekcie.

Współpraca ta została zapoczątkowana w roku 1990, kiedy to Profesor Stanisław Wieteska podjął pracę w Zakładzie Ubezpieczeniowym „Westa", a od 1993 roku – w Towarzystwie Ubezpieczeń i Reasekuracji „Polonia". W obu tych Towarzystwach Profesor Stanisław Wieteska pracował w dziale aktuarialnym. Doświadczenia zdobyte w tym dziale obecnie, z perspektywy czasu, Profesor ceni sobie szczególnie.

W obu Towarzystwach Profesor zajmował się kalkulacją rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, marginesu wypłacalności oraz taryf ubezpieczeniowych, jak również opracowywaniem nowych produktów ubezpieczeniowych. Zrealizował także szereg analiz ekonomicznych dotyczących problemów ubezpieczeń.

W roku 2001 Towarzystwo Ubezpieczeniowe „Polonia" zostało przejęte przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Uniqua S.A. W tym ostatnim Towarzystwie Profesor pracował do końca roku 2003.

W ciągu 13 lat pracy w zakładach ubezpieczeniowych Profesor Stanisław Wieteska zdobył, jak sam stwierdza, istotne doświadczenie w zakresie praktyki ubezpieczeń majątkowo-osobowych, które umożliwiło Mu nowe spojrzenie na teorię ubezpieczeń.

Zainteresowania naukowo-badawcze

W latach 1973–1992 zainteresowania naukowe Profesora Stanisława Wieteski koncentrowały się na gospodarce mieszkaniowej, w szczególności na eksploatacji budynków mieszkalnych.

Od roku 1993 skupiają się one natomiast na, rozumianej szeroko, problematyce ubezpieczeniowej, w tym zwłaszcza na: ekonomice ubezpieczeń, rachunku świadczeń emerytalnych, ubezpieczeniach majątkowo-

-osobowych, teorii ryzyka ubezpieczeniowego, demografii matematycznej, matematyce finansowej oraz rachunku aktuarialnym.

W zakresie problematyki ubezpieczeniowej Profesor Stanisław Wieteska jest obecnie niekwestionowanym i powszechnie uznawanym autorytetem naukowym, co wyraźnie potwierdza analiza Jego bogatego dorobku naukowego, którego istotną częścią są liczne recenzje prac awansowych oraz opracowań i projektów naukowych.

Współpraca z innymi Uczelniami

O wysokiej pozycji naukowej Profesora Stanisława Wieteski świadczy również fakt, jak wiele Uczelni było zainteresowanych podjęciem z Nim współpracy. Tak więc, oprócz macierzystego Uniwersytetu Łódzkiego, były to następujące uczelnie:

- Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie Profesor jest zatrudniony od 2005 roku do chwili obecnej,
- Wyższa Szkoła Bankowości, Finansów i Ubezpieczeń im. J Chechlińskiego w Łodzi, z którą Profesor współpracował w latach 1994–2004,
- Salezjańska Szkoła Ekonomii i Zarządzania w Łodzi (1996–2004),
- Wyższa Szkoła Kupiecka w Łodzi (1996–2003) oraz
- Wyższa Szkoła Zarządzania w Łodzi (1998–2000).

Profesor w latach 1996–2005 prowadził ponadto wykłady na Podyplomowym Studium Prawa Ubezpieczeń Społecznych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

Dorobek publikacyjny Profesora

Dotychczasowy dorobek publikacyjny Profesora jest obszerny i bogaty, zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym.

Charakterystyka jakościowa dorobku naukowego

Spektrum badań, które znalazły swoje odzwierciedlenie w publikacjach naukowych Profesora Stanisława Wieteski, jest bardzo szerokie. Przedmiotem tych prac były w szczególności takie zagadnienia, jak:

- rola zakładów ubezpieczeń w zrównoważonym rozwoju,
- zagrożenia naturalne,
- obowiązkowe ubezpieczenia OC,
- metody kalkulacji składek ubezpieczeniowych,
- etyka ubezpieczeniowa.

Profesor opracował także wiele nowych produktów ubezpieczeniowych, stanowiących odpowiedź na ciągle zmieniające się zapotrzebowanie na usługi ubezpieczeniowe w naszym kraju.

Dorobek publikacyjny Profesora Stanisława Wieteski, ze względu zarówno na jego wysoki poziom naukowy, jak również kluczowe znaczenie podejmowanych problemów, w sposób istotny przyczynił się do rozwoju zarówno teorii, jak i praktyki ubezpieczeń w Polsce.

Charakterystyka ilościowa dorobku naukowego

W ujęciu kwantytatywnym dorobek naukowy Profesora Stanisława Wieteski przedstawia się również imponująco. Obejmuje on bowiem, jedynie od roku 2004, ponad 80 publikacji artykułowych oraz rozdziałów w monografiach naukowych.

Do znaczących opracowań monograficznych, których autorem jest Profesor Stanisław Wieteska, należy zaliczyć następujące publikacje:

- *Zbiór zadań z matematycznej teorii ryzyka ubezpieczeniowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001,
- *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładów ubezpieczeń majątkowo-osobowych. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Łódź 2004,
- *Zagrożenia naturalne w polskim obszarze terytorialnym. Praktyczne podstawy do kalkulacji składek ubezpieczeń majątkowo-osobowych*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2015.

Dorobek Profesora Stanisława Wieteski zostanie niebawem w sposób bardzo istotny powiększony. Na liście prac naukowych Profesora, które przyjęte zostały do druku znajduje się bowiem aktualnie 18 pozycji, natomiast w przegotowaniu jest 26 dalszych artykułów naukowych.

Udział w życiu naukowym

Istotnym wyróżnikiem rangi uczonego jest ilość recenzji, o które był On proszony. Również i ta miara pozycjonuje Profesora Stanisława Wieteskę bardzo wysoko. Jego dorobek recenzencki, jedynie od 2004 roku,

obejmuje po dwie recenzje profesorskie, habilitacyjne i dorobku habilitantów, sześć recenzji prac doktorskich oraz czteyu recenzje wydawnicze monografii. Ponadto Profesor sporządził wiele opinii, zarówno na zlecenie KBN, jak i NCN oraz kilkadziesiąt recenzji artykułów na kanwie referatów wygłaszanych na konferencjach naukowych organizowanych przez różne ośrodki akademickie w kraju.

Kształcenie kadry naukowej

Do chwili obecnej Profesor Stanisław Wieteska wypromował pięciu doktorów. Ponadto aktualnie Profesor jest promotorem kolejnych trzech prac doktorskich, dla których zostały już otwarte przewody. Są to prace:

- Anety Tomaszkiewicz, *Adekwatność sum ubezpieczenia w ubezpieczeniach nieruchomości mieszkalnych w Łodzi*,
- Darii Korytkowskiej, *Finansowe skutki występowania szkód na pacjentach na przykładzie szpitali okręgu łódzkiego w latach 2005–2010*,
- Joanny Mrozowicz, *Bezpośrednie szkody popowodziowe w gospodarstwach domowych na przykładzie Sandomierza*.

Tematyka prac doktorskich przygotowywanych i obronionych pod kierunkiem Profesora Stanisława Wieteski świadczą o Jego niebagatelnym wkładzie w proces kształcenia wysoko kwalifikowanych kadr dla sektora ubezpieczeń.

Udział w programach badawczych

Profesor Stanisław Wieteska brał aktywny udział w realizacji programów badawczych. Przykładowymi projektami badawczymi, w których Profesor uczestniczył jako wykonawca lub podwykonawca są:

- *Współpraca sektora bankowego i ubezpieczeniowego ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia kredytu* (2001–2002),
- *Efektywność ekonomiczna działalności lokacyjnej zakładów ubezpieczeń w Polsce w latach 1995–2002* (projekt KBN, 2003–2005),
- *Determinanty i implikacje pracy na własny rachunek w polskiej gospodarce* (podwykonawca, projekt KBN, 2003–2005).

Udział w konferencjach

W latach 2001–2016 Profesor Stanisław Wieteska aktywnie uczestniczył w 76 konferencjach naukowych organizowanych przez różne ośrodki akademickie.

Od roku 2014 Profesor bierze aktywny udział m.in. w konferencjach naukowych organizowanych przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa w Poznaniu, na których wygłosił 5 referatów naukowych, następnie opublikowanych w materiałach konferencyjnych.

Dorobek organizacyjny

W bogatym dorobku organizacyjnym Profesora na szczególne wyróżnienie zasługuje:

- powołanie specjalności „Ubezpieczenia" na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego z oryginalnym, autorskim programem kształcenia oraz pełnienie funkcji opiekuna tej specjalności,
- od 1.10.2000 do 30.09.2016 roku – kierowanie Katedrą Ubezpieczeń na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego,
- wielokrotny udział w komisjach zadaniowych powoływanych na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego.

Nagrody

Za swoją działalność naukowo-badawczą Profesor Stanisław Wieteska został wyróżniony ośmioma nagrodami Rektora Uniwersytetu Łódzkiego, w tym:

- w 2009 roku nagrodą Rektora UŁ II° za osiągnięcia naukowe. Podstawa: cykl publikacji z zakresu teorii i praktyki ubezpieczeń,
- w 2011 roku nagrodą Rektora UŁ III° za osiągnięcia naukowe. Podstawa: cykl publikacji na temat szerokiego spectrum problemów ubezpieczeniowych.

Inne szczególne osiągnięcia Profesora

Profesor Stanisław Wieteska był jak dotąd promotorem ponad 500 prac licencjackich i magisterskich. Niektóre z tych prac zostały dostrzeżone przez różne instytucje oraz stowarzyszenia. Sześć prac uzyskało nagrody Rzecznika Ubezpieczonych. Jedna nich została także uhonorowana nagrodą Polskiego Towarzystwa Kryminalistycznego, inna natomiast została wdrożona i opublikowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA. Napisana pod kierunkiem Profesora Stanisława Wieteski praca doktorska Pani Kingi Stęplewskiej *Czynniki kształtujące decyzje klientów rynku ubezpieczeń na życie w woj. świętokrzyskim* (Łódź 2011) uzyskała Nagrodę III° Rzecznika Ubezpieczonych oraz Nagrodę Stowarzyszenia Oceny Ryzyka i Likwidacji Szkód w Kielcach.

Szczególnym wyrazem uznania dla Profesora Stanisława Wieteski jest głęboki szacunek i podziw zarówno współpracowników, jak i koleżanek i kolegów z Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego UŁ, którzy przez wiele lat mieli okazję obserwować Jego energię, wytrwałość i konsekwencję badawczą oraz spontaniczną pracowitość. Nade wszystko jednak nas, jako wieloletnich kolegów Profesora poczynając od okresu studiów, zawsze uderzała Jego koleżeńskość i życzliwość przejawiana we wszystkich sytuacjach, w których przyszło się nam razem znaleźć.

Bez wątpienia Profesor Stanisław Wieteska jest uznanym autorytetem, nie tylko w naszym środowisku naukowym, ale również we wszystkich liczących się ośrodkach akademickich w Polsce.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.02

STYMULOWANIE PRYWATNYCH OSZCZĘDNOŚCI EMERYTALNYCH NA PRZYKŁADZIE KANADY i NOWEJ ZELANDII

Teresa H. Bednarczyk
dr hab. prof. nadzw., Zakład Ubezpieczeń,
Wydział Ekonomiczny,
UMCS

Wprowadzenie

Dokonujące się przemiany demograficzne, społeczne oraz gospodarcze w Europie i na świecie stanowią duże wyzwanie dla stabilności publicznych systemów emerytalnych opartych na zasadzie *pay-as-you-go*. W związku z tym zachodzi pilna potrzeba rozbudowy kapitałowych programów emerytalnych, opartych na indywidualnej zapobiegliwości, tak aby nabrały one cech powszechności i uzupełniały skutecznie lukę w stopach zastąpienia z filarów publicznych. Wówczas system emerytalny ma szanse sprawnie wykorzystywać efekt synergii obu typów filarów, ograniczać ryzyko występujące w każdym z nich z osobna i jednocześnie ma szanse zapewnić stabilne finansowanie przyszłych świadczeń emerytalnych.

Polska gospodarka potrzebuje oszczędności emerytalnych, a jednocześnie przyszli emeryci potrzebują dodatkowego kapitału, aby uzupełnić w przyszłości prognozowany niższy poziom świadczeń emerytalnych z systemu publicznego. W Polsce funkcjonują już programy gromadzenia dodatkowych oszczędności emerytalnych, wspierane przez państwo. Jednak nie przynoszą one istotnego wzrostu nowych oszczędności. W 2015 r. wartość łącznych aktywów zgromadzonych zarówno w formie zbiorowego oszczędzania (PPE), jak i w indywidualnych planach emerytalnych (IKE i IKZE) wyniosła 16,92 mld zł, co stanowiło zaledwie 0,94 proc. PKB[1]. Po kilkunastu latach funkcjonowania dobrowolnych programów emerytal-

1 W 2014 r. średnia ważona relacji aktywów zgromadzonych w prywatnych funduszach emerytalnych do PKB dla krajów OECD wyniosła 84,4 proc. [OECD 2015a: 9].

nych poziom społecznej partycypacji w nich, zwłaszcza osób o niskich dochodach, jest nadal bardzo niewielki[2], czego nie można tłumaczyć jedynie w kategoriach czysto ekonomicznych. Problem leży po stronie bodźców systemowych, które oceniane są jako mało atrakcyjne dla szerszej populacji. Dlatego w trzecim filarze emerytalnym konieczne są zmiany i wprowadzenie nowych, znacznie skuteczniejszych zachęt do oszczędzania.

Kanadyjski system emerytalny jest jednym z najlepiej ocenianych pod względem stabilności finansowej, adekwatności świadczeń oraz integralności publicznego i prywatnego systemu emerytalnego. Powszechna emerytura państwowa zapewnia ochronę ludzi starszych przed ubóstwem, zaś relatywnie wysoki poziom dodatkowych oszczędności emerytalnych skutecznie uzupełnia niewysoką stopę zastąpienia z systemu publicznego, szczególnie w grupie osób średnio zamożnych i zamożnych. Nowa Zelandia z kolei jest przykładem kraju, który odniósł największy sukces w angażowaniu społeczeństwa w dobrowolne programy emerytalne i mobilizowanie dodatkowych oszczędności emerytalnych. Wprowadzony tam w lipcu 2007 roku nowatorski system dobrowolnych kont emerytalnych pod nazwą KiwiSaver z roku na rok odnotowuje wzrost uczestników i aktywów tam zgromadzonych. Dzięki temu Nowa Zelandia prezentuje jeden z najwyższych na świecie wskaźników partycypacji pracowników w dobrowolnych formach oszczędzania na emeryturę.

Głównym celem opracowania jest porównanie rozwiązań systemowych dotyczących stymulowania dodatkowych oszczędności emerytalnych w Kanadzie i w Nowej Zelandii. Opracowanie wymagało studiów literaturowych oraz analizy źródeł statystycznych, raportów i opracowań instytucji krajowych i zagranicznych.

1. Oszczędności emerytalne i instrumenty ich wspierania

Oszczędności podmiotów gospodarujących są wynikiem celowego procesu przesuwania konsumpcji bieżącej na rzecz konsumpcji przyszłej. Stanowią odłożoną w czasie konsumpcję w celu maksymalizowania funkcji użyteczności [Czechowska 2013: 59]. W teorii ekonomii ziden-

2 Wskaźnik partycypacji – odsetek uczestników dobrowolnych programów emerytalnych w relacji do ogółu pracujących w wieku 15–64 lat. Na koniec 2015 r. wskaźnik partycypacji w PPE wynosił – 2,41 proc. w IKE – 5,3 proc. oraz w IKZE 3,7 proc. [UKNF 2014].

tyfikowano wiele motywów (bodźców) skłaniających do oszczędzania. W świetle ekonomii klasycznej i neoklasycznej wielkość oszczędności jest pochodną stopy procentowej, która stanowi wynagrodzenie za rezygnację z konsumpcji bieżącej na rzecz wyższego poziomu konsumpcji w okresach późniejszych. W ujęciu ekonomii Keynesowskiej poziom oszczędności w okresie długim jest zdeterminowany przez skłonność do oszczędzania, która zależy przede wszystkim od wysokości łącznych dochodów [Keynes 2003: 142–143]. W świetle hipotezy cyklu życia F. Modiglianiego [Modigliani i Brumberg 1954: 388–436] oraz teorii dochodu permanentnego M. Friedmana [Friedman 1957] – podstawowym motywem oszczędzania jest chęć zapewnienia sobie odpowiedniego poziomu i standardu życia w okresie emerytalnym. Cel emerytalny pojawia się w większości współczesnych klasyfikacji motywów oszczędzania[3].

Oszczędności emerytalne mogą być rozpatrywane w różnym ujęciu, zarówno węższym jak i szerszym. W niniejszym opracowaniu do oszczędności emerytalne będą zaliczane różne formy prywatnych planów emerytalnych, zakładowych i indywidualnych, dobrowolnych lub obowiązkowych (bądź *quasi* obowiązkowych), zarządzanych na zasadach rynkowych (kapitałowych). Jako oszczędności emerytalne będą traktowane jedynie te umowy inwestycyjne, które mają jasno zdefiniowany cel emerytalny. Tym samym jako oszczędności nie będą tutaj traktowane obligatoryjne składki odprowadzane do publicznych systemów emerytalnych, finansowanych na zasadzie repartycyjnej (*pay-as-you-go*), a także środki gromadzone w otwartych funduszach emerytalnych, które pochodzą z części obligatoryjnych składek odprowadzanych na ubezpieczenia publiczne.

Oszczędności emerytalne pełnią wiele funkcji. Mikroekonomiczna funkcja oszczędności emerytalnych polega na uzupełnieniu świadczeń emerytalnych pochodzących z systemu publicznego oraz zabezpieczaniu godnego poziomu życia po zakończeniu aktywności zawodowej. Z makroekonomicznego punktu widzenia oszczędności emerytalne stanowią ważne źródło akumulacji kapitału finansowego, który przekształcony efektywnie w inwestycje rzeczowe pozytywnie wpływa na wzrost gospodarczy. W związku z tym w interesie rządów jest wspieranie procesu dodatkowego oszczędzania na okres starości, za pomocą ulg podatkowych lub innych narzędzi finansowych.

3 Jednak motywy nie zawsze pokrywają się z celami, na jakie gromadzone są oszczędności. Często gospodarstwa domowe oszczędzają bez z góry określonego celu. Szerzej na temat motywów oszczędzania zob. m.in.: Swacha-Lech [2013: 430–432].

W praktyce spotkać można różne rozwiązania dotyczące stosowanych ulg podatkowych związanych z oszczędzaniem w zinstytucjonalizowanych planach emerytalnych. Najczęściej występuje zwolnienie podatkowe, które może być stosowane w odniesieniu do trzech elementów: periodycznych wpłat wnoszonych do programów emerytalnych, zysków inwestycyjnych oraz świadczeń wypłacanych z programów emerytalnych. W literaturze wyodrębniono następujące modele opodatkowania: EET (*exempt-exempt-tax*), TEE (*tax-exempt-exempt*), TTE (*tax-tax--exempt*), ETT (*exempt-tax-tax*) oraz EEE (*exempt-exempt-exempt*). W krajach wysoko rozwiniętych najbardziej popularny jest system EET, czyli odpisywanie wpłaconych składek oszczędnościowych od podstawy opodatkowania, zwolnienia z podatku zysków wypracowanych przez kapitał emerytalny w okresie inwestowania oraz opodatkowanie wypłacanych świadczeń emerytalnych [Pieńkowska-Kamieniecka i Ostrowska--Dankiewicz 2013: 120].

Jak pokazują niektóre badania naukowe, ulgi podatkowe nie zawsze przyczyniają się do istotnego wzrostu oszczędności emerytalnych i nie zawsze zapewniają wysoki poziom partycypacji, zwłaszcza wśród osób o niskich i średnich dochodach. System zachęt w systemie opodatkowania EET powoduje, że zyskują przede wszystkim osoby osiągające wysokie dochody. Z kolei osoby gorzej zarabiające, które płacą niskie podatki, w mniejszym stopniu odczuwają korzyści z tytułu ulg podatkowych i tym samym mają mniejsze bodźce do oszczędzania w zinstytucjonalizowanych planach emerytalnych. W efekcie zachęty w systemie opodatkowania EET powodują transfer fiskalny od ogółu podatników do osób o najwyższych dochodach [Kawalec i in. 2015: 21].

Innym sposobem wspierania procesu mobilizowania oszczędności emerytalnych są dopłaty do składek uczestników programów oszczędnościowych (*matching contributions*), realizowane przez rządy i/lub pracodawców. Mechanizm dopłat do składek oszczędnościowych jest rozwiązaniem, które występuje samodzielnie lub w połączeniu z zasadą automatycznego zapisu (*automatic-enrolment*). Zasada automatycznego zapisu znajduje wsparcie w dorobku ekonomii behawioralnej, w świetle której ludzie są generalnie niechętni do wprowadzania jakichkolwiek zmian. W przypadku gdy system oszczędzania emerytalnego jest dobrowolny część ludzi nie weźmie w nim udziału właśnie z niechęci do zmian, a nie dlatego, że uważa, że jest on im niepotrzebny. Automatyczny zapis pozwala na uniknięcie tego problemu [Samoń 2012: 14].

2. Wspieranie dobrowolnych oszczędności emerytalnych w Kanadzie

Kanada zaliczona jest do państw o charakterze liberalnym i prorynkowym. Wiodącą rolę w systemie emerytalnym pełnią rozwiązania podporządkowane rynkowi. Państwo dąży do minimalizacji wydatków na cele emerytalne, gwarantując jedynie niezbędne minimum w ramach emerytury obywatelskiej [Esping-Andersen 2010]. W rezultacie wydatki publiczne na cele emerytalne są prawie o połowę niższe niż średnia dla krajów OECD. Za to wydatki prywatne są prawie o połowę wyższe niż średnia dla krajów OECD [*Actuarial Report…*: 33].

Kanada należy do grona tych krajów, w których dochody z kapitału odgrywają bardzo ważną rolę w uzupełnianiu dochodów emerytalnych z systemu publicznego. W 2012 r. dochody z kapitału (funduszy emerytalnych i innych form inwestycji) stanowiły 39% dochodów Kanadyjczykom w wieku 65 i więcej lat. Stawia to Kanadę na pierwszym miejscu wśród krajów OECD pod względem udziału kapitału prywatnego w strukturze dochodów osób starszych. Drugie miejsce pod tym względem zajmuje Nowa Zelandia [OECD 2015b: 169].

O istotnej roli rozwiązań rynkowych w kanadyjskim systemie emerytalnym świadczą też aktywa zgromadzone w funduszach emerytalnych. W 2014 r. ich wysokość w relacji do PKB stanowiła 76,2 proc. (przy średniej ważonej dla krajów OECD – 84,4 proc.). Większy udział funduszy emerytalnych w PKB odnotowano jedynie w takich krajach, jak: Holandia (159,3 proc.), Islandia (146,8 proc.), Szwajcaria (120,3 proc.), Australia (110 proc.), Wielka Brytania (96 proc.), USA (83 proc.), przy czym w Holandii, Islandii i Szwajcarii kapitałowe ubezpieczenia emerytalne są dla pracowników *de facto* obowiązkowe lub *quasi*-obowiązkowe [OECD 2015b: 9].

Gospodarcze tradycje anglosaskiego kręgu kulturowego, wywarły duży wpływ na kształtowanie się postaw kanadyjskiego społeczeństwa, które podobnie jak amerykańskie wykazuje duże przywiązanie do indywidualizmu i atomizacji społeczeństwa. Jest to istotne ze społecznego i ekonomicznego punktu widzenia, gdyż zaufanie społeczne sprzyja rozwojowi nowoczesnego rynku prywatnych instytucji finansowych. Jest to również ważne w kontekście systemu emerytalnego, zwłaszcza gdy znaczna część emerytur jest zapewniana poprzez fundusze emerytalne i inne instrumenty rynku finansowego. Kanadyjskie społeczeństwo odznacza się wysokim stopniem zaufania do instytucji finansowych. Wynika to z głęboko zakorzenionych moralnych i etycznych norm społecz-

nych, które wymagają od partnerów uczciwości w interesach [Fukuyama 1997: 181].

Stabilność i funkcjonalność kanadyjskiego systemu emerytalnego wynika z jego zróżnicowania. System emerytalny składa się z trzech filarów, z których dwa pierwsze są obligatoryjne i administrowane przez państwo[4]. Podstawowy poziom świadczeń emerytalnych w ramach pierwszego filara zapewnia Program Zabezpieczania Osób Starszych (*Old Age Security*) wraz z programami wspierającymi – *Guaranteed Income Supplement* oraz programami zasiłków (*Allowance*) i zasiłków dla wdów i wdowców *(Allowance for the Survivor)*. Stopa zastąpienia z tego filara jest dość niska, wynosi ok. 15% [*Old Age Security Benefits…*].

Drugi filar emerytalny – *Canada/Quebec Pension Plan* oparty jest na modelu ubezpieczeniowym *(pay-as-you-go)*. Do płacenia składek ubezpieczeniowych zobowiązany jest każdy dorosły obywatel w wieku od 18–70 lat, który uzyskuje dochód roczny w przedziale 3 500–54 900 CAN (przedział obowiązujący w 2016 r.), a także osoby prowadzące własną działalność gospodarczą. Emerytura z filara ubezpieczeniowego jest obliczana na zasadzie zdefiniowanego świadczenia, a nie zdefiniowanej składki. Stopa zstąpienia z filara ubezpieczeniowego wynosi ok. 25%. System kanadyjski nie przewiduje minimalnej emerytury z systemu ubezpieczeniowego, natomiast przewiduje kwotę maksymalnego miesięcznego świadczenia emerytalnego dla osób w wieku 65 i więcej lat[5].

Trzeci filar emerytalny w Kanadzie jest całkowicie dobrowolny i składa się z pracowniczych (zakładowych) programów emerytalnych (*Registered Pension Plans*), indywidualnych oszczędnościowych planów emerytalnych (*Registered Retirement Savings*) oraz wolnych od podatku kont oszczędnościowych (*Tax-Free Saving Accounts*). Są organizowane i sponsorowane przez pracodawców. Uśredniona składka na rzecz tych programów kształtuje się na poziomie 8,5 proc. wynagrodzenia brutto [Kłos 2012, s. 8]. Wszystkie zakładowe programy emerytalne, które są zarejestrowane w Kanadyjskiej Agencji Podatkowej (*Canada Revenue Agency*) dostarczają ulg podatkowych w systemie EET (*Exempt, Exempt, Tax*). Ulgi podatkowe obejmują zarówno pracowników jak i pracodawców współfinansujących składki emerytalne. Opodatkowaniu podlegają natomiast wszystkie wypłaty z planów emerytalnych [*Registered Pension Plan – RPP – Investopedia*].

4 Szerzej na ten temat zob. m.in.: Bednarczyk i Szwedo [2016].

5 W 2015 roku przeciętne miesięczne świadczenie emerytalne z CCP w wieku 65 lat wynosiło 640,23 CAN, a maksymalne miesięczna emerytura 1 065,00 CAN. Maksymalne świadczenie możliwe do przyznania w 2016 wynosiło 1 092,50 CAN [*Retirement Income…*].

W 2014 roku w ramach pracowniczych programów emerytalnych oszczędzało ponad 6,2 miliona Kanadyjczyków [*Registed Pension Plans*…]. Wskaźnik partycypacji wśród osób w wieku 15–64 lat wynosił 26%. Pracownicze programy emerytalne funkcjonują na zasadzie zdefiniowanego świadczenia lub zdefiniowanej składki. Mogą też zawierać rozwiązania mieszane (hybrydowe). Zdecydowana większość uczestników (ponad 70 proc.) wybrała programy o zdefiniowanym świadczeniu. Plany o zdefiniowanej składce cieszą się zdecydowanie mniejszym zainteresowaniem. Ich udział z roku na rok spada. Świadczy to o tym, że Kanadyjczycy preferują rozwiązania, które gwarantują wysokość przyszłych świadczeń i unikają brania na siebie ryzyka inwestycyjnego. Podobny trend charakterystyczny jest również dla rynku zakładowych programów emerytalnych w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii [Pieńkowska-Kamieniecka 2010: 153].

Indywidualne plany emerytalne, które w Kanadzie przyjęły nazwę *Registered Retirement Savings Plans* funkcjonują począwszy od 1957 roku. Dedykowane są zarówno pracownikom jak i osobom prowadzącym własną działalność gospodarczą, które nie ukończyły 71 roku życia. Są one oferowane przez banki, kasy oszczędnościowe, fundusze inwestycyjne oraz ubezpieczycieli. Indywidualne plany emerytalny występują wyłącznie w formule zdefiniowanej składki. W celu pobudzenia indywidualnych oszczędności emerytalnych podlegają one także ulgom podatkowym w systemie EET. Maksymalny limit składkowy (tzw. *contribution room*) jest określany urzędowo dla poszczególnych prowincji. Począwszy od 2010 r. jest indeksowany do rocznego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. W 2015 r. limit ten ustalono na 24 930 CAN lub 18 proc. rocznych dochodów z poprzedniego roku [*How contributions…*].

Najnowszym rozwiązaniem w ramach trzeciego filara emerytalnego, wprowadzonym w 2009 roku – są wolne od podatku konta oszczędnościowe (*Tax Free Savings Account*) dedykowane wszystkim dorosłym obywatelom Kanady (powyżej 18 roku). Wpłaty na te konta oszczędnościowe są limitowane. Według zasad obowiązujących od 2013 roku maksymalna roczna kwota wynosi 5 500 CAN. Przewidziano tutaj ulgi podatkowe w systemie TEE (*tax-exempt-exempt*). Warto podkreślić, że wypłaty z konta mogą być dokonywane w dowolnym czasie bez utraty ulgi w podatku od zysków kapitałowych. Kanadyjczycy wykazują spore zainteresowanie tą formą oszczędzania. W latach 2009–2013 nastąpił wzrost oszczędzających o ponad 50 proc. [*Registered Pension Plans*…: 2015].

Reasumując należy stwierdzić, że w 2013 r. wskaźnik partycypacji w indywidualnych programach emerytalnych wyniósł 25 proc. [OECD 2015b: 187]. Biorąc pod uwagę wskaźniki partycypacji zarówno w pra-

cowniczych jak i indywidualnych programach emerytalnych należy zauważyć, że nadal ¾ pracujących Kanadyjczyków nie uczestniczy w dobrowolny filarze emerytalnym, co uznać należy jako zjawisko niepokojące. Przyczyn tego stanu rzeczy jest z pewnością wiele. Wydaje się jednak, że dla osób, które „zamrażają" swoje środki w dobrowolnych oszczędnościach emerytalnych, korzyści w postaci odliczenia od podatku dochodowego oraz brak podatku od inwestycji kapitałowych, postrzegane są jako zbyt małe wobec kosztu jakim jest brak możliwości swobodnego dysponowania tymi środkami.

3. Mobilizowanie dobrowolnych oszczędności emerytalnych w Nowej Zelandii

W poszukiwaniu sposobów na zwiększanie poziomu partycypacji zatrudnionych w dobrowolnych formach oszczędzania na emeryturę, pojawiły się w ostatnich latach nowatorskie rozwiązania w postaci automatycznego zapisu (*automatic enrolment*). Takie rozwiązania wprowadzono m.in. w: USA (1998), Nowej Zelandii (2007), Włoszech (2007), Kanadzie (2012 na poziomie federalnym) oraz Wielkiej Brytanii (2012) [OECD2014: 151]. Jednak tylko w Nowej Zelandii udało się osiągnąć imponujący i najwyższy na świecie wskaźnik partycypacji w programach indywidualnych (por. tabela 1).

Kraj	Programy pracownicze	Programy indywidualne
Kanada	26	25
Nowa Zelandia	7	73
Wielka Brytania	30	11
USA	42	22
Włochy	7	9

* odsetek populacji pracujących w wieku 15–64 lat, będących uczestnikami dobrowolnych programów emerytalnych

Tabela 1. Wskaźnik partycypacji* w krajach, które wprowadziły automatyczny zapis do dobrowolnych programów emerytalnych w % (dane za 2013 rok)
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD 2015b: 187].

Nowozelandzki system emerytalny, podobnie jak kanadyjski składa się z trzech filarów, nie są one jednak tożsame. Pierwszy filar emerytalny w systemie nowozelandzkim, podobnie jak w kanadyjskim – to emery-

tura obywatelska oparta na zasadzie zaopatrzeniowej. Stopa zastąpienia netto jest tutaj trochę wyższa i wynosi 40%. W Nowej Zelandii, w przeciwieństwie do Kanady, nie występuje obligatoryjny filar ubezpieczeniowy. Mianem drugiego filaru określa się tutaj nowowprowadzony system dodatkowego oszczędzania na emeryturę pod nazwą KiwiSaver. Trzeci filar, podobnie jak w innych krajach, ma charakter dobrowolny i kapitałowy. Stanowią go indywidualne programy emerytalne zakładane do 2007 roku, które jednak nie zdobyły większej popularności.

Program oszczędnościowy KiwiSaver polega na połączeniu automatycznego zapisu z silnymi bodźcami do pozostania w systemie w postaci dopłat ze strony rządu i pracodawców. Automatyczny zapis nie dotyczy wszystkich potencjalnych uczestników, a jedynie pracowników w wieku 18–64 lat wchodzących na rynek pracy lub zmieniających pracę zawodową. W drugim roku funkcjonowania KiwiSaver zapisano automatycznie wszystkich pracowników sektora publicznego i sektora edukacji [www1]. Do systemu oszczędnościowego mogą przystąpić także osoby prowadzące własną działalność gospodarczą, osoby nie pracujące w wieku do 65 lat oraz uczniowie lub studenci będący obywatelami Nowej Zelandii. Zasada automatycznego zapisu uwzględnia opcję rezygnacji (*opt-out*). Oznacza to, że pracownik automatycznie zapisany do systemu może się z niego wypisać w określonym czasie (od dwóch do ośmiu tygodni od momentu zapisu)[6]. Później pracownik nie ma już możliwości wypisania się z systemu, może jedynie zmienić dostawcę programu lub strategie inwestycyjną. Z systemu nie może również zrezygnować osoba, która została zapisana do systemu w wyniku własnej decyzji.

Po dziewięciu latach funkcjonowania systemu KiwiSaver można stwierdzić, że odniósł on bezprecedensowy sukces. Według danych z 2015 roku w programie oszczędnościowym uczestniczyło ponad 80 proc. populacji w wieku produkcyjnym. Prawie połowa z nich zapisała się bezpośrednio u dostawcy programu (*scheme providers*). Na zasadzie automatycznego zapisu włączone do programu tylko niecałe 40 proc. uczestników.

Głównym narzędziem (motywatorem) mobilizowania dodatkowych oszczędności emerytalnych w systemie KiwiSaver okazały się zachęty finansowe. Jeżeli pracownik zobowiąże się oszczędzać w ramach systemu KiwiSaver, pracodawca jest zobligowany dopłacać mu kwotę stanowiącą równowartość 3 proc. jego zarobków brutto. W 2015 roku wartość no-

6 Jak pokazują dane, najwięcej rezygnacji odnotowani w pierwszych trzech latach funkcjonowania systemu KiwiSaver – ponad 50 proc. automatycznie zapisanych pracowników. W kolejnych latach skala rezygnacji była coraz mniejsza. W roku 2015 odsetek wypisanych wynosił tylko 24 proc. [www1].

wych wpłat do systemu, wniesionych razem przez pracowników i pracodawców wyniosła blisko 4 mld NZD, co stanowiło 1,6 proc. PKB (por. tabela 2).

System KiwiSaver nie odniósłby sukcesu bez silnego zaangażowania rządu. Pierwszą formą wsparcia finansowego była jednorazowa dopłata startowa (*kick-start payment*) dla na nowo otwartego konto oszczędnościowego[7]. Drugi rodzaj to dopłata roczna regularna do składek pracownika (*member tax credit*). Początkowo wynosiła ona 1042,86 NZD (według zasady 1 dolar od rządu za każdy 1 dolar wpłacony), a od 2011 roku dopłata regularna została zmniejszona o połowę (50 centów od rządu za każdy 1 dolar wpłacony na konto pracownika). W 2015 r. dopłaty rządowe wyniosły ponad 800 mln NZD, co stanowiło 17 proc. wszystkich prywatnych środków przekazanych do KiwiSaver w tym roku.

Wyszczególnienie	Lata							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Suma składek pracowników i pracodawców (w mln NZD)	465,6	1 277,4	1 685,6	1 911,5	2 203,8	2 393,1	3 359,0	3 997,9
Suma składek pracowników i pracodawców jako proc. PKB			0,8	0,9	1,0	1,1	1,4	1,6
Dotacje rządowe (w mln NZD)	571,8	838,9	962,2	999,3	1 044,3	676,8	737,2	803,6
Udział dotacji rządowych w całości oszczędności w KiwiSaver(w proc.)	55	40	36	34	32	18	18	17
Wartość skumulowana aktywów w KiwiSaver (w mld NZD)			5,85	9,19	12,74	16,56	21,40	28,47
Dynamika skumulowanych aktywów (w proc.)			100	157	139	130	129	133
Udział skumulowanych aktywów w PKB (w proc.)			2,9	4,3	5,9	7,3	9,0	11,6
Wartość PKB (w mld)			201,8	213,6	215,8	226,9	237,8	245,4

Tabela 2. Roczne wpłaty do programów emerytalnych w ramach KiwiSaver w latach 2008–2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony [www1] oraz Financial Markets Authority [2016: 10].

Wartość skumulowana aktywów (wszystkich składek i dopłat rządowych powiększona o zyski z inwestycji w ramach KiwiSaver) rośnie w tempie ok. 30 proc. rocznie. W 2015 r. system KiwiSaver zgromadził

7 Dopłata startowa wynosiła 1 000 NZD, ale od 21.05. 2015 rząd wycofał się z niej.

aktywa o wartości blisko 28,5 mld NZD, co stanowiło 11,6 proc. PKB. Warto podkreslić, że skumulowana wartość aktywów rośnie pomimo, że udział dotacji rządowych w całości oszczędności w KiwiSaver maleje z 55 proc. w roku 2008 do 17 proc w roku 2015. Zjawisko to należy ocenić pozytywnie.

O sukcesie systemu KiwiSaver świadczy również struktura wiekowa i dochodowa oszczędzających. Należy zauważyć, że największą grupę oszczędzających tworzą osoby młode do 35 roku życia. W 2015 roku co drugi uczestnik KiwiSaver pochodził z tej grupy wiekowej, a co czwarty z nich nie przekroczył 24 roku życia [www2].

System oszczędzania KiwiSaver zaktywizował także grupę Nowozelandczyków o niskich i średnich dochodach. Osoby o dochodach z przedziału od 1 000 NZD do 20 000 NZD stanowiły w 2015 r. 30 proc. uczestników. Oszczędzający z przedziału dochodowego od 20 000 NZD do 40 000 NZD stanowiły kolejne 25 proc. Warto jednak odnotować, że z roku na rok delikatnie spada udział uczestników najmniej zarabiających, natomiast zwiększa się odsetek oszczędzających z zarobkami rocznymi z przedziału od 40 000 NZD do 60 000 NZD [www2].

Podsumowanie

Zarówno społeczeństwo kanadyjskie jak i nowozelandzkie jest stosunkowo zamożne i cechujące się relatywnie wysoką świadomością ubezpieczeniową i emerytalną, dlatego w dużym stopniu wykorzystuje rozwiązania rynkowe. Filar bazowy w postaci emerytury obywatelskiej w obydwu krajach gwarantuje relatywnie niską stopę zastąpienia, a zatem Kanadyjczycy i Nowozelandczycy, chcąc zachować dotychczasowy standard życia na emeryturze, są w naturalny sposób zmotywowani do dodatkowego indywidualnego oszczędzania. Jednak na ostateczne efekty mobilizowania dodatkowych oszczędności w ramach programów emerytalnych duży wpływ ma państwo. Prawidłowo skonstruowany system zachęt finansowych stanowi skuteczny bodziec skłaniający do indywidualnego oszczędzania.

Krajem odnoszącym największe sukcesy w angażowaniu społeczeństwa w dobrowolne programy emerytalne i mobilizowaniu dodatkowych oszczędności okazała się Nowa Zelandia. Wprowadzony tam w lipcu 2007 roku nowatorski system oszczędzania pod nazwą KiwiSaver z roku na rok odnotowuje wzrost uczestników i zgromadzonych aktywów. Powodem sukcesu okazała się zasada automatycznego zapisu do dobrowolnych pro-

gramów emerytalnych, z czasową opcją rezygnacji, połączona z silnymi bodźcami do pozostania w nim w postaci dopłat pracodawcy i dotacji budżetowych. Dzięki temu Nowa Zelandia prezentuje jeden z najwyższych na świecie wskaźników partycypacji społeczeństwa w dobrowolnych formach oszczędzania na emeryturę.

System oszczędzania KiwiSaver jest szczególnie dobrze odbierany zwłaszcza przez ludzi młodych. Na tej podstawie można uznać, że dopłaty do dobrowolnych składek oszczędnościowych dają mocniejszy impuls do dodatkowego oszczędzania i tworzenia nowej puli środków niż tradycyjne zwolnienia podatkowe, stosowane np. w Kanadzie. Ich zaletą jest również to, że przynoszą wymierne korzyści także dla pracowników mniej zamożnych (gorzej zarabiających), którzy odprowadzają niskie podatki. System dopłat jest formą wsparcia finansowego również dla osób formalnie nie zatrudnionych, które nie płacą żadnych podatków. Może zatem stanowić bodziec do opuszczania „szarej strefy" i ujawniania dochodów.

Wykorzystanie doświadczeń nowozelandzkich w odniesieniu do polskiego systemu emerytalnego wymaga wprowadzenia nowego zestawu rozwiązań, odnoszących się zarówno do filara repartycyjnego, jak i do filara kapitałowego. Rozwiązania te mogą umożliwić stworzenie systemu emerytalnego, który będzie lepiej odpowiadał na wyzwania demograficzne, społeczne i gospodarcze stojące przed gospodarką polską w tym zakresie[8].

Bibliografia

Actuarial Report (12th) on the Old Age Security Program, http://www.osfi-bsif.gc.ca/eng/oca-bac/ar-ra/oas-psv/pages/oas12.aspx (dostęp: 21.01.2017).

Bednarczyk T.H, Szwedo Ł. (2016), *Kanadyjski system emerytalny – model do naśladowania*?, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H Oeconomia", vol. L, 4, Lublin.

Czechowska I.D. (2013*), Oszczędności gospodarstw domowych w Polsce w okresie kryzysu,* „Zarządzanie i Finanse", vol. 11, nr 2, cz. 4.

Esping-Andersen G. (2010), *Trzy światy kapitalistycznego państwa dobrobytu*, Warszawa.

Financial Markets Authority (2016), *KiwiSaver – Annual Report*, https://fma.govt.nz/assets/Reports/151005-FMA-KiwiSaver-Report-2015.pdf (dostęp: 21.01.2017).

8 Pewne propozycje tych zmian spotkać można m.in.: [*Strategia*…: 2016] i w rekomendacjach zamieszczonych w raporcie KNF [*Sektor*…: 2016].

Friedman M. (1957), *A Theory of the Consumption Function*, National Bureau of Economic Research, Princeton University Press, Princeton.

Fukuyama F. (1997), *Zaufanie – kapitał społeczny a droga do dobrobytu*, Warszawa–Wrocław.

How contributions affect your RRSP/PRPP deduction limit, Canada Revenue Agency, http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/rrsp-reer/cntrbtng/cntrbtngeng.html#whtddctnlmt (dostęp: 21.01.2017).

Kawalec S., Błażuk K., Kurek M. (2015), *Jak mobilizować dodatkowe oszczędności emerytalne?*, Capital Strategy, Warszawa.

Keynes J.M. (2003), *Ogólna teoria zatrudnienia, procentu i pieniądza*, PWN, Warszawa.

Kłos B. (2012), *Kanadyjski system emerytalny*, „Analizy BAS", nr 16/83.

Modigliani F., Brumberg R. (1954), *Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of the Cross-Section Data*, [w:] *Post-Keynesion Economics*, ed. K. Kurihara, Rutgers University Press, New Brunswick.

OECD (2014), *OECD Pensions Outlook*, http://www.egm.org.tr/makaleler/OECD%20Pension%20Outlook,%202014.pdf (dostęp: 21.01.2017).

OECD (2015a), *Pensions Markets in Focus*, http://www.oecd.org/daf/fin/privatepensions/Pension-Markets-in-Focus-2015.pdf (dostęp: 21.01.2017).

OECD (2015b), *Pension at a Glance 2015: OECD and G20 Indicators*, http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8115201e.pdf?expires=1470771269&id=id&accname=guest&checksum=E8261DBB20CAEF03F72F1176D91E5076 (dostęp: 21.01.2017).

Old Age Security Benefits and Canada Pension Plan, Service Canada, http://www.seniorscouncil.net/uploads/files/Federal%20Programs.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Pieńkowska-Kamieniecka S. (2010), *System emerytalny w Kanadzie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 4.

Pieńkowska-Kamieniecka S., Ostrowska-Dankiewicz A. (2013), *Dopłaty do dobrowolnych oszczędności emerytalnych – ocena skuteczności rozwiązań na przykładzie Niemiec i Nowej Zelandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 3.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego (2014), *Indywidualne konta emerytalne oraz indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego w 2013 roku*, Warszawa, https://www.knf.gov.pl/Images/Oprac_IKE_IKZE_12_2013_tcm75-37673.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Registered Pension Plan – RPP – Investopedia, http://www.investopedia.com/terms/r/rpp.asp. (dostęp: 21.01.2017).

Registered Pension Plans (RPP) and Other Types of Savings Plans – Coverage in Canada (2015), http://www.osfi-bsif.gc.ca/Eng/Docs/fs_rpp_2015.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Retirement Income: Public and Private Pensions, Old Age Security, http://www.fcac-acfc.gc.ca/Eng/resources/educationalPrograms/ft-of/Pages/retirement-pensions-2-4.aspx (dostęp: 21.01.2017).

Samoń D. (2012), *Kiwi na emeryturze poleci wyżej niż orzełek*, „Analiza FOR", nr 27, http://static.presspublica.pl/red/rp/doc/mojaemerytura/Analiza_27_2012_Kiwi_na_emeryturze_poleci_wyzej_niz_orzelek.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Sektor funduszy emerytalnych w Polsce – ewolucja, kształt, perspektywy, UKNF, Warszawa 2016, https://www.knf.gov.pl/Images/Sektor_funduszy_emerytalnych_w_Polsce_2016_tcm75-47307.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju – Program Budowy Kapitału, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa 2016, https://www.mr.gov.pl/media/22008/ProgramBudowyKapitalu_prezentacja.pdf (dostęp: 21.01.2017).

Swacha-Lech M. (2013), *Motywy oszczędzania w świetle badań sondażowych zrealizowanych we współpracy z Interaktywnym Instytutem Badań Rynkowych w okresie od 1 marca 2013 roku*, „Zarządzanie i Finanse", vol. 11, nr 2, cz. 4.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego (2014), *Pracownicze programy emerytalne w 2013 roku*, Warszawa, https://www.knf.gov.pl/Images/RAPORT_PPE_w_2013_tcm75-38451.pdf (dostęp: 21.01.2017).

[www1] http://www.kiwisaver.govt.nz/statistics/annual/ (dostęp: 21.01.2017).

[www2] http://www.kiwisaver.govt.nz/statistics/annual/joining (dostęp: 21.01.2017).

STYMULOWANIE PRYWATNYCH OSZCZĘDNOŚCI EMERYTALNYCH NA PRZYKŁADZIE KANADY I NOWEJ ZELANDII

Mobilizowanie dodatkowych oszczędności emerytalnych jest ważne, zarówno z powodu zachodzących zmian demograficznych oraz przewidywanego spadku stóp zastąpienia jak i potrzeb inwestycyjnych gospodarek narodowych. Dlatego rządy krajów wysoko rozwiniętych stosują różne formy zachęt dla dobrowolnego oszczędzania na emeryturę. Artykuł poświęcono analizie i ocenie rozwiązań systemowych dotyczących stymulowania dodatkowych oszczędności emerytalnych w Kanadzie i w Nowej Zelandii. W toku przeprowadzonej analizy dowiedziono, że znacznie bardziej efektywne okazuje się połączenie zasady automatycznego zapisu z dotacjami rządu i dopłatami pracodawców, które są stosowane w nowozelandzkim systemie KiviSaver niż tradycyjne zwolnienia podatkowe stosowane w Kanadzie. Struktura opracowania jest następująca. W pierwszej części przedstawiono rozważania na temat oszczędności emerytalnych i instrumentów ich wspierania. Następnie przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące mobilizowania dodatkowych oszczędności emerytalnych w Kanadzie oraz założenia nowatorskiego systemu gromadzenia oszczędności emerytalnych w ramach KiwiSaver. W zakończeniu znalazły się syntetyczne wnioski.

Słowa kluczowe: oszczędności emerytalne, ulgi podatkowe, dopłaty do składek, zasada automatycznego zapisu.

ENCOURAGING TO ADDITIONAL RETIREMENT SAVINGS ON THE EXAMPLE OF CANADA AND NEW ZEALAND

Collection of additional retirement savings is important, both because of demographic changes and the expected decline in replacement rates, as well as due to the investment needs of national economies. Therefore, the governments of developed countries apply incentives for voluntary retirement saving scheme. The paper is devoted to the analysis and evaluation of systemic solutions to stimulate the additional retirement savings in Canada and New Zealand. Within the analysis, it was proved that a combination of the automatic-enrolment from government grants and subsidies of employers, which are used in the New Zealand system KiviSaver turns out to be much more efficient than traditional tax exemptions applied in Canada. The structure of the study is as follows: the first part presented considerations on retirement savings and the instruments to support them, then there were presented selected issues concerning mobilizing additional retirement savings in Canada and the establishment of an innovative system of pension savings within KiwiSaver. The final section of the paper contained synthetic conclusions.
Keywords: retirement savings, tax exemptions, matching contributions, principle of automatic-enrolment.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.03

ARCHITEKTURA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY INTERESÓW KONSUMENTÓW NA RYNKU USŁUG FINANSOWYCH

Iwona Dorota Czechowska
dr hab. prof. UŁ, Instytut Finansów,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Ideę ochrony konsumentów, która pojawiła się w okresie gwałtownego wzrostu industrializacji, w XIX wieku początkowo łączono ze spółdzielczością. W okresie gospodarki centralnie planowanej nie dostrzegano tej problematyki. Stały niedobór dóbr i usług nie sprzyjał kształtowaniu praw nabywców. Ich potrzeby były lekceważone, a skargi ignorowane. W obliczu wielu zmian w transformujących się gospodarkach i na rynkach finansowych to podmioty oferujące dobra i usługi zabiegają o klientów. Jednym z głównych elementów pro konsumenckich przekształceń, wpływających na większą satysfakcję uczestników rynku i lepsze efekty ekonomiczne są działania zapewniające ochronę konsumenta na rynkach finansowych, zwłaszcza rynku usług bankowych. Obszar ochrony konsumentów na rynku finansowym został uznany za priorytetowy ze względu na: szczególny charakter tego rynku oraz przyczyny i konsekwencje światowego kryzysu finansowego. Podkreśla się w tym przypadku problem naruszenia zaufania społecznego wobec instytucji finansowych wynikający z oferowania klientom produktów niedopasowanych do ich potrzeb (*misseling*), wprowadzanie w błąd, manipulowanie wskaźnikami rynkowymi itd. [Bavoso 2013; Vaknin 2014; Masiukiewicz 2014; Adler 2002: 148–150].

Doświadczenia wynikające z ostatniego, globalnego kryzysu finansowego wpłynęły również na zmianę paradygmatu regulacyjnego, obowiązującego od lat 80-tych ubiegłego wieku. W miejsce wiary w racjonalność rynków finansowych, przekonania o braku potrzeby ingerencji w system

finansowy, który jest efektywny i bezpieczny dzięki prywatnemu zarządzaniu ryzykiem na poziomie indywidualnych instytucji, podlegających nadzorowi mikroostrożnościowemu pojawił się nowy konsensus. Zgodnie z nowym paradygmatem rynek jest niestabilny, procykliczny i ma tendencje do zachowań stadnych [Baker 2013: 112–139]. Dla nowego konsensusu, zwanego bazylejskim, zasadnicze znaczenie przypisuje się perspektywie makroostrożnościowej oraz ochronie praw i interesów konsumenckich [The World Bank 2014]. W konsekwencji światowego kryzysu finansowego pojawiły się nowe inicjatywy związane z ochroną na rynkach finansowych. Na szczycie w Seulu w 2010 roku przywódcy państw G-20 wezwali do realizacji działań wzmacniających ochronę konsumentów na rynkach finansowych (G20 2010). OECD w 2011 roku ogłosiło zasady ochrony na rynku finansowym – *High Level Principles on Financial Consumer Protection* (OECD 2011), które następnie zostały przyjęte przez ministrów finansów i prezesów banków centralnych G-20. Wiele instytucji, m.in. Bank Światowy i Rada Stabilności Finansowej (*Financial Stability Board,* FSB), opublikowało raporty poświęcone problematyce konsumentów. Utworzono nowe instytucje, działające w ramach Rezerwy Federalnej *Consumer Financial Protection Bureau* w USA oraz *Financial Conduct Authority* w Wielkiej Brytanii [Monkiewicz i Monkiewicz 2015: 11].

Przeprowadzona przez Autorkę analiza literatury przedmiotu skłoniła do wniosku, że ochrona konsumenta stanowi jeden z ważnych obszarów bezpieczeństwa społecznego, zwłaszcza na rynku finansowym. W związku z tym kluczowym stało się pytanie o to jak wygląda architektura tego systemu. Celem rozdziału jest identyfikacja systemu ochrony konsumenta na rynkach finansowych.

1. Specyfika konsumenta jako beneficjenta ochrony

W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji konsumenta, beneficjenta działań ochronnych [Czechowska 2011: 160–170]. Dla niniejszego opracowania istotna jest definicja prawna. Pojęcie konsumenta w prawie polskim istnieje od 1964 roku gdzie zostało pierwszy raz zdefiniowane w kodeksie cywilnym art. 384 w ustawie z 23 kwietnia 1964 roku. Zostało ono również sprecyzowane w Konstytucji Rzeczpospolitej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Zawarte w kodeksie cywilnym ujęcie prawne definicji konsumenta, wywodzące się z rozwiązań prawa wspólnotowego

akcentuje trzy aspekty, a mianowicie, że jest to osoba fizyczna, dokonująca czynności prawnych z przedsiębiorcą, które są niezwiązane bezpośrednio z prowadzoną działalnością gospodarczą lub zawodową [Ustawa 1964, Regulamin BAK 2014]. To oznacza, że pojęcie konsumenta jest odnoszone do osoby fizycznej zawierającej umowy w celu osobistym, a nie komercyjnym [Łętowska 2004: 4; Kapnopoulou 1997: 78]. Niektórzy kwestionują ograniczenie osoby konsumenta jedynie do osób fizycznych, uznając, że jest to sztuczne ograniczenie, wyłączające z tej grupy np. małych przedsiębiorców [Pajor 2014: 254]. Ponadto pojawia się określenie konsument przeciętny [Kunkiel-Kryńska 2012: 54–55; Tischner 2012: 89–122][1], konsument masowy, o podobnych cechach i potrzebach, czy konsument rozsądny.

Ochrona konsumenta polega na wzmacnianiu pozycji konsumenta w relacjach z profesjonalnym usługodawcą poprzez szczególne uprawnienia, a także sprawowanie nadzoru nad tymi relacjami. Wsparcie konsumenta rozpoczyna się od odpowiedniej ochrony prawnej, czyli tworzenia prawa na podstawie odpowiedniej polityki konsumenckiej, a następnie jego prawidłowego stosowania. Przejawem tworzenia prawa są akty prawne regulujące ochronę konsumenta i jego pozycję na rynku, natomiast do jego stosowania zostały powołane wyspecjalizowane organy i instytucje.

2. Regulacje międzynarodowe

Konsument będący słabszą ekonomicznie stroną umowy jest objęty ochroną prawną [Wojtczak 2012: 128]. Podstawowymi regulacjami w Unii Europejskiej odnoszącymi się do ochrony konsumentów na rynku finansowym są dyrektywy oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego [www.uokik.gov.pl]. Pełną harmonizację podstawowych praw konsumenta, obowiązujących w Unii Europejskiej zawarto w dyrektywie Parla-

1 Przeciętny konsument jest: należycie (odpowiednio) poinformowany, świadomy, rozsądny, uważny, ostrożny, krytyczny, spostrzegawczy i samodzielny, a także: (dostatecznie) wykształcony, podejrzliwy i oświecony. Europejski konsument poszukuje i korzysta z kierowanych do niego informacji, polega na swoich umiejętnościach oceny oferty produktów i usług, działający rozsądnie i rozważnie, ufający własnym decyzjom rynkowym. Zatem każdorazowa ocena modelu konsumenta powinna być dokonywana nie tylko z punktu widzenia oczekiwań wobec konsumenta, ale także obowiązku informacyjnego przedsiębiorcy, z którego konsument ma szansę zrobić użytek.

mentu Europejskiego i Rady w 2011 roku. Oprócz tego można wyróżnić inne dyrektywy:

- dyrektywa 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego (dyrektywa o handlu elektronicznym) – 3 2000 L 0031, Dz.U. UE L 178, 17/07/2000,
- dyrektywa 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników (dyrektywa o usłudze powszechnej) 3 2002 L 0022, Dz.U. UE L 108, 24/04/2002,
- dyrektywa 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotycząca sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość oraz zmieniająca dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE, 3 2002 L 0065,
- dyrektywa 2002/58/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 2002 r. dotycząca przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej (dyrektywa o prywatności i łączności elektronicznej) 3 2002 L 0058, Dz.U. UE L 201, 31/07/2002,
- dyrektywa 2006/114/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca reklamy wprowadzającej w błąd i reklamy porównawczej – 3 2006 L 0114, Dz.U. UE L 376, 27/12/2006,
- dyrektywa 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r. o nieuczciwych praktykach handlowych 149 2005 L 22,
- dyrektywa 2008/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie umów o kredyt konsumencki oraz uchylająca dyrektywę Rady 87/102/EWG – 3 2008 L 0048, Dz.U. UE L 133, 22/05/2008,
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/22/WE z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie nakazów zaprzestania szkodliwych praktyk w celu ochrony interesów konsumentów Dz.U. UE L 110/30 z dnia 1 maja 2009 r.,
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE z dnia 25 października 2011 r. w sprawie praw konsumentów, zmieniająca dyrektywę Rady 93/13/EWG i dyrektywę 1999/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 85/577/EWG i dyrektywę 97/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Dz.U. UE L 304/64 z dnia 22 listopada 2011 r.,
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/11/UE z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie alternatywnych metod rozstrzyga-

nia sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE, Dz.U. UE L 165/63 z dnia 18 czerwca 2013 r.,
- rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 2004 r. w sprawie współpracy między organami krajowymi odpowiedzialnymi za egzekwowanie przepisów prawa w zakresie ochrony konsumentów,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 954/2011 z dnia 14 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 w sprawie współpracy między organami krajowymi odpowiedzialnymi za egzekwowanie przepisów prawa w zakresie ochrony konsumentów Dz.U. UE L 259/1 z dnia 4 października 2011,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich) Dz.U. UE L 165/1 z dnia 18 czerwca 2013 r.

Regulacje są uzupełniane przez działania mające inną formę, np. *Dobre praktyki dotyczące ochrony konsumentów finansowych* [*Good Practices*, The World Bank 2014] – inicjatywa Banku Światowego. Celem tego dokumentu było wyznaczanie standardów dla ochrony konsumentów na rynkach finansowych, m.in. bankowych w krajach rozwijających się. W powyższym dokumencie analizowano takie kwestie jak: instytucje ochrony konsumentów, jawność sprawozdań finansowych i praktyki sprzedaży oraz prowadzenie rachunków klientów, ochrony ich danych i prywatności, pozasądowe mechanizmy rozstrzygania sporów, zapewnienie dostępu do edukacji finansowej. Problematyka ochrony konsumentów na rynku finansowym i problemów inkluzji była również przedmiotem białej księgi [Grady 2012: 4] autorstwa Grupy Konsultacyjnej ds. Pomocy Biednym (*Consultative Group to Assist the Poor*, CGAP) przy Banku Światowym, będącej niezależnym centrum doradczym i badawczym, opracowującym standardy i innowacyjne rozwiązania dla rządów [Grady 2012: 4].

Na szczeblu unijnym wysoki poziom ochrony konsumentów zapewniony jest poprzez szereg dokumentów [Ćwieląg i Maciejasz-Świątkiewicz 2016: 57] np. w *Karcie praw podstawowych art. 48* [*Karta praw podstawowych Unii Europejskiej*, 2012]. Natomiast *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej* (TFUE) [Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej 2012] wskazuje na określone zobowiązania Unii [*Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej*, 2012] dotyczące wspierania praw konsumentów do informacji, edukacji, organizowania się, aby zachować swoje interesy [Ćwieląg i Maciejasz-Świątkiewicz 2016: 57]. Kwestia ochrony konsumentów

i edukacji finansowej znajduje się w grupie głównych przepisów wspólnotowych dotyczących usług finansowych. Rola edukacji finansowej w tych regulacjach [*Komunikat Komisji*, 2007] ma charakter uzupełniający wobec zapewnienia konsumentom właściwych informacji i odpowiedniego doradztwa [*Komunikat Komisji*, 2007]. Zagadnienie zwiększania zaufania konsumentów i wzmocnienie ich pozycji na rynku usług finansowych przedstawiono w *Zielonej Księdze*, w której odniesiono się do detalicznych usług finansowych na jednolitym rynku UE [*Zielona Księga*, 2009].

Ochrona konsumentów w UE została uznana za jeden z najważniejszych obszarów polityki, odnoszący się do jednolitego rynku wewnętrznego. W rozporządzeniu Parlamentu z roku 2014 ustalono, że polityka ochrony konsumentów będzie realizowana poprzez Europejski program na rzecz konsumentów, zgodny z unijną strategią na rzecz wzrostu: Europa 2020 a także poprzez Program ochrony konsumentów na lata 2014–2020, będący uzupełnieniem wobec tej strategii [Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2014]. W powyższym programie głównemu celowi, którym jest zapewnienie wysokiego poziomu ochrony konsumentów oraz umacnianie ich pozycji, ustalono odpowiadające im cele szczegółowe. W ramach czterech celów wyróżniono [Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2014]:

1. Bezpieczeństwo: wzmocnienie i zwiększenie bezpieczeństwa produktów poprzez skuteczny nadzór rynku w całej Unii.
2. Informowanie i edukowanie konsumentów oraz wsparcie dla organizacji konsumenckich: podniesienie poziomu edukacji, informacji i świadomości konsumentów na temat ich praw.
3. Rozwijanie i umacnianie praw konsumentów, w szczególności poprzez inteligentne działania regulacyjne i poprawę dostępu do prostego, skutecznego, odpowiedniego i taniego dochodzenia roszczeń, w tym poprzez alternatywne metody rozstrzygania sporów.
4. Wspieranie egzekwowania praw konsumentów poprzez zacieśnienie współpracy między krajowymi organami odpowiedzialnymi za egzekwowanie prawa oraz wspieranie konsumentów poprzez zapewnianie im porad.

3. Regulacje rynków finansowych

Analizując literaturę przedmiotu można zauważyć, że regulacje rynków finansowych wypełniają trzy główne cele [Llewellyn 1999; Borio 2011: 101–117]: stabilności systemu finansowego, stabilności i wypłacal-

ności poszczególnych instytucji oraz ochrony konsumenta usług finansowych. Zauważa się, że działania na rzecz ochrony konsumenta, mające charakter prewencyjny mogą stanowić wsparcie dla stabilności systemu finansowego, na przykład poprzez ograniczanie ryzyka nadmiernego zadłużenia. Pośród celów charakterystycznych dla regulacji i instytucji chroniących konsumentów wymienia się zmniejszenie społecznych kosztów związanych z występowaniem asymetrii informacji pomiędzy stronami umowy oraz pokusy nadużycia strony o silniejszej pozycji. Tę rolę pełnią między innymi obowiązki informacyjne nakładane na instytucje oferujące produkty finansowe w relacjach z klientami. Jednakże samo przedstawienie informacji dotyczących warunków umowy nie musi zmniejszać asymetrii informacji, ponieważ do interpretacji takich danych często potrzebna jest specjalistyczna wiedza. Jest to szczególnie ważne w przypadku produktów finansowych, których skutki mogą być odłożone w czasie, a interes instytucji finansowej nie musi pokrywać się z interesem klienta [NBP 2016: 120–121].

Do kwestii ochrony konsumenta odwołują się także krajowe regulacje polskie. Generalny nakaz ochrony konsumenta został zawarty w art. 76 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej [Konstytucja Rzeczypospolitej 1997]. Rynek finansowy w Polsce regulują m.in. ustawy [www.uokik.gov.pl] czy rekomendacje [NBP 2016: 121]:

- ustawa z dnia 14 grudnia 1994 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, Dz.U. 1995, nr 4, poz. 18,
- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe, Dz.U. 1997, nr 140, poz. 939,
- ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. 2002, nr 144, poz. 1204,
- ustawa z dnia 28 lipca 2005 o zmianie Ustawy Kodeks Postępowania Cywilnego w art. 1154 do art. 1217, Dz.U., nr 178, poz. 1478 ze zm.,
- ustawa z dnia 16 lutego 2005 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, Dz.U. 2015, poz. 184,
- ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz.U. 2007, nr 171, poz. 1206,
- ustawa z dnia 17 grudnia 2009 r. o dochodzeniu roszczeń w postępowaniu grupowym, Dz.U. 2010, nr 7, poz. 44,
- ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, Dz.U. 2011, nr 126, poz. 715,
- ustawa z dnia 14 września 2012 r. o zmianie ustawy o kredycie konsumenckim oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz.U. 2012, nr 0, poz. 1193,

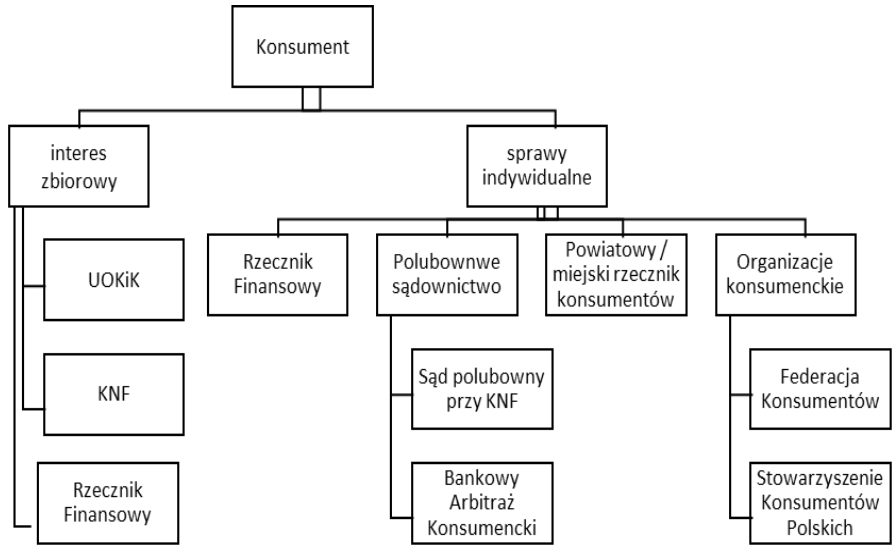
- ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, Dz.U. 2014, poz. 827,
- ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, Dz.U., poz. 1348,
- ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, Dz.U. 2016, poz. 1823,
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lipca 2000 r. w sprawie wzoru rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, Dz.U., nr 62, poz. 723.

4. Główne instytucje zajmujące się ochroną konsumenta na rynku finansowym w Polsce

Jedną z głównych instytucji, która jest aktywna w obszarze ochrony konsumentów na rynku finansowym, zwłaszcza bankowym, jest Bankowy Fundusz Gwarancyjny (BFG)[2]. Celem działalności BFG jest podejmowanie działań na rzecz stabilności krajowego systemu finansowego, w szczególności przez zapewnienie funkcjonowania obowiązkowego systemu gwarantowania depozytów oraz prowadzenie przymusowej restrukturyzacji. BFG funkcjonuje na podstawie ustawy z 10 czerwca 2016 r. [Ustawa 2016a]. Ustawa wprowadziła do krajowego porządku prawnego przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady, ustanawiające systemy gwarancji depozytów oraz zasady prowadzenia działań naprawczych oraz restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji w odniesieniu do instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych. BFG zajmuje się m.in. wypłatami środków gwarantowanych deponentom i przeprowadzaniem przymusowej restrukturyzacji (www.bfg.pl). BFG chroni depozyty zgromadzone w [www.bfg.pl]: bankach krajowych, spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych, oddziałach banków zagranicznych.

W Polsce na rynku finansowym funkcjonuje wiele instytucji działających na rzecz konsumenta, rozstrzygających spory między konsumentami a finansowymi usługodawcami. Funkcjonujące w tym obszarze instytucje można uporządkować biorąc pod uwagę rodzaj interesów konsumentów, który jest chroniony, to znaczy instytucje chroniące zbiorowy oraz indywidualny interes konsumenta na rynkach finansowych (zob. rysunek 1).

2 W Polsce funkcjonuje również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.



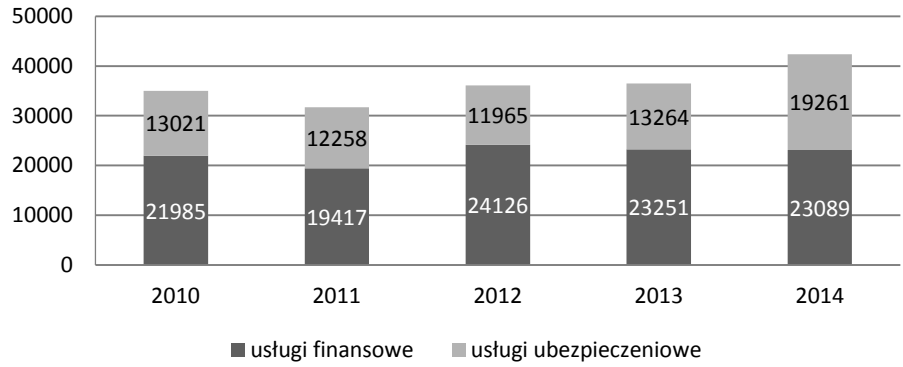
Rysunek 1. Instytucje działające w sprawach interesów konsumentów
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rozwój systemu finansowego 2015* [2016: 95].

- Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów – UOKiK,
- Komisja Nadzoru Finansowego – KNF,
- Rzecznik Finansowy – RzF,
- Polubowne sądownictwo przy KNF,
- Bankowy Arbitraż Konsumencki – BAK,
- Powiatowy, miejski rzecznik konsumentów,
- FIN-NET,
- Federacja Konsumentów, Stowarzyszenie Konsumentów Polskich, Europejskie Centrum Konsumenckie.

Jedną z ważniejszych instytucji rozstrzygających spory między klientami i instytucjami finansowymi jest Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK). Urząd ten jest uprawniony do kontroli przedsiębiorców, m.in instytucji finansowych, pod kątem rzetelności i kompletności przedstawianych informacji. UOKiK może wspierać stabilność finansową poprzez kontrolę reklamy i praktyk sprzedażowych odnoszących się do kredytów i pożyczek. Powszechnie uważa się, że dokładne przedstawienie informacji na temat produktu finansowego zwiększa prawdopodobieństwo, że konsumenci wybiorą ofertę dostosowaną do ich możliwości finansowych, a tym samym zmniejszy się ryzyko przekredytowania [NBP 2016: 121]. Prezes UOKiK, będąc przedstawicielem rządu, jest odpowiedzialny za kształtowanie polityki antymonopolowej, a także

ustalanie programu dotyczącego polityki ochrony konsumentów [www.uokik.gov.pl]. Ma również uprawnienia do prowadzenia postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, a także nakazywania przedsiębiorcom zaprzestania kwestionowanych praktyk i nakładania na nich kar pieniężnych w wysokości 10% przychodu z roku poprzedzającego wydanie decyzji.

W sprawach indywidualnych konsumenci mogą uzyskać bezpłatną pomoc prawną pozarządowych organizacji, otrzymujących pomoc z budżetu takich jak Federacja Konsumentów, Stowarzyszenie Konsumentów Polskich. Takiej pomocy konsumentom udzielają również miejscy i powiatowi rzecznicy konsumentów. Rzecznicy powiatowi i miejscy współpracują z UOKiK. W 2014 r. rzecznicy konsumentów udzielili łącznie 204 512 porad dotyczących usług, z czego 42 350 dotyczyło usług sektora finansowego (zob. rysunek 2). Liczba porad dotyczących usług sektora finansowego rosła w okresie 2011–2014. W czasie 2013–2014 widoczny był wzrost porad dotyczący usług ubezpieczeniowych [NBP 2015: 96].

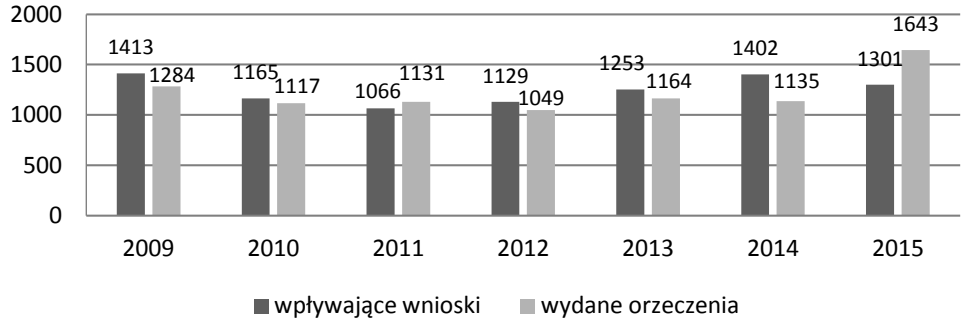


Rysunek 2. Łączna liczba porad dotyczących usług sektora finansowego
Źródło: *Rozwój systemu finansowego 2015* [2016: 96].

Komisja Nadzoru Finansowego sprawuje nadzór nad rynkiem finansowym, m.in bankowym, kapitałowym, ubezpieczeniowym, funduszy emerytalnych, finansowymi konglomeratami, instytucjami pieniądza elektronicznego, instytucjami zajmującymi się płatnościami oraz spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi [www.knf.gov.pl]. W 2015 r. KNF wszczęła ponad 500 postępowań, wydała 577 decyzji, w tym 309 o nałożeniu kar pieniężnych. Łączna wysokość nałożonych kar pieniężnych wyniosła 11,2 mln złotych. W 2015 r. wpłynęły 9 474 skargi klientów podmiotów sektora finansowego, z czego prawie 55%

(5 155 skarg) stanowiły skargi dotyczące sektora bankowego [KNF 2016]. Sąd polubowny przy KNF rozpatrywał spory miedzy konsumentami a instytucjami na rynku usług finansowych. W roku 2015 było 547 wniosków, z czego 511 to były postepowania mediacyjne [KNF 2016].

Bankowy Arbiter Konsumencki (BAK) zajmuje się rozstrzyganiem sporów pomiędzy konsumentami a członkami Związku Banków Polskich. Arbiter Bankowy jest prawnikiem powoływanym na to stanowisko i opłacanym przez ZBP, dlatego pojawiają się czasami wątpliwości dotyczące jego niezależności [*Regulamin BAK*, 2014]. Aktywność Arbitra Bankowego w Polsce jest oceniana pozytywnie. Pełni ważną rolę w systemie ochrony konsumentów i ma osiągnięcia w umacnianiu ochrony konsumentów usług bankowych. Spory są rozstrzygane szybciej a koszty procedur są o wiele niższe niż w sądach powszechnych. Poniżej znajdują się informacje liczbowe charakteryzujące aktywność BAK (zob. rysunek 3). W 2015 r do BAK wpłynęło 1 301 wniosków. W porównaniu do 2014 r. liczba wniosków zmalała o 7,2%. Natomiast liczba wydanych orzeczeń wzrosła o 44,8% i wyniosła 1 643 na koniec 2015 r. Średni czas rozpatrywania wniosku wyniósł 82 dni. W roku 2012 wydano orzeczenia w 1 643 sprawach, z czego na korzyść klienta 422, a na korzyść banku 687. Najwięcej wniosków dotyczyło kredytów bankowych (711) oraz rachunków i lokat bankowych (312) [*Informacja BAK*, 2016: 2].



Rysunek 3. Liczba wniosków wpływających i orzeczeń BAK w latach 2009–2015
Źródło: *Rozwój systemu finansowego 2015* [2016: 97].

Kolejną instytucją aktywną w obszarze ochrony konsumentów jest Polski Rzecznik Finansowy (RzF). Ta instytucja rozwiązywania sporów na rynkach finansowych reprezentuje interesy klientów wszystkich sektorów rynku finansowego. Może występować zarówno w sprawach indywidual-

nych jak i zbiorowych, reprezentując interesy nie tylko konsumentów, ale także małych, a nawet dużych przedsiębiorstw [www. rf.gov.pl]. Rzecznik Finansowy działa na podstawie ustawy z 2015 r. [Ustawa 2015]. Obowiązki RzF obejmują działania mające na celu ochronę klientów rynku finansowego [*Sprawozdanie RzF*, 2015]. W 2015 r. do Rzecznika wpłynęły łącznie 14 724 wnioski dotyczące ubezpieczeń gospodarczych, a także 110 dotyczących zabezpieczenia emerytalnego (z czego 12 do Rzecznika Finansowego). W okresie od 11 października do 31 grudnia 2015 r. do RzF wpłynęły 341 skargi na podmioty rynku bankowo-kapitałowego – 270 na banki komercyjne, 4 na banki spółdzielcze oraz 11 na SKOK (*Sprawozdanie RzF*, 2015).

Kolejną instytucją o zasięgu międzynarodowym, działającą w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego, która działa również na polskim rynku jest FIN-NET. Jest to pozasądowa sieć krajowych instytucji finansowych, rozstrzygająca spory między konsumentami a dostawcami usług finansowych. Program został zainicjowany przez Komisję Europejską w roku 2001. W ramach sieci FIN-NET, podejmowana jest współpraca zapewniająca konsumentom procedury składania skarg w sprawach transgranicznych [www. Ec.europa.eu]. BAK jest członkiem tej sieci od 2006 r. [*Sprawozdanie z działalności BAK*, 2008].

Podsumowanie

W niniejszym opracowaniu dokonano przeglądu architektury i bezpieczeństwa interesów prawnych i ekonomicznych konsumentów na rynku usług finansowych. Wskazano, że tę architekturę tworzą regulacje prawne na szczeblu międzynarodowym i krajowym, a także różnego rodzaju instytucje. Warto podkreślić, że system ochrony konsumentów rozwija się, o czym świadczą wciąż powstające nowe inicjatywy w tym obszarze, a także nowe regulacje. Powyższe przedsięwzięcia są zazwyczaj inicjowane przez instytucje Unii Europejskiej czy np. Bank Światowy a następnie przenoszone na polski grunt. Architektura systemu ochrony konsumentów w Polsce wciąż jest wzbogacana przez nowe instytucje, np. Rzecznika Finansowego. Również podmioty prowadzące tego typu działalność od dłuższego czasu zwiększają swoją aktywność, o czym świadczy np. liczba rozpatrzonych skarg czy wydanych orzeczeń.

Bibliografia

Adler P. (2002), *Corporate scandals: It's time for reflection in business schools*, „Academy of Management Executive", vol. 16 (3).

Baker A., (2013), *The new political economy of the macroprudential ideational shift*, „New Political Economy", vol. 18, iss.1.

Bavoso V. (2013), *Explaining financial Scandals: Corporate Governance Structured Finance and the Enlightened Sovereign Control Paradigm*, (Introduction) (January 24), http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2206253 (dostęp: 15.01.2017).

Borio C. (2011), *Implementing the macro-prudential approach to financial regulation and supervision*, The Financial Crisis and the Regulation of Finance.

Ćwieląg K., Maciejasz-Świątkiewicz M. (2016), *Ochrona niezamożnych konsumentów na rynku usług finansowych*, „Finanse i Prawo Finansowe. Journal of Finance and Financial Law", Kwartalnik, nr 3.

Czechowska I.D. (2011), *Działania zapewniające ochronę konsumenta usług bankowych, jako nowe wyzwanie dla teorii i praktyki finansów*, [w:] *Finanse – nowe wyzwania teorii i praktyki: bankowość*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Gajda-Roszczynialska K. (2012), *Sprawy o ochronę indywidualnych interesów konsumentów w postępowaniu cywilnym*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Kapnopoulou E. (1997), *Das Recht der missbräuchlichen Klauseln in der Europäischen Union Das griechische Verbraucherschutzrecht als Beitrag zum Europäischen Privatrecht*, Mohr Siebeck, Tübingen.

Kunkiel-Kryńska A. (2012), *Prawo konsumenckie UE – wzorzec konsumenta – wprowadzenie i wyrok TS z 6.07.1995 r. w sprawie C-470/93 Verein gegen Unwesen in Handel und Gewerbe Köln e.V. v. Mars GmbH*, Europejski Przegląd Sadowy, kwiecień.

Łętowska E. (2004), *Europejskie prawo umów konsumenckich*, C.H. Beck, Warszawa.

Llewellyn D. (1999), *The Economic Rationale for Financial Regulation*, „Occasional Paper Series", no. 1, Financial Services Authority.

Masiukiewicz P. (2014), *Piramidy finansowe a regulacje i nadzór*, „Zarządzanie i Finanse Journal of Management and Finance", vol. 12 (3).

Monkiewicz J., Monkiewicz M. (2015), *Tendencje rozwoju ochrony konsumentów na rynku ubezpieczeniowym. Nowe koncepcje i rozwiązania*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe",, z. 18 /1.

Pajor T. (2014), [w:] Pyziak-Szafnicka M., Księżak P., *Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna*, Wolters Kluwer SA, Warszawa.

Tischner A. (2012), *Pojęcie przeciętnego konsumenta w ustawie o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym na tle prawa i orzecznictwa UE*, [w:] D. Kasprzycki, E. Nowińska (red.), *Nieuczciwe praktyki rynkowe. Ocena regulacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Vaknin S. (2014), *The Typology of Financial Scandals and Ponzi (Pyramid) Schemes*, http: samvak.tripod.com/nm017.html (dostęp: 20.01.2017).
Wojtczak D. (2012), *Usługi bankowe w regulacjach Unii Europejskiej*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa.
http://www.g20.utoronto.ca/2010/g20seoul-doc.pdf The Seoul summit document.
http://www.oecd.org/g20/topics/financial-sector-reform/48892010.pdf G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection, October 2011.
https://www.uokik.gov.pl/consumer_protection2.php.
https://www.bfg.pl/en/about-us/.
https://www.bfg.pl/en/deposit-insurance/.
https://uokik.gov.pl/what_we_do.php.
http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm.
https://rf.gov.pl/english/Rules_for_admitting_the_complaints__22172.
www.knf.gov.pl/en/About_us/KNF_Polish_Financial_Supervision_Authority/task_and_objectives/index.html.

Raporty

Informacja o działalności Bankowego Arbitrażu Konsumenckiego w 2015 r., Warszawa, luty 2016.
Raport Stabilność systemu finansowego 2015, Narodowy Bank Polski, Warszawa 2016.
Rozwój systemu finansowego 2015, Narodowy Bank Polski, Warszawa 2016.
Sprawozdanie Rzecznika Finansowego za rok 2015, RzF, Warszawa, marzec 2016.
Sprawozdanie z działalności Komisji Nadzoru Finansowego w 2015, KNF, Warszawa 2016.
Sprawozdanie z działalności Polskiego Arbitra Bankowego w 2008, BAK, Warszawa 2009.
The World Bank, *Global survey on consumer protection and financial literacy. Oversight frameworks and practices in 114 economies*, Washington 2014.

Regulacje polskie

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 2 kwietnia 1997.
Rekomendacja S, dotycząca dobrych praktyk w zakresie zarządzania ekspozycjami kredytowymi zabezpieczonymi hipotecznie, KNF, Warszawa 2013.
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lipca 2000 r. w sprawie wzoru rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone (Dz.U., nr 62, poz. 723).
Ustawa z dnia kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. 2014, poz.121).
Ustawa z dnia 14 grudnia 1994 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym (Dz.U. 1995, nr 4, poz. 18).
Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. 1997, nr 140, poz. 939).

Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2002, nr 144, poz. 1204).
Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o zmianie Ustawy Kodeks Postępowania Cywilnego w art. 1154 do art. 1217 (Dz.U., nr 178, poz. 1478 ze zm.).
Ustawa z dnia 16 lutego 2005 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2015, poz. 184).
Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. 2007, nr 171, poz. 1206).
Ustawa z dnia 17 grudnia 2009 r. o dochodzeniu roszczeń w postępowaniu grupowym (Dz.U. 2010, nr 7, poz. 44).
Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2011, nr 126, poz. 715).
Ustawa z dnia 14 września 2012 r. o zmianie ustawy o kredycie konsumenckim oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. 2012, nr 0, poz. 1193).
Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. 2014, poz. 827).
Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U., poz. 1348).
Ustawa z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. 2016, poz. 1823).
Ustawa z 10 czerwca 2016 r. (a) o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji (Dz.U. 2016, poz. 996 i 1997).

Regulacje europejskie

Dyrektywa 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego (dyrektywa o handlu elektronicznym) – 3 2000 L 0031, Dz.U. UE L 178, 17/07/2000.
Dyrektywa 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników (dyrektywa o usłudze powszechnej) 3 2002 L 0022, Dz.U. UE L 108, 24/04/2002.
Dyrektywa 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotycząca sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość oraz zmieniająca dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE, 3 2002 L 0065.
Dyrektywa 2002/58/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 2002 r. dotycząca przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej (dyrektywa o prywatności i łączności elektronicznej) 3 2002 L 0058, Dz.U. UE L 201, 31/07/2002.

Dyrektywa 2006/114/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotycząca reklamy wprowadzającej w błąd i reklamy porównawczej – 3 2006 L 0114, Dz.U. UE L 376, 27/12/2006.

Dyrektywa 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r. o nieuczciwych praktykach handlowych 149 2005 L 22.

Dyrektywa 2008/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie umów o kredyt konsumencki oraz uchylająca dyrektywę Rady 87/102/EWG – 3 2008 L 0048, Dz.U. UE L 133, 22/05/2008.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/22/WE z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie nakazów zaprzestania szkodliwych praktyk w celu ochrony interesów konsumentów, Dz.U. UE L 110/30 z dnia 1 maja 2009 r.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE z dnia 25 października 2011 r. w sprawie praw konsumentów, zmieniająca dyrektywę Rady 93/13/EWG i dyrektywę 1999/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 85/577/EWG i dyrektywę 97/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Dz.U. UE L 304/64 z dnia 22 listopada 2011 r.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/11/UE z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie alternatywnych metod rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE, Dz.U. UE L 165/63 z dnia 18 czerwca 2013 r.

Good Practices for Financial Consumer Protection, 2012, The World Bank, June.

Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Dz.Urz. UE 2012/C 326/02, T. 55 z dnia 26 października 2012 r.

Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich. Edukacja Finansowa, KOM (2007) 808 wersja ostateczna, Bruksela 18.12.2007.

Rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 2004 r. w sprawie współpracy między organami krajowymi odpowiedzialnymi za egzekwowanie przepisów prawa w zakresie ochrony konsumentów.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 954/2011 z dnia 14 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 w sprawie współpracy między organami krajowymi odpowiedzialnymi za egzekwowanie przepisów prawa w zakresie ochrony konsumentów Dz.U. UE L 259/1 z dnia 4 października 2011 r.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich) Dz.U. UE L 165/1 z dnia18 czerwca 2013 r.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 254/2014 z 26 lutego 2014 r. w sprawie wieloletniego programu na rzecz konsumentów na lata 2014–2020 oraz uchylające decyzję 1926/2006/WE.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz.Urz. UE C 326/01, T. 55 z dnia 26 października 2012 r. art. 12 i art. 169.

Zielona Księga w sprawie detalicznych usług finansowych na jednolitym rynku, Dz.Urz. 2009/UE, C 285 E/61.

ARCHITEKTURA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY INTERESÓW KONSUMENTÓW NA RYNKU USŁUG FINANSOWYCH

Ochrona konsumentów jest jednym z ważnych obszarów bezpieczeństwa społeczeństwa, zwłaszcza na rynku finansowym. Biorąc powyższe pod uwagę kluczowe staje się pytanie dotyczące architektury tego systemu. Celem niniejszego rozdziału jest identyfikacja systemu ochrony konsumentów na rynku usług finansowych. Aby zrealizować ten cel dokonano przeglądu literatury i sprawozdań. W toku badań ustalono, że architektura bezpieczeństwa i ochrony konsumenta na rynkach finansowych obejmuje zarówno regulacje na międzynarodowym i krajowym poziomie jak i instytucje odnoszące się do zbiorowego oraz indywidualnego interesu konsumentów.

Słowa kluczowe: konsument, ochrona konsumenta, rynek finansowy, sektor bankowy.

SECURITY AND PROTECT ARCHITECTURE OF THE CONSUMER INTERESTS ON FINANCIAL SERVICES MARKET

Consumer protection is one of the important areas of social security, especially on the financial market. Thus, it has become a key question how is the architecture of the system. The aim of the chapter is to identify the system of consumer protection in the financial markets. Therefore, accomplish a review of the literature and reports. The study found that the architecture of security and consumer protection on the financial market includes regulation at international and national levels and institutions dealing with collective and individual interests of the consumer.

Keywords: consumer, consumer protection, financial market, banking sector.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.04

WPŁYW STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA NA ORGANIZACJĘ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Małgorzata Jeziorska
dr inż., Katedra Ubezpieczeń,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

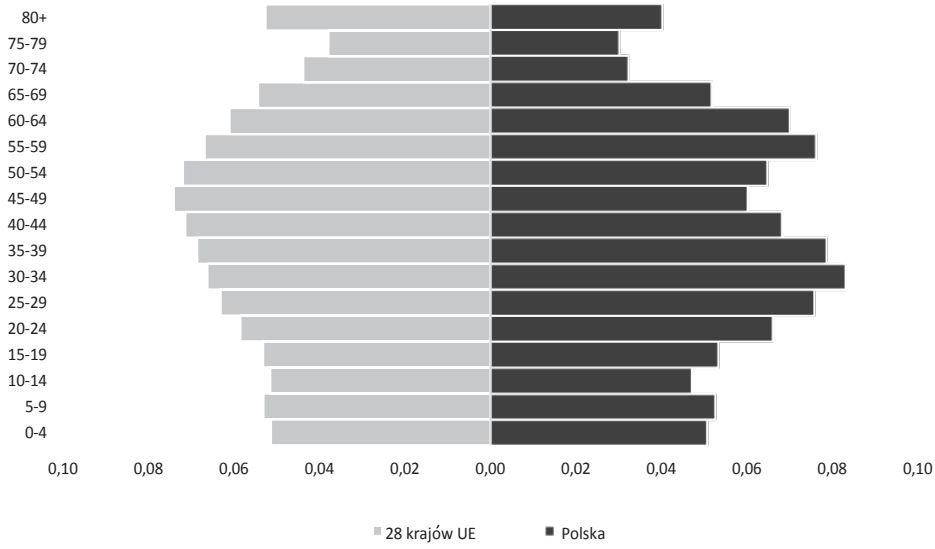
Art. 68 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej gwarantuje obywatelom prawo do ochrony zdrowia. Obecna sytuacja ekonomiczno-prawna nie pozwala niestety w pełni korzystać z tej gwarancji. Niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia, problemy z dystrybucją wprowadzanych do systemu środków, niedoskonała priorytetyzacja oraz bariery przy korzystaniu z procedur medycznych w ramach finansowania własnego skutecznie utrudniają obywatelom proces diagnostyki i leczenia. Prognoza liczby ludności na kolejne dekady wskazuje, że proces starzenia się społeczeństwa polskiego będzie się pogłębiał. Zaskutkuje to zwiększonym zapotrzebowaniem na kosztowne procedury medyczne dedykowane osobom w wieku poprodukcyjnym. Aby system ochrony zdrowia w Polsce mógł sprostać stawianym przed nim zadaniom, konieczna jest jego reorganizacja. Z uwagi na i tak duży już udział środków prywatnych finansujących procedury medyczne i farmaceutyki słusznym byłoby uregulowanie, dotychczas nieujętego w ścisłe ramy prawne strumienia.

W pracy skupiono się na analizie wpływu wydłużającego się czasu trwania życia w Polsce na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. W analizach wykorzystane zostały dane i opracowania Eurostatu i GUS-u.

1. Sytuacja demograficzna społeczeństwa Polski

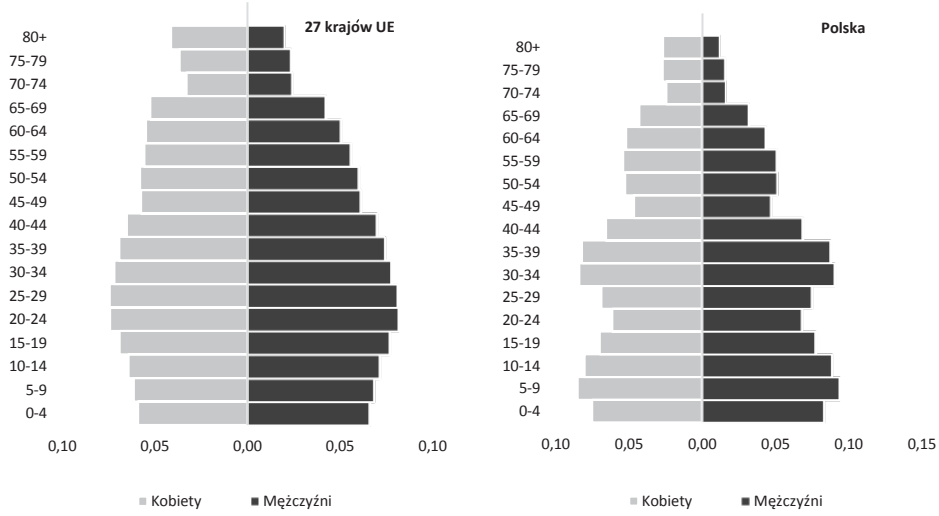
Ostatnie trzy dekady przyniosły Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego. Widoczne stały się zmiany w strukturze wieku mieszkańców. Wydłużanie się czasu trwania życia, niski poziom dzietności oraz zwiększona emigracja młodych osób zaowocowały starzeniem się ludności Polski [GUS 2014a: 2].

Polska, na tle innych krajów Unii Europejskiej (UE), jeszcze wciąż postrzegana jest jako kraj demograficznie młody. Na poniższym rysunku zaprezentowana została struktura wiekowa ludności Polski i 28 krajów UE dla roku 2015.

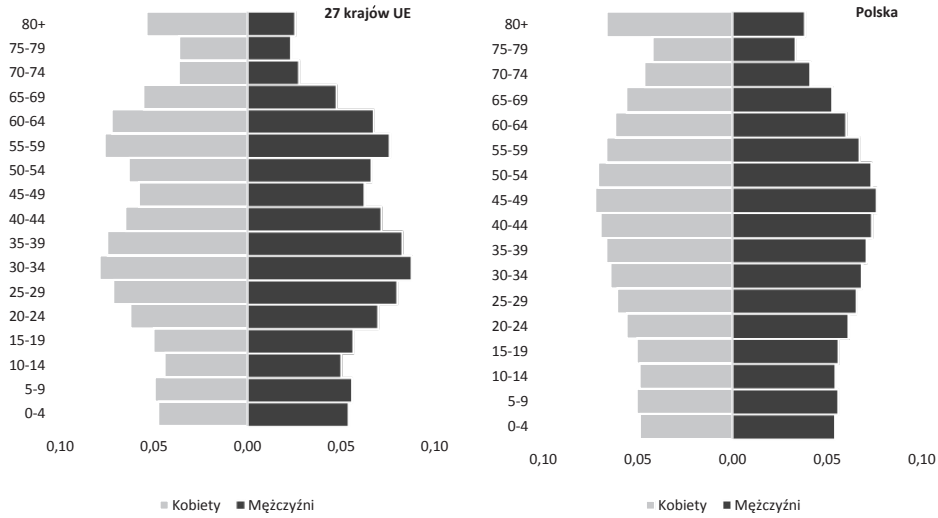


Rysunek 1. Piramida wieku – populacja Polski i krajów UE, rok 2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

W trakcie ostatniego ćwierćwiecza mediana wieku ludności Polski wzrosła o 7 lat (z 32 lat dla roku 1990 do 39 dla roku 2015). Tendencja wzrostowa jest zgodna z sytuacją obserwowaną w całej UE. We wskazanym okresie wiek środkowy dla populacji UE (27 krajów) wzrósł z 35 do 41 lat. Poniższe rysunki prezentują zmiany struktury wiekowej społeczeństw Polski i UE (27 krajów) dla dwóch punktów czasowych – roku 1990 i 2015.

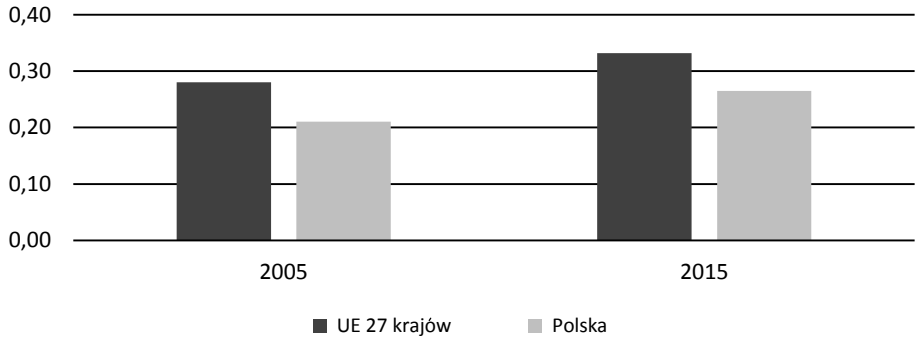


Rysunek 2a. Piramida wieku w podziale na płeć – populacja Polski i 27 krajów UE (bez Chorwacji), rok 1990
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.



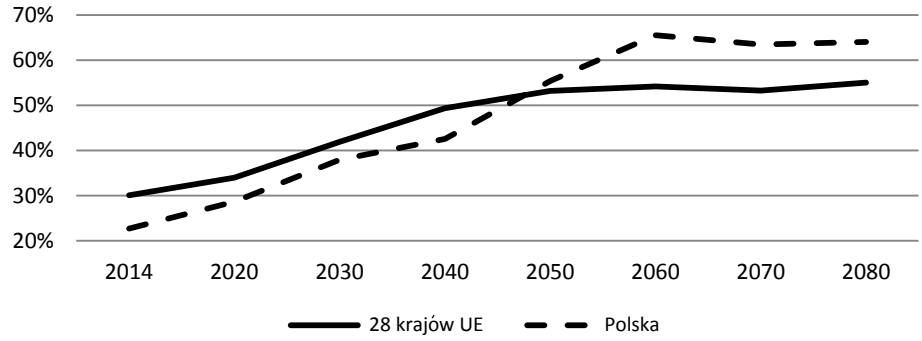
Rysunek 2b. Piramida wieku w podziale płeć – populacja Polski i 27 krajów UE (bez Chorwacji), rok 2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

Innym miernikiem obrazującym stopień zawansowania starzenia się populacji jest udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem. Pomiędzy 2005 a 2015 rokiem wspomniany wskaźnik wzrósł o 5 p.p. (zmiana na tym samym poziomie obserwowana była dla Polski i 27 krajów UE).



Rysunek 3. Procentowy udział osób w wieku 65 lat i więcej w łącznej liczbie ludności – Polska vs. kraje UE, lata 2005, 2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

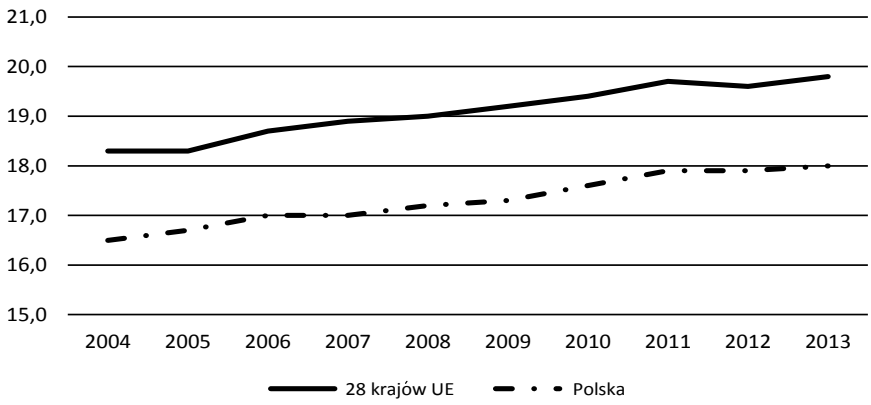
W 2014 roku Polska zaliczała się do państw o najniższym udziale liczby osób w wieku 65 i więcej do liczby osób w wieku produkcyjnym (19–64 lat). Szacuje się jednak, że już w 2050 roku wskaźnik przewyższy średnią dla całej UE. Po 2020 roku udział osób w wieku 65 lat i więcej w strukturze ludności Polski w wieku produkcyjnym przekroczy 30%, zaś po 2080 roku – 65%.



Rysunek 4. Zmiana procentowego udziału liczby osób w wielu poprodukcyjnym (65 lat i więcej) w łącznej liczbie osób w wieku 19–64 – Polska vs. kraje UE, lata 2014–2080
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

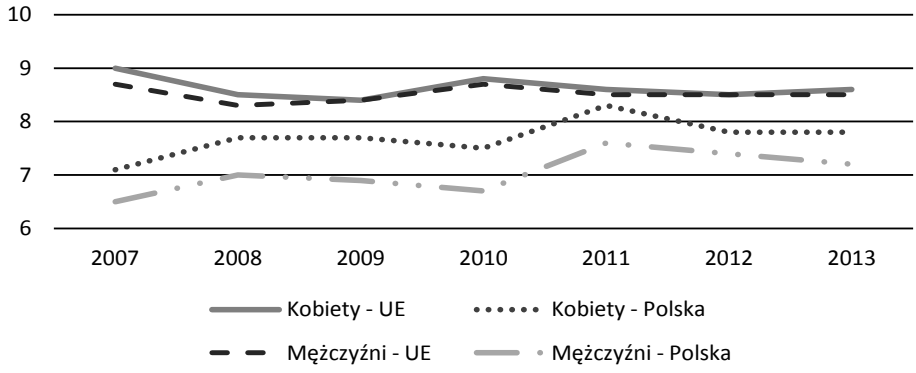
Rozwój ekonomiczny, zdrowszy styl życia i postęp medycyny zaskutkowały wyższą oczekiwaną długością życia.

Na rysunku 5 zaprezentowano zmianę oczekiwanej długości trwania życia 65-latka – dane za lata 2004–2013.



Rysunek 5. Oczekiwana długość trwania życia 65-latka – Polska vs. kraje UE
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

Podkreślić należy jednak fakt, że wzrost oczekiwanej długości życia nie idzie w parze z oczekiwaną liczbą lat życia w zdrowiu (HLY). W przypadku wskaźnika HLY tendencja wzrostowa nie jest już widoczna. Na poniższym rysunku zaprezentowane zostały wskaźniki HLY dla 65-letnich mieszkańców Polski i ich rówieśników z krajów UE w latach 2007–2013.



Rysunek 6. Przeciętna długość trwania życia w zdrowiu osoby w wieku 65 lat – Polska vs. kraje UE, lata 2007–2013
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

Utrzymanie się takiej tendencji w długiej perspektywie będzie prowadzić do wzrostu potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz środków na realizację programów ochrony zdrowia.

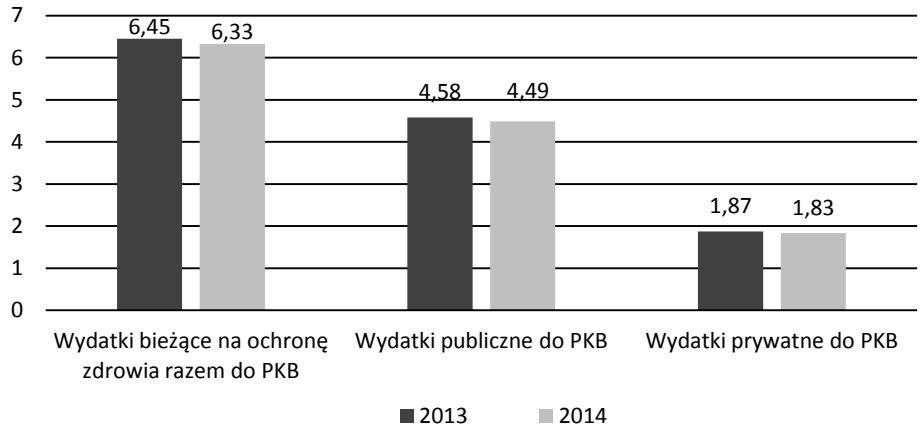
2. Efektywność systemu ochrony zdrowia wobec zmian demograficznych społeczeństwa w Polsce

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz rozwój technologii i wiedzy medycznej kreują większy popyt na świadczenia zdrowotne [Rozkrut 2013: 33–34]. Aby sprostać wyzwaniom jakie stawiają przed społeczeństwem zmiany demograficzne związane ze starzeniem się populacji podejmować należy szereg działań na rzecz rozwoju tzw. „silver economy". Skupić należy się na rozwoju medycyny geriatrycznej, opieki długookresowej nad osobami w podeszłym wieku, zwiększeniu możliwości dostępu do odpowiedniej jakości usług zdrowotnych, nowoczesnej rehabilitacji i usług opiekuńczych, intensyfikacji wszelkich form aktywności ludzi starszych, wykorzystania ich potencjału, zapobieganiu wykluczeniu społecznemu [Waligórska i Kostrzewa 2014: 25].

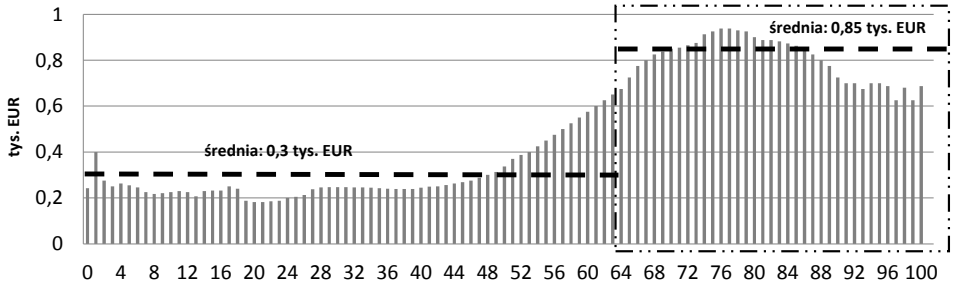
Z przygotowywanych przez Światową Organizację Zdrowia raportów wynika, że poziom nakładów na służbę zdrowia pozostaje w bezpośrednim związku z poziomem zdrowia społeczeństw.

Według metodologii SHA2011 wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 roku wyniosły 108,7 mld zł i były wyższe niż w 2013 roku o około 1,9 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,33% PKB (6,45% w 2013). Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wynosiły w 2014 roku 77,2 mld zł i stanowiły 4,49% PKB (4,58% w 2013), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 31,5 mld zł i stanowiły 1,83% PKB (1,87% w 2013) [GUS 2016b: 1].

Warto zwrócić uwagę, że intensywność korzystania z usług medycznych zmienia się wraz z wiekiem. Najliczniej zbiorowość leczonych osób reprezentują dzieci do 4 roku życia i pacjenci w wieku 50+ [Koehne i in. 2011: 84]. Średnie wydatki NFZ na jednego obywatela również różnią się znacząco w zależności od grupy wiekowej. Dla grupy 65+ średnia jest niemal trzy razy wyższa od tej dla młodszej części populacji. W obliczu zmian demograficznych w społeczeństwie Polski, zaskutkuje to niewątpliwie zwiększeniem wydatków na świadczenia medyczne.



Rysunek 7. Udział wydatków bieżących na ochronę zdrowia w PKB (%), lata 2013, 2014
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [2016b: 1].

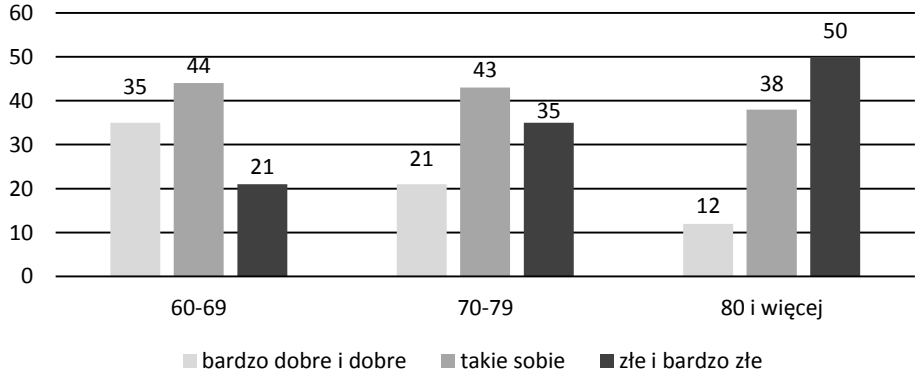


Rysunek 8. Profil wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce na mieszkańca w zależności od wieku, rok 2011
Źródło: Rozkrut [2013: 39].

Należy podkreślić, że badania dotyczące subiektywnej oceny zdrowia Polaków wskazują, że udział osób starszych, które oceniają swój stan jako zły lub bardzo zły jest wysoki (21% badanej populacji w wieku 60–69, 35% osób w wieku 70–79 i aż 50% osób z kategorii 80+) [GUS 2016a: 13].

Nie tylko wielkość nakładów na ochronę zdrowia ma znaczenie. Stabilność i efektywność systemu opieki zdrowotnej, a tym samym realność ochrony, może zostać naruszona poprzez nieprecyzyjną alokację środków finansowych. Przyczynić się do tego może nadreprezentacja specjalistycznych usług medycznych w stosunku do rzeczywistych potrzeb, nakładanie się na siebie systemów i programów oraz niekontrolowana komercjalizacja usług zdrowotnych w warunkach nieuregulowanego systemu usług me-

dycznych (Stańdo-Górska 2012: 78). Zmiany we wskazanych obszarach prawdopodobnie przyczyniłyby się do poprawy efektywności alokacji środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia.



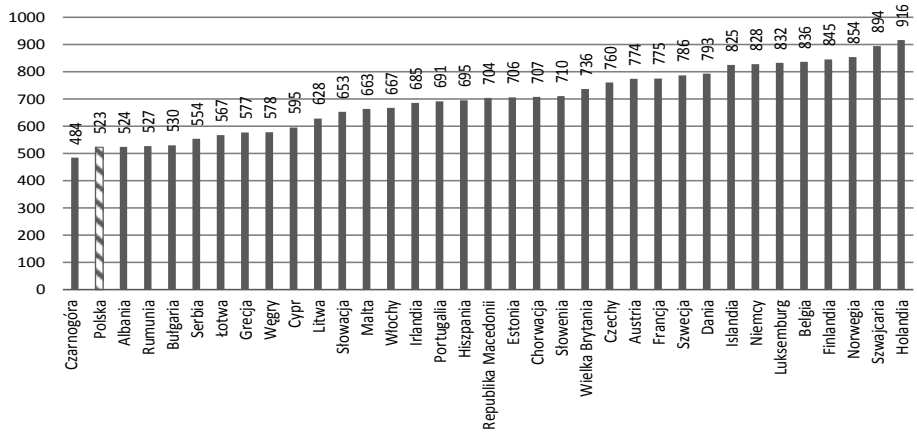
Rysunek 9. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej, rok 2014
Źródło: GUS [2016a: 13].

W raporcie przygotowanym przez Health Consumer Powerhouse, prezentującym Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) za rok 2015, Polska zajęła 34 miejsce na 35 krajów biorących udział w badaniu (plasowała się za Albanią, wyprzedzając jedynie Czarnogórę). Na tak niską pozycję złożyły się m.in. niebezpiecznie długie okresy oczekiwania na leczenie raka, zakażenia wewnątrzszpitalne, niesprawiedliwości w służbie zdrowia. Tak niska nota wskazuje na pilną potrzebę zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

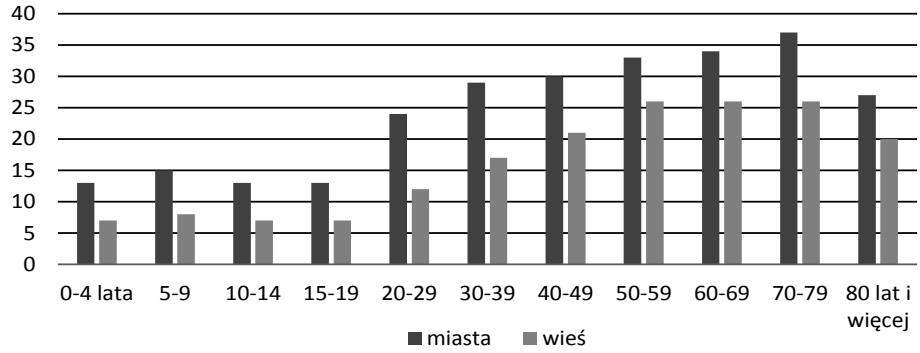
Jak wskazują wyniki badania przeprowadzonego przez GUS, opóźnienia z powodu długiego okresu oczekiwania sygnalizowało prawie 25% osób potrzebujących opieki zdrowotnej w roku 2014 [GUS 2016c: 139].

Wobec niewydolności publicznego systemu opieki zdrowotnej Polacy zmuszeni są do korzystania z usług medycznych pokrywanych ze środków własnych. Niestety tylko niewielki odsetek z nich to wydatki na uregulowane prawnie instrumenty tj. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne. Gospodarstwa domowe wydatkują przede wszystkim na leki i artykuły medyczne oraz ambulatoryjną opiekę zdrowotną (98%).

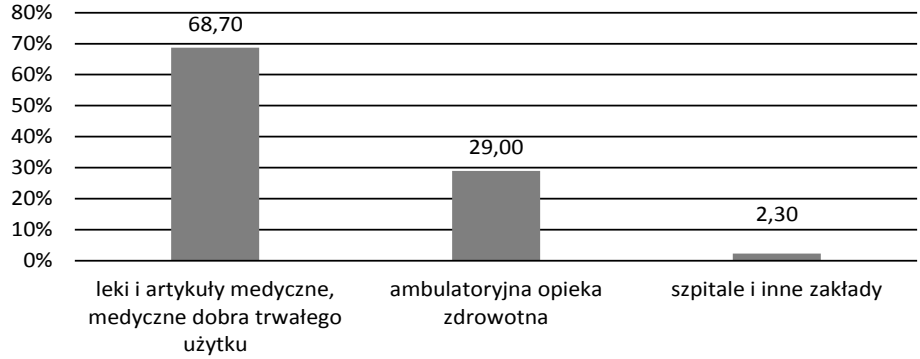
Jako główne przyczyny korzystania z usług medycznych i stomatologicznych poza systemem publicznym wskazywane są zbyt odległe terminy wizyt w podmiotach mających kontrakty w NFZ, lepsi specjaliści, wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne oraz niefinansowanie usług.



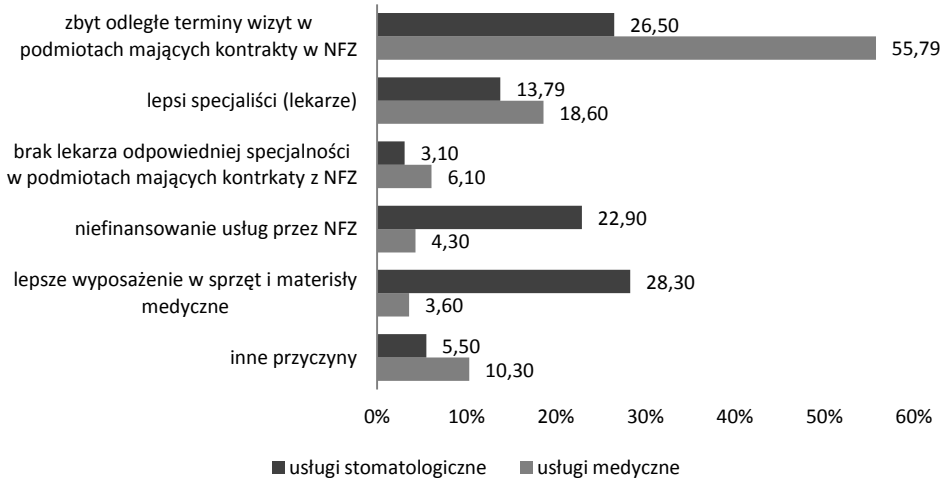
Rysunek 10. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, rok 2015
Źródło: Health Consumer Powerhouse Ltd [2016].



Rysunek 11. Opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu długiego czasu oczekiwania wg grup wieku (w odsetkach osób potrzebujących), rok 2014
Źródło: GUS [2016c: 139].

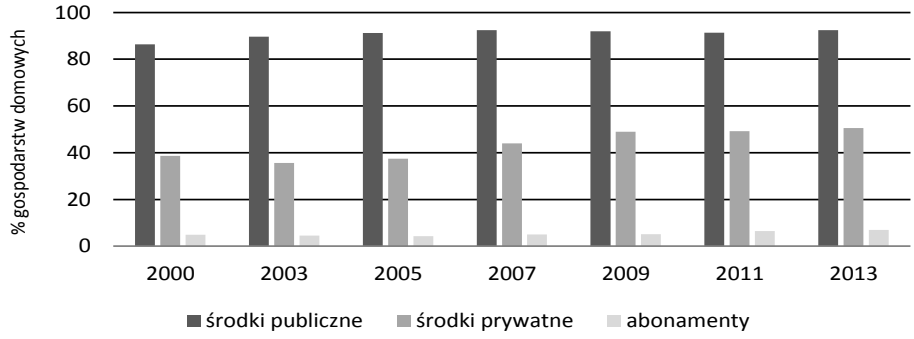


Rysunek 12. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, rok 2013
Źródło: GUS [2014b: 6].



Rysunek 13. Przyczyny korzystania z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ, rok 2013
Źródło: GUS [2014b: 5].

Jak wskazują statystyki z roku na rok rośnie udział gospodarstw domowych korzystających z placówek opieki zdrowotnej w ramach finansowania własnego (z 38,6% dla roku 2000 do 50,6% dla roku 2013). Zwiększył się też odsetek domostw korzystających z opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych. Wzrost ten nie jest jednak aż tak bardzo dynamiczny (z 86,4% dla 2000 roku do 92,4% dla roku 2013). Widoczny jest również przyrost gospodarstw wykorzystujących pakiety medyczne i abonamenty.



Rysunek 14. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z placówek opieki zdrowotnej według źródła finansowania usług, rok 2013
Źródło: Czapiński i Panek [2014: 126].

Optymalna alokacja środków trafiających do systemu opieki zdrowotnej w skali kraju nie może zostać osiągnięta bez precyzyjnego uregulowania rynku usług medycznych przez państwo [Stańdo-Górska 2012: 77]. Brak regulacji prawnych skutkuje bardzo powolnym rozwojem rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W porównaniu z innymi krajami UE, Polska ma niekorzystną strukturę prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Obecnie zdecydowana większość świadczeń opieki zdrowotnej pokrywanych ze środków prywatnych jest finansowana na zasadzie opłaty za poszczególne świadczenia. Współpłacenie Polaków z własnej kieszeni wynosi ok. 33% wszystkich wydatków na zdrowie i plasuje Polskę nieco powyżej średniej unijnej [Fal 2013: 48–49].

Aby w sposób efektywny móc stawić czoła procesowi starzenia się społeczeństwa polskiego i być w stanie w pełni wykorzystać wszystkie możliwości jakie daje rozwój medycyny niezbędne jest zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia i lepsza priorytetyzacja zadań. Niewątpliwym bowiem jest fakt, że wyższe nakłady właściwie ukierunkowane na diagnostykę i leczenie istotnie wpływają na wydłużenie okresu życia w zdrowiu. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia realizowany mógłby być oczywiście poprzez podniesienie składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne albo redukcję innych wydatków finansowanych z budżetu państwa, ale nie byłyby to rozwiązania optymalne [PIU, E&Y 2013: 10]. Odciążenie publicznego systemu ochrony zdrowia zapewnić można byłoby poprzez wprowadzenie współfinansowania świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych za pośrednictwem uregulowanego prawnie instrumentu – dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Podsumowanie

Postępujące zmiany demograficzne w społeczeństwie i związany z nimi zwiększający się popyt na świadczenia medyczne wymuszają zmiany w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Funkcjonujący system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, pomimo wzrostu nakładów finansowych na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, wciąż nie jest wystarczająco efektywny. Liczne problemy, z którymi się boryka dotykają bezpośrednio pacjentów. Pomimo podwojenia poziomu nakładów na opiekę medyczną w ostatniej dekadzie, Polacy nie oceniają systemu ochrony zdrowia jako skutecznie zaspokajającego ich potrzeby. Obywatele, aby w realnie krótkim czasie uzyskać potrzebną pomoc medyczną, zmuszeni są do współfinansowania leczenia ze środków prywatnych. Z uwagi

na to, że obecnie większość środków własnych obywateli, wydatkowanych na zaspokojenie potrzeb związanych z ochroną zdrowia, procedowanych jest w sposób niezinstytucjonalizowany, trudno prowadzić efektywną politykę wspierającą publiczny system ochrony zdrowia. Wspieranie powszechności dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, skoordynowanych z systemem publicznym, pomogłoby zapewne w stworzeniu bardziej skutecznych mechanizmów opieki zdrowotnej dla obywateli Polski.

Bibliografia

Baza danych Eurostat, strona internetowa: http://ec.europa.eu/eurostat/web.

Czapiński J., Panek T. (2014), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków,* Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

Eurostat (2015), *Employment, Social Affairs & Inclusion Eurostat Demography Report*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fal D. (2013), *Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 4.

Golinowska S. (red.) (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012* , NFZ, Warszawa.

GUS (2014a), *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050.*

GUS (2014b), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*

GUS (2015), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r.*

GUS (2016a), *Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia".*

GUS (2016b), *Narodowy rachunek zdrowia w 2014 r.*

GUS (2016c), *Stan zdrowia ludności w 2014 r.*

Health Consumer Powerhouse Ltd (2016), *Euro Health Consumer Index 2015*, https://piu.org.pl/europejski-konsumencki-indeks-zdrowia-2015-po-polsku.

Jeziorska M. (2016), *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako instrument mogący usprawnić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica", nr 318.

Koehne N., Lednicki B., Piekarzewska M., Wieczorkowski R., Zajenkowska-Kozłowska A. (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa.

Łanda K. (2013), *Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 4.

Marciniak G. (red.) (2005), *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, GUS, Warszawa.
Nawrolska I. (2011) *Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego", nr 11.
PIU, E&Y (2013), *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, PIU, Warszawa.
Rozkrut M. (2013), *Analiza możliwości zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych. Prognozy rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 4.
Ryć K., Skrzypczak. Z (2005), *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?* , „Problemy zarządzania", nr 10.
Stańdo-Górska H. (2012), *Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy"*, nr 26.
Świtała M. (2009), *Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku*, „Gerontologia Polska", t. 17, nr 3.
Waligórska M., Kostrzewa Z. (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa.
Żyra M. (2014), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, GUS, Warszawa.

WPŁYW STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA NA ORGANIZACJĘ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Prognoza liczby ludności Polski na kolejne dekady wskazuje na utrwalenie trendu starzenia się społeczeństwa. Przewidywane zmiany demograficzne, przy utrzymaniu dotychczasowych zasad funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych, mogą mieć daleko idące konsekwencje dla zapewnienia realności ochrony ubezpieczeniowej w Polsce. W niniejszym artykule poruszono tematykę wpływu zmian demograficznych w społeczeństwie na zwiększanie się popytu na świadczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej. Źródłem informacji ilościowych wykorzystywanych w pracy były opracowania GUS-u i Eurostatu.
Słowa kluczowe: proces starzenia się społeczeństwa, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, oczekiwana długość życia, wydatki na ochronę zdrowia.

THE INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC CHANGES ON FUNCTIONING OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND

Projection prepared by Central Statistical Office indicates that the process of polish society ageing will progress rapidly. Expected demographic changes may cause that the public healthcare system in Poland will be inefficient. This paper focuses on the dependence between aforementioned changes and increasing

demand for health services within polish healthcare system. The data used come from Central Statistical Office of Poland and Eurostat.
Keywords: ageing of the population, non-compulsory private health insurance, life expectancy, health care expenditure.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.05

WYDŁUŻANIE TRWANIA ŻYCIA A PŁATNOŚCI RENTOWE Z UBEZPIECZEŃ OC

Anna Jędrzychowska
dr, Katedra Ubezpieczeń,
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Ilona Kwiecień
dr hab., Katedra Ubezpieczeń,
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
dr, Katedra Ubezpieczeń,
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wprowadzenie

Obserwowane w ostatnich latach starzenie się ludności w krajach europejskich, jest nie tylko konsekwencją zmniejszenia dzietności, ale także zjawiska wydłużania się trwania życia, Pozytywne skądinąd z punktu widzenia jednostki, stanowi istotną implikację dla gospodarki oraz rynku finansowego, prowadząc dyskusję naukową nad ryzykiem długowieczności (*longevity*) w obszarze finansów, w tym ubezpieczeń[1].

Ryzyko to postrzegane jest w ujęciu negatywnym[2] na poziomie indywidualnym, jako ryzyko przeżycia dłużej niż nagromadzone bogactwo oraz zagregowanym, jako ryzyko, że przeciętny członek grupy urodzeniowej będzie żyć dłużej niż oczekiwano [MacMinn i in. 2006: 551].

Tak dłuższe trwanie życia, jak zwiększający się udział osób starszych w społeczeństwie jest istotnym wyzwaniem tak dla państw, jak i instytucji finansowych, głównie banków, zakładów ubezpieczeń oraz funduszy hipotecznych. Podmioty te będą musiały uwzględniać wydłużanie się trwania życia w zarządzaniu systemami emerytalnymi oraz portfelem oferowanych produktów, w szczególności tych, które narażone są właśnie na ryzyko długowieczności z uwagi na płatności okresowe bez zakreślenia

1 M.in. Trzpiot [2015a], Trzpiot [2015b], MacMinn i in. [2006]; Ngai i Sherris [2011].
2 Które implikuje potrzebę zarządzania ryzykiem.

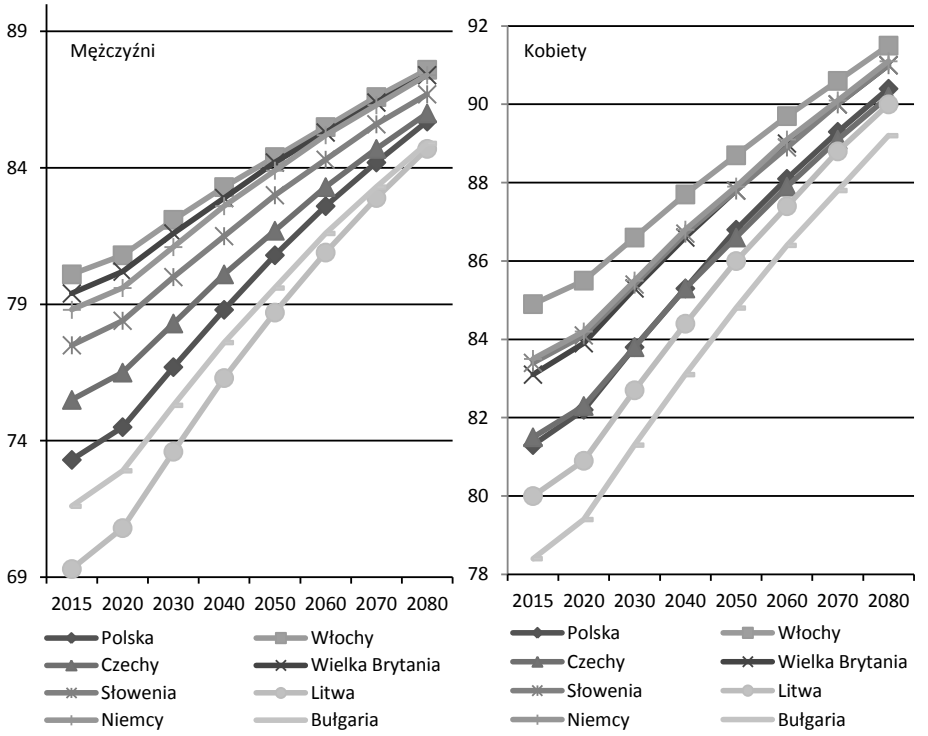
horyzontu czasowego. Przy niektórych produktach, jak odwrócona hipoteka czy renty z zamkniętym okresem płatności ryzyko właściwej oceny okresu wypłaty ciążyć będzie na beneficjencie.

W artykule autorki wskazują dane obrazujące zjawisko wydłużania trwania życia oraz ilustrują problem wpływu zjawiska w obszarze ubezpieczeń poprzez weryfikację znaczenia tego czynnika w kształtowaniu płatności rentowych w ubezpieczeniach OC. Z uwagi na ograniczone ramy ilustracja zawężona została do dwóch zagadnień – wpływu wydłużania się dalszego trwania życia na obecną wartość kapitału rentowego oraz tego, jak przy utrzymaniu stałej wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej obniża się wysokość kapitału na poczet miesięcznego świadczenia.

1. Zjawisko wydłużania trwania życia

Analiza danych demograficznych opublikowanych przez Eurostat [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database] pozwala na oczywistą konstatację, że mamy do czynienia z wydłużaniem się trwania życia. W roku 1960 przeciętne trwanie życia w Polsce wynosiło 67,7 lat, natomiast w 2014 roku 77,8 lat. W wielu krajach europejskich sytuacja była podobna[3]. Proces ten będzie postępował w kolejnych latach, bowiem jak przewiduje Komisja Europejska (2015) w krajach będących członkami Unii Europejskiej przeciętne trwanie życia wzrośnie o nieco ponad 7 lat dla mężczyzn oraz 6 lat w przypadku kobiet w roku 2060 w porównaniu do roku 2013. Według prognoz Eurostatu, wydłużanie się trwania życia będzie najszybciej postępowało w krajach rozwijających się. Z danych dotyczących prognozy przeciętnego trwania życia w wybranych krajach europejskich zaprezentowanych na rysunku 1, wynika, że największy przyrost trwania życia w grupie mężczyzn w latach 2015–2080, będzie miał miejsce na Litwie (15,4 lat), w Bułgarii (13,3 lat) oraz w Polsce (12,4 lat). Natomiast w krajach rozwiniętych przyrost ten będzie na niższym poziomie tj. we Włoszech 7,5 lat, Wielkiej Brytanii 8 lat oraz Niemczech 8,4 lat. Trwanie życia kobiet wydłuży się o mniejszą liczę lat, choć i tak w krajach rozwijających się w stosunku do krajów rozwiniętych proces ten będzie szybszy (w Bułgarii 10,8 lat, a we Włoszech 6,6 lat).

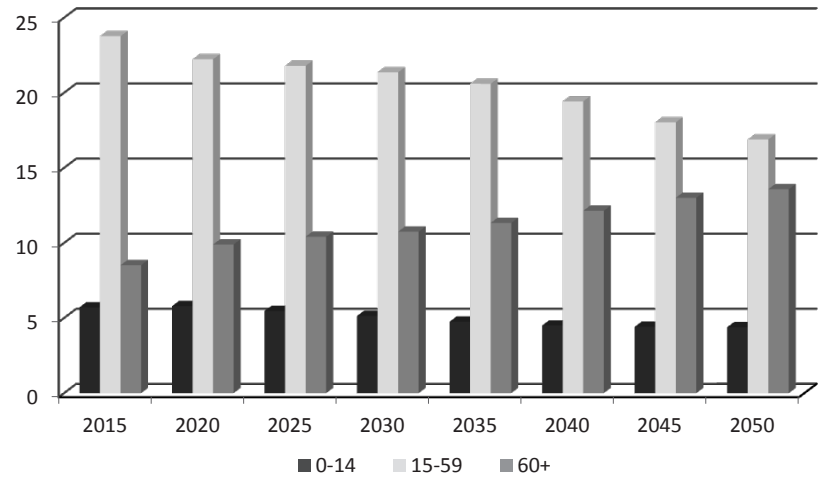
3 Dla przykładu: w Niemczech przeciętne trwanie życia w roku 1960 wynosiło 69,6 lat, a w 2014 roku 81,2 lata; w Wielkiej Brytanii w roku 1960 odnotowano przeciętne trwanie życia na poziomie 71,1 lat a w 2014 roku było to już 81,4 lat.



Rysunek 1. Przeciętne trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w latach 2015–2080 w wybranych krajach europejskich (2015 – dane rzeczywiste, 2020–2080 – prognoza)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostatu [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database]

Starzenie się populacji, nie tylko w Europie, ale na całym świecie, uzależnione jest od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego. Im wyższy poziom rozwoju, tym wyższa jakość życia, niższa dzietność oraz dłuższe trwanie życia, a w konsekwencji wyższy udział osób starszych[4] w populacji [szerzej: Jurek 2012]. Na rysunku 2 zaprezentowano prognozę liczby ludności w Polsce do roku 2050, z której wynika, że istotnie będzie wzrastała liczba osób starszych (60+) w społeczeństwie, a malała zarówno liczba dzieci, jak i liczba osób w wieku produkcyjnym. Zjawisko to rodzi wiele obaw, bowiem krótszy czas przeobrażeń demograficznych w Polsce (i innych krajach rozwijających się), w stosunku do krajów już rozwiniętych, spowodować może brak stosownego przygotowania się m.in. niedostosowania infrastruktury zapewniającej bezpieczeństwo socjalne osobom starszym.

4 W literaturze przedmiotu za metrykalny próg starości przyjmuje się wiek 60 lat lub 65 lat.



Rysunek 2. Liczba ludności w Polsce w podziale na grupy wiekowe w latach 2015–2050 (w mln osób; 2015 – dane rzeczywiste, 2020–2050 – prognoza)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (www.stat.gov.pl).

Identyfikowane na tle powyższych analiz ryzyko dotyczy zarówno jednostek, jak i całych roczników demograficznych. Indywidualne (specyficzne) ryzyko długowieczności (*specific longevity risk*), polega na tym, że dana osoba dożyje dłuższego wieku niż oczekiwała. Na ten rodzaj ryzyka będą narażone głównie osoby, które korzystają z części uzupełniającej systemu emerytalnego (np. wypłata świadczeń z ubezpieczeń na życie i dożycie, z odwróconego kredytu hipotecznego). Natomiast ryzyko długowieczności dotyczące całych roczników demograficznych, nazywane zagregowanym ryzykiem długowieczności (*aggregate longevity risk*), polega na tym, że średnia długość życia dla danego rocznika będzie dłuższa niż przewidywano. Z ryzykiem długowieczności związane jest ryzyko zmian w przebiegu śmiertelności. Może ono powodować – w przypadku niekorzystnych zmian w przebiegu śmiertelności polegających na np. wcześniejszych zgonach spowodowanych chorobami cywilizacyjnymi – niedoszacowanie wartości wypłacanego świadczenia i wówczas ryzyko to ponosi osoba pobierająca świadczenie. Natomiast w przypadku korzystnych zmian przebiegu śmiertelności, polegających na omawianym tutaj wydłużaniu się życia, ryzyko to realizowało się będzie poprzez przeszacowanie wartości wypłacanego świadczenia i wówczas ryzyko to ponosi instytucja wypłacająca świadczenie. Na ten rodzaj ryzyka długowieczności narażone są głównie te instytucje, które wypłacają świadczenia dożywotnio. Łącznie specyficzne ryzyko długowieczności i zagregowane ryzyko długowieczności stanowią tzw. całkowite ryzyko długowieczności (*total longevity risk*) [Blake i in. 2010].

2. Płatności rentowe z ubezpieczeń OC

Przedmiotem kompensacji w świadczeniach w postaci rent z ubezpieczeń OC, co do zasady są straty majątkowe, dotyczące dochodów uzyskiwanych cyklicznie lub wydatków ponoszonych cyklicznie. Kompensacja tego rodzaju strat następuje w systemach prawnych w dwóch formułach[5]:

- w postaci ryczałtowej kwoty (*lump sum*) – założeniem tu jest zazwyczaj, że kwota ta wystarczy na zakup hipotetycznej renty przez okres oddziaływania szkody,
- w postaci płatności okresowej, zazwyczaj miesięcznej.

W polskim systemie prawa cywilnego zasadą jest kompensacja w postaci renty (świadczeń okresowych), która może obejmować:

a) utracone zarobki – dla poszkodowanego bezpośrednio, który w konsekwencji doznanego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia stracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo zmniejszyły się jego widoki na przyszłość (art. 444 § 2 k.c.);

b) zwiększone koszty utrzymania – dla poszkodowanego bezpośrednio, którego potrzeby zwiększyły się w konsekwencji doznanego uszkodzenia ciała lub rozstroju (art. 444 § 2 k.c.);

Sąd Najwyższy wskazuje, że mamy tu (a,b) trzy odrębne rodzaje renty: z tytułu utraty zdolności do zarobkowania, z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego oraz z tytułu zmniejszenia się jego widoków powodzenia na przyszłość; każda z wymienionych w tym przepisie podstaw świadczenia rentowego stanowi samoistną przesłankę jego zasądzenia[6];

c) utracone środki utrzymania – dla poszkodowanego pośrednio, który pozbawiony został świadczeń alimentacyjnych w konsekwencji śmierci poszkodowanego bezpośrednio (art. 446 § 2 k.c.); renta ta określana rentą alimentacyjną przyznawana jest obligatoryjne (przy spełnieniu przesłanek zawartych w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym) w przypadku osób, względem, których ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, bądź fakultatywne – jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego – wobec innych osób bliskich, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania[7].

---

5 Przegląd rozwiązań systemowych w zakresie szkód o charakterze majątkowym, wynikających ze szkody na osobie [w:] Kwiecień i Jędrzychowska [2013], por. także Ward [2009].

6 Wyrok SN z dnia 14 września 2009 r. [II PK 65/09, LEX nr 558304].

7 Z jednej strony nie jest tu konieczna bliska więź czy pokrewieństwo ze zmarłym, z drugiej jednak strony konieczną przesłanką jest fakt dostarczania przez zmarłe-

W odniesieniu do rent dla bezpośrednio poszkodowanego płatności w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu przybierać będą formę płatności długookresowej, płatnej do końca życia – bezspornie w zakresie renty na zwiększone potrzeby. W odniesieniu do utraty dochodów, spotyka się rozbieżne stanowiska, co do płatności w okresie po momencie, w którym zwyczajowo dochodzi do ustania aktywności zawodowej. Jednak kwestia ta nie jest oczywista, bowiem z jednej strony podejście o płatności do okresu przejścia w stan spoczynku wymagałoby kompensowania w rencie utraconych oszczędności emerytalnych, z drugiej coraz powszechniejsza jest aktywność zawodowa na emeryturze, choćby w zmniejszonym wymiarze.

Renta alimentacyjna przyznawana jest na okres, przez jaki przysługiwałyby środki utrzymania od zmarłego. W przypadku małżonka może być nieograniczony – do jego śmierci gdy ze względu na stan zdrowia, wiek lub inne ważne okoliczności (np. zamieszkiwanie na terenie o wysokim stopniu bezrobocia) nie jest jej w stanie podjąć.

Odejściem od reguły płatności okresowych świadczeń z odpowiedzialności cywilnej jest możliwość w polskim systemie ustalenia wypłaty świadczenia rentowego w formie jednorazowej płatności (tzw. renty skapitalizowanej). Warunkiem są jednak ważne powody, tak by leżało to w interesie poszkodowanego (por. art. 447 k.c.)[8]. Ustalenie wysokości renty wypłaconej jednorazowo bazuje na wartości obecnej świadczenia, które gdyby zostało utrzymane w formie podstawowej, było by strumieniem przyszłych wypłat.

3. Znaczenie wydłużania trwania życia w płatnościach rentowych – ilustracje kalkulacyjne

W tej części artykułu zostaną zilustrowane dwa zagadnienia: wzrost wartości obecnej kapitału potrzebnego do pokrycia roszczenia rentowego oraz zmniejszanie się puli środków na miesięczne świadczenia przy zachowaniu stałej sumy gwarancyjnej.

---

go pomocy materialnej stale, nie wystarczy zatem jednorazowe czy sporadyczne wsparcie. Nie jest także wymogiem fakt, by pomoc ta stanowiła jedyne źródło utrzymania osoby dochodzącej renty; por. Szpunar [2000: 114].

8 Szczegółowo na temat problemów ekonomicznych w odniesieniu do rent z ubezpieczeń OC por. Kwiecień i Jędrzychowska [2014].

W obu wariantach zostanie obliczona renta terminowa dla osoby 30-letniej, w dwóch wariantach:

1. Renty stałej $PV = A \cdot q \frac{q^n - 1}{q - 1} \cdot \frac{1}{q^n}$
2. Renty indeksowanej (rosnącej) $PV = A \cdot q \frac{q^n - d^n}{q - d} \cdot \frac{1}{q^n}$

gdzie:
A – wysokość świadczenia (w obu przypadkach miesięcznego),
$q = 1 + r$, gdzie r to stopa dyskontowa,
$d = 1 + i$, gdzie i to stopa indeksacji,
n – liczba miesięcy życia (zgodnie z prognozowaną długością trwania życia).

Założono, że skoro renty są świadczeniem o długim horyzoncie, to można oprzeć się na wartościach średnich. Dlatego za wskaźnik indeksacji rent przyjęto średnią wartość inflacji w krajach UE za lata 2004–2014. Zaś za stopę dyskontową przyjęto oprocentowanie 10-letnich obligacji skarbowych w krajach UE, jest to średnio 2,5%.

Dla każdego z analizowanych państw przyjęto prognozy długości trwanie życia dla obywateli zgodnie z rokiem ich urodzenia. Do analizy wybrano roczniki: 2015, 2030, 2060 i 2080. Dane pochodzą z Eurostatu. Podobnie dane nt. wysokości średniego wynagrodzenia netto w poszczególnych krajach i wskaźnik inflacji dla krajów UE przyjęto z Eurostatu. Zaś informację na temat oprocentowania 10-letnich obligacji skarbowych – z banku centralnego.

W pierwszej sprawdzono jaki wpływ na obecną wartość kapitału rentowego ma wydłużanie się dalszego trwania życia obywateli. Przyjęto założenie, że renta przyznana jest w wysokości odpowiadającej wielkości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (wg Eurostatu).

Obecna wartość rent ma znaczenie dla świadczeniodawcy (np. zakładu ubezpieczeń), który winien znać obecny rozmiar swoje zobowiązania, by móc utworzyć rezerwę kapitałową na jego poczet. Ale także dla samego poszkodowanego, ponieważ nierzadko praktykuje się wystąpienie o wypłatę jednorazową tego świadczenia.

Otrzymane wyniki (tab. 1) pokazują dwie rzeczy. Pierwsza z nich, dość intuicyjna, pokazuje, że najwyższe wartości obecnych wartości rent ustalone zostały dla krajów o wysokim stopniu rozwoju gospodarki (Wielka Brytania, Niemcy i Włochy), zaś najniższe dla słabiej rozwiniętych (Bułgaria, Litwa i Rumunia). Oczywiście ma to związek z oparciem wyników o wartość przeciętnych wynagrodzeń w gospodarce.

	PV renty				Różnica kwotowo do 2015			Różnica procentowo do 2015		
	2015	2030	2060	2080	2030–2015	2060–2015	2080–2015	% 2015	% 2015	% 2015
Płatności stałe – 30-letni mężczyzna										
Bułgaria	103 731,78	108 726,14	116 355,97	119 831,78	4 994,36	12 624,20	16 100,00	104,81%	112,17%	115,52%
Czechy	238 322,16	246 080,58	258 515,15	264 545,24	7 758,41	20 192,98	26 223,08	103,26%	108,47%	111,00%
Litwa	173 867,08	184 617,14	200 219,49	207 407,07	10 750,05	26 352,40	33 539,98	106,18%	115,16%	119,29%
Niemcy	789 014,70	807 896,95	838 432,80	853 427,69	18 882,25	49 418,11	64 412,99	102,39%	106,26%	108,16%
Polska	202 794,10	211 359,95	224 586,83	230 750,82	8 565,85	21 792,73	27 956,72	104,22%	110,75%	113,79%
Rumunia	120 280,75	126 178,60	134 979,28	139 185,52	5 897,85	14 698,53	18 904,77	104,90%	112,22%	115,72%
Słowacja	212 004,94	220 805,32	234 566,02	241 246,45	8 800,37	22 561,08	29 241,51	104,15%	110,64%	113,79%
Wielka Bryt.	963 594,77	985 402,45	1 018 444,41	1 035 927,65	21 807,67	54 849,64	72 332,87	102,26%	105,69%	107,51%
Włochy	599 881,20	611 673,25	630 077,55	641 253,16	11 792,04	30 196,34	41 371,96	101,97%	105,03%	106,90%
Płatności stałe – 30-letnia kobieta										
Bułgaria	112 589,74	115 983,46	121 344,30	124 052,86	3 393,72	8 754,57	11 463,12	103,01%	107,78%	110,18%
Czechy	254 133,03	259 676,24	268 640,57	273 371,53	5 543,21	14 507,54	19 238,50	102,18%	105,71%	107,57%
Litwa	198 397,55	203 741,95	212 020,66	216 209,51	5 344,40	13 623,11	17 811,97	102,69%	106,87%	108,98%
Niemcy	825 722,03	840 204,20	864 966,74	877 557,88	14 482,17	39 244,71	51 835,85	101,75%	104,75%	106,28%
Polska	222 129,36	226 974,50	234 809,93	238 945,11	4 845,14	12 680,56	16 815,74	102,18%	105,71%	107,57%
Rumunia	130 750,89	134 764,88	140 922,98	143 945,91	4 013,99	10 172,09	13 195,01	103,07%	107,78%	110,09%
Słowacja	229 877,37	235 655,86	245 043,29	249 733,17	5 778,49	15 165,92	19 855,80	102,51%	106,60%	108,64%
Włochy	999 282,14	1 018 444,41	1 048 626,21	1 063 972,92	19 162,28	49 344,07	64 690,78	101,92%	104,94%	106,47%
Wielka Bryt.	626 965,16	636 169,42	651 449,53	659 618,31	9 204,26	24 484,37	32 653,14	101,47%	103,91%	105,21%
Płatności rosnące – 30-letni mężczyzna										
Bułgaria	124 044,63	131 739,19	144 088,35	149 991,63	7 694,56	20 043,72	25 947,00	106,20%	116,16%	120,92%
Czechy	288 935,60	301 303,05	321 906,65	332 289,79	12 367,46	32 971,06	43 354,19	104,28%	111,41%	115,00%
Litwa	206 136,22	222 370,55	247 316,60	259 467,58	16 234,33	41 180,38	53 331,36	107,88%	119,98%	125,87%
Niemcy	967 737,30	998 776,02	1 050 589,74	1 076 842,03	31 038,72	82 852,44	109 104,73	103,21%	108,56%	111,27%
Polska	243 972,59	257 373,96	279 042,88	289 607,87	13 401,37	35 070,29	45 635,28	105,49%	114,37%	118,71%
Rumunia	143 877,91	152 975,66	167 243,50	174 405,01	9 097,75	23 365,59	30 527,10	106,32%	116,24%	121,22%
Słowacja	254 900,92	268 640,82	291 119,32	302 536,19	13 739,91	36 218,40	47 635,27	105,39%	114,21%	118,69%
Wielka Bryt.	1 184 222,51	1 220 264,01	1 276 496,06	1 307 117,69	36 041,49	92 273,55	122 895,18	103,04%	107,79%	110,38%
Włochy	739 114,57	758 725,17	790 151,55	809 765,98	19 610,60	51 036,99	70 651,41	102,65%	106,91%	109,56%
Płatności rosnące – 30-letnia kobieta										
Bułgaria	137 895,34	143 466,73	152 622,27	157 435,32	5 571,40	14 726,94	19 539,98	104,04%	110,68%	114,17%
Czechy	314 527,74	323 884,71	339 504,53	348 016,93	9 356,97	24 976,78	33 489,19	102,97%	107,94%	110,65%
Litwa	244 307,78	253 213,64	267 524,43	275 033,20	8 905,87	23 216,65	30 725,42	103,65%	109,50%	112,58%
Niemcy	1 028 765,21	1 053 661,82	1 097 442,09	1 120 343,35	24 896,61	68 676,87	91 578,13	102,42%	106,68%	108,90%
Polska	274 918,41	283 097,02	296 749,80	304 190,21	8 178,62	21 831,39	29 271,81	102,97%	107,94%	110,65%
Rumunia	160 276,07	166 884,84	177 436,92	182 824,25	6 608,78	17 160,85	22 548,18	104,12%	110,71%	114,07%
Słowacja	283 312,25	292 957,60	309 191,88	317 595,34	9 645,35	25 879,63	34 283,09	103,40%	109,13%	112,10%
Wielka Bryt.	1 243 636,00	1 276 496,06	1 329 769,18	1 357 636,12	32 860,06	86 133,18	114 000,11	102,64%	106,93%	109,17%
Włochy	784 762,82	800 790,98	828 044,27	842 970,10	16 028,17	43 281,45	58 207,28	102,04%	105,52%	107,42%

Tabela 1. Wartości obecne rent dla poszczególnych lat urodzenia (w euro)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostatu [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database] oraz banku Centralnego [http://data.worldbank.org].

	PV renty				Różnica kwotowo do 2015			Różnica procentowo do 2015		
	2015	2030	2060	2080	2030–2015	2060–2015	2080–2015	% 2015	% 2015	% 2015
Płatności stałe – 30-letni mężczyzna										
Bułgaria	15 994,78	15 260,05	14 259,40	13 845,80	–734,73	–1 735,38	–2 148,98	95,41%	89,15%	86,56%
Czechy	15 229,74	14 749,56	14 040,12	13 720,07	–480,18	–1 189,62	–1 509,67	96,85%	92,19%	90,09%
Litwa	16 540,41	15 577,27	14 363,40	13 865,63	–963,14	–2 177,01	–2 674,78	94,18%	86,84%	83,83%
Niemcy	14 671,25	14 328,35	13 806,50	13 563,92	–342,90	–864,75	–1 107,33	97,66%	94,11%	92,45%
Polska	15 643,95	15 009,94	14 125,92	13 748,58	–634,01	–1 518,03	–1 895,37	95,95%	90,30%	87,88%
Rumunia	15 976,52	15 229,72	14 236,74	13 806,51	–746,80	–1 739,78	–2 170,01	95,33%	89,11%	86,42%
Słowacja	15 677,70	15 052,85	14 169,77	13 777,40	–624,85	–1 507,93	–1 900,30	96,01%	90,38%	87,88%
Wielka Bryt.	14 582,12	14 259,40	13 796,78	13 563,93	–322,72	–785,34	–1 018,19	97,79%	94,61%	93,02%
Włochy	14 470,92	14 191,95	13 777,40	13 537,28	–278,97	–693,52	–933,64	98,07%	95,21%	93,55%
Płatności stałe – 30-letnia kobieta										
Bułgaria	14 736,41	14 305,19	13 673,21	13 374,68	–431,22	–1 063,20	–1 361,73	97,07%	92,79%	90,76%
Czechy	14 282,23	13 977,34	13 510,93	13 277,11	–304,89	–771,30	–1 005,12	97,87%	94,60%	92,96%
Litwa	14 495,31	14 115,08	13 563,92	13 301,14	–380,23	–931,39	–1 194,17	97,38%	93,57%	91,76%
Niemcy	14 019,06	13 777,40	13 382,97	13 190,96	–241,66	–636,09	–828,10	98,28%	95,46%	94,09%
Polska	14 282,22	13 977,33	13 510,90	13 277,11	–304,89	–771,32	–1 005,11	97,87%	94,60%	92,96%
Rumunia	14 697,17	14 259,39	13 636,29	13 349,92	–437,78	–1 060,88	–1 347,25	97,02%	92,78%	90,83%
Słowacja	14 458,80	14 104,25	13 563,92	13 309,19	–354,55	–894,88	–1 149,61	97,55%	93,81%	92,05%
Włochy	13 845,80	13 645,46	13 325,41	13 160,38	–200,34	–520,39	–685,42	98,55%	96,24%	95,05%
Wielka Bryt.	14 061,36	13 796,78	13 399,67	13 206,40	–264,58	–661,69	–854,96	98,12%	95,29%	93,92%
Płatności rosnące – 30-letni mężczyzna										
Bułgaria	13 375,57	12 594,33	11 514,91	11 061,73	–781,24	–1 860,66	–2 313,84	94,16%	86,09%	82,70%
Czechy	12 561,91	12 046,28	11 275,27	10 922,95	–515,63	–1 286,64	–1 638,96	95,90%	89,76%	86,95%
Litwa	13 951,13	12 932,62	11 628,13	11 083,59	–1 018,51	–2 323,00	–2 867,54	92,70%	83,35%	79,45%
Niemcy	11 961,74	11 590,01	11 018,41	10 749,80	–371,73	–943,33	–1 211,94	96,89%	92,11%	89,87%
Polska	13 003,51	12 326,42	11 369,21	10 954,47	–677,09	–1 634,30	–2 049,04	94,79%	87,43%	84,24%
Rumunia	13 356,24	12 561,91	11 409,23	11 018,40	–794,33	–1 947,01	–2 337,84	94,05%	85,42%	82,50%
Słowacja	13 039,37	12 372,47	11 417,14	10 986,28	–666,90	–1 622,23	–2 053,09	94,89%	87,56%	84,25%
Wielka Bryt.	11 865,38	11 514,93	11 007,67	10 749,79	–350,45	–857,71	–1 115,59	97,05%	92,77%	90,60%
Włochy	11 744,92	11 441,34	10 986,27	10 720,18	–303,58	–758,65	–1 024,74	97,42%	93,54%	91,28%
Płatności rosnące – 30-letnia kobieta										
Bułgaria	12 032,07	11 564,82	10 871,07	10 538,71	–467,25	–1 161,00	–1 493,36	96,12%	90,35%	87,59%
Czechy	11 539,80	11 206,41	10 690,82	10 429,33	–333,39	–848,98	–1 110,47	97,11%	92,64%	90,38%
Litwa	11 771,35	11 357,34	10 749,79	10 456,30	–414,01	–1 021,56	–1 315,05	96,48%	91,32%	88,83%
Niemcy	11 252,17	10 986,29	10 548,01	10 332,39	–265,88	–704,16	–919,78	97,64%	93,74%	91,83%
Polska	11 539,80	11 206,41	10 693,82	10 429,33	–333,39	–845,98	–1 110,47	97,11%	92,67%	90,38%
Rumunia	11 989,74	11 514,93	10 830,13	10 511,01	–474,81	–1 159,61	–1 478,73	96,04%	90,33%	87,67%
Słowacja	11 731,76	11 345,49	10 749,80	10 465,35	–386,27	–981,96	–1 266,41	96,71%	91,63%	89,21%
Wielka Bryt.	11 298,53	11 007,66	10 566,67	10 349,79	–290,87	–731,86	–948,74	97,43%	93,52%	91,60%
Włochy	11 061,74	10 840,32	10 483,54	10 297,91	–221,42	–578,20	–763,83	98,00%	94,77%	93,09%

Tabela 2. Wysokość miesięcznego świadczenia, które można wypłacić z minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych 30-letniemu poszkodowanemu (w euro)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostatu [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database] oraz banku Centralnego [http://data.worldbank.org].

Druga rzecz pokazuje przełożenie się faktu wydłużania się życia na wartość obecną rent. Odniesiono wartości obecne rent policzone dla osoby 30-letniej urodzonej w roku 2030, 2060 i 2080 do wartości obecnej renty, która byłaby ustalona dla osoby urodzonej w roku 2015. Te wyniki pokazują, że kapitał potrzebny na wypłatę renty wzrasta znacząco w krajach, w których obserwuje się największe wydłużanie się życia. I tak dla przykładu wartość obecna renty stała dla mężczyzny urodzonego w Niemczech w 2080 r. jest o 8% wyższa niż dla urodzonego w 2015 r., ale w Bułgarii i Rumuni różnica ta to już 15%, a na Litwie 19%. W przypadku renty rosnącej dla mężczyzny: w Niemczech jest to 11%, w Rumuni 21%, w Bułgarii 21%, na Litwie 26%.

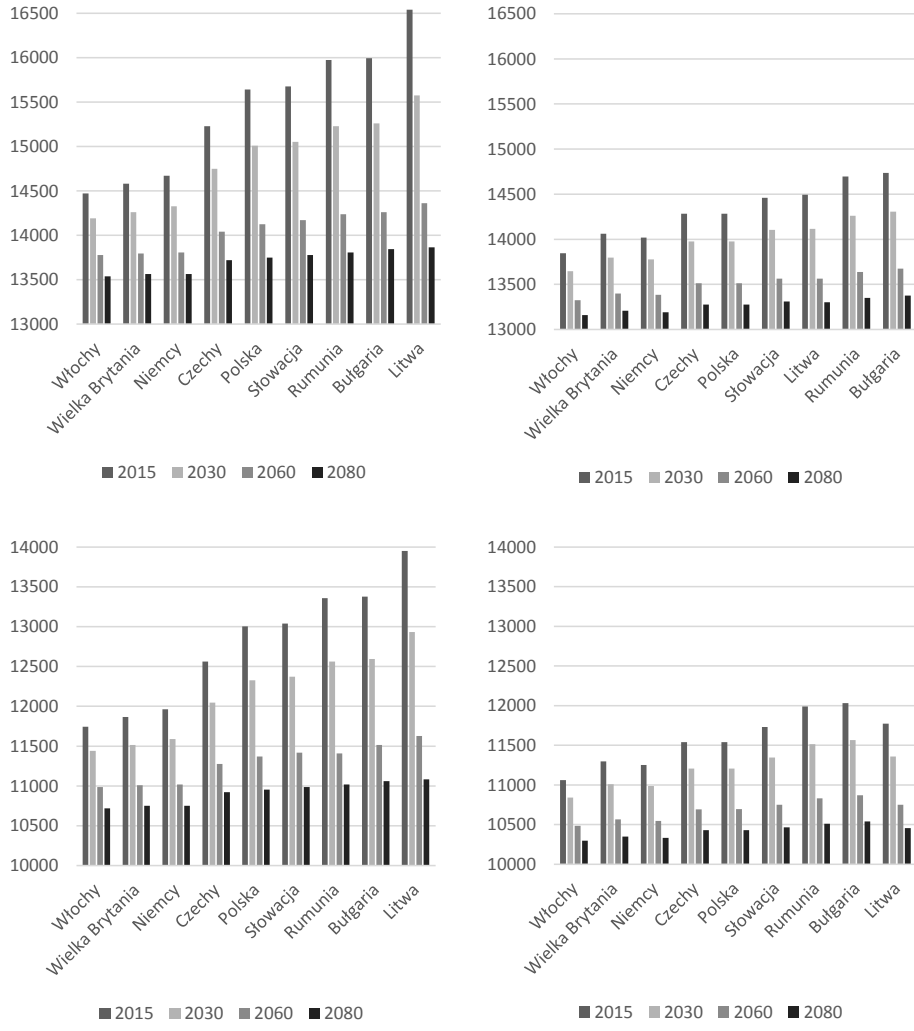
Warto zwrócić tez uwagę, że wartości obecne rent w Polsce to rząd kilkunastu procent. Odpowiednia renta stała: dla mężczyzny to wzrost o 14%, dla kobiety o 8%; renta rosnąca: dla mężczyzny wzrost o 19%, dla kobiety 11%.

Drugie poruszone w artykule zagadnienie to pokazanie tego, jak przy utrzymaniu stałej wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej – dla przykładu z najpowszechniejszego ubezpieczenia obowiązkowego posiadaczy pojazdów mechanicznych przyjęto 5 mln Euro – obniża się wysokość kapitału na poczet miesięcznego świadczenia. Świadczenie miesięczne może pokrywać utracone dochody i zwiększone potrzeby poszkodowanego, a nawet kilku poszkodowanych jeśli z polisy wypłacane jest świadczenie kilku osobom.

Wyniki (tab. 2 oraz rys. 3) wskazują, że wartości kapitału do dyspozycji dla osób urodzonych w późniejszych latach, a zatem żyjących dłużej, jeśli minimalne sumy gwarancyjne nie zostaną zwiększone będą niższe niż otrzymują obecnie poszkodowani. Ponownie największe skutki zdarzeń demograficznych widać w obniżeniu wartości kapitału w Bułgarii, Rumunii i na Litwie. Pula środków na stałe świadczenie miesięczne dla mężczyzny w Rumunii urodzonego w 2080 r. to 86% środków dla osoby urodzonej w 2015 r. Przy rencie zmiennej to obniżenie do 82%.

Podsumowanie

Przedstawiona analiza prowadzi do wniosków, że w istocie mamy do czynienia ze zjawiskiem wydłużania się trwania życia, które będzie wymuszało wiele zmian w zasadzie na wszystkich płaszczyznach funkcjonowania rynku, w tym zabezpieczenia społecznego i finansowego. Rodzi to istotne wyzwania dla instytucji finansowych, które będą zmuszone do aktywnego zarządzania ryzykiem długowieczności.



1L – wysokości kapitału na miesięczne świadczenia przy założeniu renty stałej dla 30-letniego mężczyzny
1P – wysokości kapitału na miesięczne świadczenia przy założeniu renty stałej dla 30-letniej kobiety
2L – wysokości kapitału na miesięczne świadczenia przy założeniu renty rosnącej dla 30-letniego mężczyzny
2P – wysokości kapitału na miesięczne świadczenia przy założeniu renty rosnącej dla 30-letniej kobiety

Rysunek 3. Wysokość miesięcznego świadczenia, które można wypłacić z minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych 30-letniemu poszkodowanemu (w euro)
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostatu [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database] oraz banku Centralnego [http://data.worldbank.org].

Zaprezentowana kalkulacja obrazuje, że wydłużające się trwanie życia winno zmusić ubezpieczycieli (oraz inne podmioty wypłacające świadczenia oparte na długości życia, np. ZUS) do podjęcia działań zapewniających im wyższe kapitały potrzebne do ich pokrywania. Jak wskazano w obliczanych przykładach dla Polski kapitał potrzebny na pokrycie takiej samej renty dla osoby urodzonej w 2015 r. i dla urodzonej 2080 r. różni się o kilkanaście procent.

Druga zaprezentowana kalkulacja wskazuje też na konieczność zwiększania minimalnych sum gwarancyjnych dla ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych celem zachowania takiego samego stopnia ochrony poszkodowanych. Naturalnym jej rozwinięciem może być też refleksja nt. kapitału emerytalnego, który winno się gromadzić. Jak widać, dla osób urodzonych później kapitał o tej samej wysokości nie będzie gwarantował wypłat o tej samej wysokości. Dla Polski jest to obniżenie miesięcznego świadczenia do poziomu około 90% dla osoby urodzonej w roku 2080 względem świadczenia dla urodzonej w roku 2015.

Bibliografia

Blake D., Boardman T., Cairns A. (2010), *The case of longevity bonds*, „Center for Retirement Research at Boston College", no. 10–10.

Jurek Ł. (2012), *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Difin, Warszawa.

Komisja Europejska (2015), *The 2015 Ageing Report*, „European Economy", no. 3.

Kwiecień I., Jędrzychowska A. (2014), *Renty z tytułu szkód na osobie – tendencje i wyzwania w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej*, [w:] *Współczesne wyzwania z bankowości i finansach*, „Problemy Zarządzania", vol. 12, nr 4(48), t. 1, Wydawnictwo naukowe WZ UW, Warszawa.

MacMinn R., Brockett P., Blakje D. (2006), *Longevity risk and capital markets*, „The Journal of Risk and Insurance", vol. 73, no. 4, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1539-6975.2006.00188.x/full (dostęp: 16.01.2016).

Ngai A., Sherris M. (2011), *Longevity risk management for life and variable annuities: The effectiveness of static hedging using longevity bonds ad derivatives*, „Insurance: Mathematics and Economics", vol. 49, no. 1.

Trzpiot G. (2015a), *Wybrane determinanty ryzyka długowieczności*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe UE w Katowicach", nr 223.

Trzpiot G. (2015b), *Finansowe implikacje ryzyka długowieczności*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe UE w Katowicach", nr 241.

WYDŁUŻANIE TRWANIA ŻYCIA A PŁATNOŚCI RENTOWE Z UBEZPIECZEŃ OC

Artykuł poświęcony jest ryzyku długowieczności, a w szczególności wskazaniu jego wpływu na świadczenia rentowe wypłacane z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Zjawisko wydłużania się życia jest obserwowane w ostatnich latach w krajach europejskich. Ma ono wpływ na wiele obszarów życia i gospodarki, a także dla finansów i ubezpieczeń. Zwiększający się udział osób starszych w społeczeństwie jest istotnym wyzwaniem tak dla państw, jak i instytucji finansowych, głównie banków, zakładów ubezpieczeń oraz funduszy hipotecznych. Podmioty te będą musiały uwzględniać wydłużanie się trwania życia w zarządzaniu systemami emerytalnymi oraz portfelem oferowanych produktów, w szczególności tych, które narażone są właśnie na ryzyko długowieczności z uwagi na płatności okresowe bez zakreślenia horyzontu czasowego. Przy niektórych produktach, jak odwrócona hipoteka czy renty z zamkniętym okresem płatności ryzyko właściwej oceny okresu wypłaty ciążyć będzie na beneficjencie. Świadome faktu wydłużania się życia muszą też osoby gromadzące swój kapitał emerytalny. W artykule autorki wskazują dane obrazujące zjawisko wydłużania trwania życia oraz ilustrują problem wpływu zjawiska w obszarze ubezpieczeń poprzez weryfikację znaczenia tego czynnika w kształtowaniu płatności rentowych w ubezpieczeniach OC. Ilustracje liczbowe ukazują wpływ wydłużania się dalszego trwania życia na obecną wartość kapitału rentowego oraz tego, jak przy utrzymaniu stałej wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej obniża się wysokość kapitału na poczet miesięcznego świadczenia.
Słowa kluczowe: długowieczność, świadczenia rentowe, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

LONGEVITY AND ANNUITIES PAID FROM THE LIABILITY INSURANCE

The article discusses the longevity risk, in particular the indication of annuities paid under liability insurance. Extending life is observed in recent years in European countries. It has an impact on many areas of life and economy, as well as finance and insurance. The increasing number of older people in society is a major challenge both for the states and financial institutions, mainly banks, insurance companies and mortgage funds. These entities will also have to consider lengthening life expectancy in the management of pension systems and the portfolio of products offered, in particular those exposed to longevity risk just because of the payments without final time horizon. The risk of lengthening of life is also important for future retirees and affects size of adequate pension capital. In the article the authors picture the phenomenon of lengthening life time and next illustrate the impact on annuities paid for bodily injuries under liability insurance.
Keywords: longevity, annuities, liability insurance.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.06

RANKING ŚWIATOWYCH SYSTEMÓW EMERYTALNYCH WEDŁUG MELBOURNE MERCER GLOBAL PENSION INDEX

Bożena Kołosowska
dr hab. prof. UMK, Katedra Zarządzania Finansami,
UMK w Toruniu

Wprowadzenie

W wielu krajach na świecie wyzwania jakie stoją przed ich systemami emerytalnymi związane są ze starzeniem się społeczeństwa. Jest to niezależne od wpływów historycznych, politycznych, społecznych czy też ekonomicznych. Wszelkie reformy podejmowane w celu złagodzenia powstających skutków zachodzących zmian są podobne i dotyczą przede wszystkich wydłużania wieku emerytalnego, stałego opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne, zachęcają do dłuższej pracy i długoterminowego oszczędzania na przyszłe świadczenia emerytalne.

Głównym celem postawionym w opracowaniu jest przedstawienie indeksu The Melbourne Mercer Global Pension Index (MMGPI) porównującego 27 systemów emerytalnych uwzględniając ponad 40 wskaźników. Brane są pod uwagę następujące obszary: alokacja aktywów funduszy emerytalnych, rozwiązania post-emerytalne na świecie, przejrzystość i zaufanie w systemach emerytalnych, stabilność systemów emerytalnych, skutki starzenia się społeczeństwa. Szczegółowo zaprezentowano ocenę polskiego i chilijskiego systemu emerytalnego. Pokazano zalecenia jakie postawiono przed rozwiązaniami wprowadzanymi przez rządzących w tychże krajach.

1. Powstanie niezależnego systemu oceny światowych systemów emerytalnych

Według badań przeprowadzonych przez ONZ, w ostatnich latach znacząco zwiększyła się na świecie liczba osób starszych, a proces starzenia społeczeństwa ma się pogłębiać w najbliższych dziesięcioleciach. W 2015 r. liczba osób w wieku wyższym bądź równym 60 lat wynosiła na świecie 901 milionów. W stosunku do 2000 r. nastąpił przyrost osób starszych o 48%. Prognozuje się, że liczba osób starszych na świecie w 2030 r. sięgnie 1,4 miliarda, a w 2050 r. 2,1 miliarda. Zwraca uwagę fakt, że przyrost liczby ludzi najstarszych (powyżej 80 lat) następuje szybciej, niż ogólny przyrost ludzi starszych (powyżej 60 lat). Raport pokazuje, iż liczba osób w wieku przekraczającym 80 lat potroi się w 2050 r. w stosunku do roku 2015 [*World population ageing 2015,* 2015: 9, dostęp: 13.01.2017]. Systemy emerytalne będą musiały sprostać tym nadchodzącym zmianom.

Głównym celem postawionym w opracowaniu było dokonanie przeglądu kompleksowej oceny systemów emerytalnych obejmujących prawie 60% światowej populacji za lata 2009–2016. Polska jako jedyna z krajów Europy Środkowo-Wschodniej reprezentowana jest w tym rankingu. Liczony od 2009 roku Światowy Indeks Emerytalny – The Melbourne Mercer Global Pension Index (MMGPI) mierzy obecnie 27 systemów emerytalnych uwzględniając ponad 40 wskaźników. Brane są pod uwagę następujące obszary: alokacja aktywów funduszy emerytalnych, rozwiązania post-emerytalne na świecie, przejrzystość i zaufanie w systemach emerytalnych, stabilność systemów emerytalnych, skutki starzenia się społeczeństwa.

To co można zauważyć – firma Mercer silnie preferuje rozwiązania zwiększające wsparcie dla najbiedniejszych emerytów czy też skłaniające do podnoszenia oszczędności gospodarstw domowych [www1]. Duży nacisk kładzie się także na zwiększanie poziomu aktywności zawodowej w starszych grupach wiekowych [www2]. Bardzo wysoko cenione jest powiązanie wieku emerytalnego ze spodziewaną długością życia. W duńskim systemie emerytalnym to następuje, stąd też przewidywany wiek emerytalny w 2050 roku ma wynieść 69 lat [www8], co zostało wysoko docenione, stawiając ten system od wielu lat na pierwszym miejscu spośród 27 ocenianych systemów emerytalnych.

Dla każdego z krajów, dla których ustalany jest indeks w pierwszym kroku wyliczane są trzy, tak zwane wskaźniki cząstkowe. Następnie liczona jest z nich średnia ważona i to właśnie ten wynik daje całkowitą wartość indeksu. Określane są następujące czynniki korygujące, charakteryzujące:

- adekwatność (40% GPI),
- trwałość (35% GPI),
- integralność (25% GPI).

Adekwatność związana jest z zapewnieniem emerytom przyszłych świadczeń, co wydaje się być zasadniczym celem każdego systemu emerytalnego. Obejmuje ona: przewidywany poziom przyszłego dochodu, stopę zastąpienia netto dla osób osiągających średni dochód, świadczenia otrzymywane przez osoby o średnich i niskich dochodach, cechy konstrukcyjne i właściwości zwiększające skuteczność systemu emerytalnego.

Trwałość tworzą cechy, które decydują o zrównoważonym rozwoju danego systemu. Ocenia jego długoterminową stabilność. Obejmuje szereg wskaźników uwzględniających czynniki wpływające na trwałość systemu, a więc: starzenie się społeczeństwa, współczynnik aktywności zawodowej, wysokość długu publicznego, efektywność funkcjonowania prywatnych funduszy emerytalnych, finansowanie systemu, staże pracy dla emerytów.

Integralność obejmuje zaś trzy obszary oceny systemu emerytalnego: regulacje prawne i zarządzanie funduszami, ochronę i komunikację członków funduszy, ponoszone koszty. Istotne jest tutaj także zaufanie społeczeństwa do funduszy emerytalnych. W systemach emerytalnych zbliżonych do polskiego ważna jest współpraca publicznych i prywatnych sektorów części kapitałowej.

Ocena	Wartość indeksu	Opis
A	>80	System emerytalny niezawodny (stabilny), który dostarcza wysokich świadczeń, samofinansujący się, ma wysoki poziom integralności.
B+ B	75–80 65–75	System o solidnej konstrukcji, posiadający wiele dobrych cech, jednak pewne obszary wymagają naprawy, nie pozwalające być systemem grupy A.
C+ C	60–65 50–60	System, który posiada pewne dobre cechy, obarczony jest przy tym wysokim ryzykiem, i/lub innymi brakami, które muszą być naprawione. Bez tych zmian utrzymanie niezawodności w długim okresie staje pod znakiem zapytania.
D	35–50	System, który ma pewne pożądane cechy, ale również duże słabości, i/lub niedociągnięcia, które wymagają naprawy. Bez tych działań efektywność i skuteczność staje pod znakiem zapytania.
E	<35	Słaby system, który może być we wczesnych stadiach rozwoju lub nieistniejący.

Tabela 1. Klasyfikacja punktowa systemów emerytalnych według The Melbourne Mercer Global Pension Index

Źródło: www7 (dostęp: 17.11.2016).

Rok	Ocena	Kraje
2009	A	–
	B	Holandia, Australia, Szwecja, Kanada
	C	Wlk. Brytania, USA, Chile, Singapur
	D	Niemcy, Chiny, Japonia
	E	–
2010	A	–
	B	Holandia, Szwajcaria, Australia, Szwecja, Kanada
	C	Wlk. Brytania, USA, Chile, Singapur, Brazylia, Francja, Niemcy
	D	Japonia, Chiny
	E	–
2011	A	–
	B+	Holandia, Australia
	B	Szwecja, Szwajcaria, Kanada, Wlk. Brytania
	C+	Chile
	C	Polska, Brazylia, USA, Singapur, Francja, Niemcy
	D	Japonia, India, Chiny
	E	–
2012	A	Dania
	B+	Holandia, Australia
	B	Szwecja, Szwajcaria, Kanada
	C+	Wlk. Brytania, Chile
	C	Polska, Brazylia, USA, Singapur, Francja, Niemcy
	D	Japonia, India, Chiny, Korea Poł.
	E	–
2013	A	Dania
	B+	Holandia, Australia
	B	Szwajcaria, Szwecja, Kanada, Singapur, Chile, Wielka Brytania
	C+	–
	C	Niemcy, USA, Polska, Francja, Brazylia, Meksyk,
	D	Chiny, Japonia, Korea Południowa, Indie, Indonezja
	E	–
2014	A	Dania
	B+	Australia, Holandia
	B	Finlandia, Szwajcaria, Szwecja, Kanada, Chile, Wielka Brytania, Singapur
	C+	Niemcy, Irlandia
	C	USA, Francja, Polska, RPA, Austria, Brazylia
	D	Włochy, Meksyk , Chiny, Indonezja, Japonia, Korea Południowa, Indie
	E	–
2015	A	Dania, Holandia
	B+	Australia
	B	Finlandia, Szwecja, Szwajcaria, Singapur, Kanada, Chile
	C+	Irlandia, Wielka Brytania
	C	Niemcy, USA, Francja, Malezja, Brazylia, Polska, Austria
	D	Włochy, RPA, Indonezja, Korea Południowa, Chiny, Meksyk, Indie, Japonia, Argentyna
2016	A	Dania, Holandia
	B+	Australia
	B	Finlandia, Szwecja, Szwajcaria, Singapur, Kanada, Chile
	C+	Irlandia, Wielka Brytania
	C	Niemcy, USA, Francja, Malezja, Brazylia, Polska, Austria
	D	Włochy, RPA, Indonezja, Korea Południowa, Chiny, Meksyk, Indie, Japonia, Argentyna
	E	–

Tabela 2. Ocena systemów emerytalnych w latach 2009–2016 według The Melbourne Mercer Global Pension Index
Źródło: www7 (dostęp: 17.11.2016); Raporty MMGPI z lat 2009–2016.

W raportach dotyczących GPI pokazywana jest ogólna wartość indeksu dla każdego kraju, wraz z wartością indeksu dla każdego z trzech wskaźników cząstkowych: adekwatności, stabilności i integralności. Każda wartość indeksu oznacza ocenę od 0 do 100. Przypisana ocena od A do E wskazuje na cechy systemów emerytalnych należących do danej klasy. Do klasy najwyżej ocenianej, jako A – należą systemy o stabilnych podstawach finansowych, gwarantujące wysoki poziom świadczeń, o stabilnych regulacjach prawnych. Przez okres trzech pierwszych lat prowadzonej klasyfikacji żaden z ocenianych systemów emerytalnych nie otrzymał oceny A. Także w całym okresie, w którym publikowane są raporty żadnemu systemowi nie przypisano oceny najniższej – E. Ukazano to w tab. 1.

Prezentację rankingu systemów emerytalnych 11 krajów rozpoczęto w 2009 roku, żaden system nie dostał w tym roku, a także przez dalsze trzy lata najwyższej (czy też najniższej) oceny. Systematycznie wzrasta liczba ocenianych systemów emerytalnych wybranych krajów na świecie, w 2016 roku było ich 27. W 2012 roku rozpoczęto klasyfikować system emerytalny Danii, który jako pierwszy otrzymał najwyższą ocenę A, którą utrzymuje już piąty rok. Do niej dołączyła w 2015 roku Holandia. Od 2011 roku wprowadzono dodatkowe oceny: B+ oraz C+. Systematycznie wzrastała także liczba krajów, których systemy emerytalne podlegają ocenie. Prezentuje to tab. 2.

W 2009 roku ocenie podlegały systemy emerytalne jedenastu krajów, rok później doszły cztery kraje: Szwajcaria, Brazylia, Francja. W 2011 roku zaczęto oceniać system emerytalny Polski oraz Indii. Dalsze zmiany zachodzące w liczbie systemów emerytalnych podlegających rankingowi prezentuje tab. 3.

Rok	Liczba krajów podlegających ocenie	Nowy kraj, którego system emerytalny podlega ocenie
2009	11	Holandia, Australia, Szwecja, Kanada, Wlk. Brytania, USA, Chile, Singapur, Niemcy, Chiny, Japonia
2010	14	Szwajcaria, Brazylia, Francja
2011	16	Polska, Indie
2012	18	Dania, Korea Płd.
2013	20	Meksyk, Indonezja
2014	25	Finlandia, Irlandia, RPA, Austria, Włochy
2015	27	Malezja, Argentyna
2016	27	–

Tabela 3. Kraje wchodzące do systemu ocen w poszczególnych latach według The Melbourne Mercer Global Pension Index

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z tab. 2.

W ostatnich dwóch latach ocenianych jest 27 systemów emerytalnych wybranych krajów świata, obejmujących 60% światowej populacji. Ranking pozwala promować te rozwiązania, które stanowią o adekwatności,

stabilności, trwałości krajowych systemów emerytalnych. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, iż określa jednocześnie działania naprawcze, których podjęcie może pomóc w utrzymaniu pozytywnych cech w wyznaczonych obszarach.

2. Polski system emerytalny w rankingu firmy Mercer

Polska jako jedyna z krajów Europy Środkowo-Wschodniej reprezentowana jest w rankingu ukazującym kompleksowe porównanie systemów emerytalnych obejmujących prawie 60% światowej populacji. Polski system emerytalny rozpoczęto oceniać od 2011 roku z przyznaną klasą C, która do ostatniego roku oceny, czyli do 2016 roku jest utrzymywana. Co oznacza, iż nasz system posiada pewne dobre cechy, lecz obarczony jest przy tym wysokim ryzykiem, i/lub innymi brakami, które muszą być naprawione. Bez tych zmian utrzymanie niezawodności w długim okresie staje pod znakiem zapytania.

W przygotowanym przez polski oddział Mercera raporcie dotyczącym wybranych aspektów polskiego systemu emerytalnego, szczególną uwagę zwrócono na funkcjonowanie Otwartych Funduszy Emerytalnych. Negatywnie oceniono stopniowe ograniczanie znaczenia części kapitałowej naszego systemu. Na świecie obserwuje się szerszą marginalizację „Bismarcowskich" systemów repartycyjnych [Holzmann 2012]. Ponadto dostrzeżono ryzyko związane z wywiązywaniem się przez ZUS ze swoich zobowiązań, wysokość wynagrodzeń i kosztów powszechnych towarzystw emerytalnych, a także niestabilność prawa z uwzględnieniem wpływu zmian legislacyjnych na funkcjonowanie towarzystw emerytalnych [*Mercer rekomenduje...*, 2016; Nowak i Sucharski 2015]. Obawy o niewywiązywanie się z zobowiązań emerytalnych związane są z: niskim poziomem aktywów emerytalnych, wysoką wartością istniejących i przyszłych zobowiązań, obecnym deficytem i rosnącą dotacją do FUS, poziomem zadłużenia państwa oraz pogarszającą się sytuacją demograficzną polskiego społeczeństwa.

Przychody FUS przyjmują stałą już tendencję w kolejnych latach: maleją przychody ze składek i należności pochodnych w stosunku do przychodów ogółem oraz stosunkowo rosną pozaskładkowe przychody – głównie dotacje oraz wpływy ze składek przekazanych do OFE. Oznacza to większe wydatki państwa w zakresie finansowania świadczeń z FUS

i w konsekwencji powiększanie deficytu budżetowego. Rosnąca kwota środków budżetowych w przychodach ogółem FUS oznaczają systematyczny wzrost wydatków FUS i niewystarczającą ich rekompensatę z otrzymywanych przez FUS składek i należności pochodnych. Prognoza dotycząca salda rocznego FUS określa powiększający się poziom deficytu tego funduszu: od poziomu 56,3 mld PLN w 2017 roku po kwotę 68,6 mld PLN w 2021 roku [*Prognoza wpływów...*, 2015: 19]. Tabela 4 pokazuje jak systematycznie obniża się poziom wartości indeksu MMGPI dla Polski w ostatnich latach. Pogarsza się przede wszystkim ocena trwałości i adekwatności naszego systemu emerytalnego.

Rok	Wartość ogólna	Adekwatność	Trwałość	Integralność
2011	58,6	64,3	40,7	74,5
2012	58,2	63,6	43,4	70,1
2013	57,9	64,4	42,6	68,9
2014	56,4	61,7	41,4	68,9
2015	56,2	61,8	40,6	69,0
2016	54,4	57,9	41,2	67,3

Tabela 4. Wartość indeksu MMGPI dla Polski w latach 2011–2016
Źródło: www5 (dostęp: 17.11.2016).

Sformułowano dla Polski zalecenia, które pozwoliłyby podnieść (utrzymać) otrzymywaną ocenę na poziomie C [www5]:

- utrzymanie znaczącej roli drugiego filara,
- podniesienie minimalnego poziomu wsparcia dla najuboższych emerytów,
- wprowadzenie wymogu, że część świadczenia emerytalnego z prywatnych systemów emerytalnych należy traktować jako strumień ich dochodów,
- podniesienia poziomu oszczędności gospodarstw domowych,
- zwiększenie poziomu składek, powiększających tym samym poziom aktywów w przyszłości (co jest mało prawdopodobne),
- wzrost współczynnika aktywności zawodowej osób w starszym wieku, w związku ze wzrostem oczekiwanej długości życia, co pozwoliłoby stworzyć ochronę ich dochodów,
- wydłużanie wieku emerytalnego,
- stworzenie odpowiednich zachęt do późniejszego przechodzenia na emeryturę, aby utrzymać jak najdłużej osoby starsze na rynku pracy. Co jest zgodne z wytycznymi Komisji Europejskiej [*Biała Księga Komisji Europejskiej...*].

3. Chilijski system emerytalny

System chilijski będzie przedmiotem pogłębionej analizy z dwóch powodów. Z jednej strony jest to system, którego założenia i rozwiązania kapitałowe były podstawą wykorzystaną w wielu krajach Ameryki Poł. i Europy Środkowo-Wschodniej podczas tworzeniach ich systemów emerytalnych. Klasyfikowany jest przez lata jako jeden z najlepszych systemów, z bardzo wysoką oceną grupy B, o solidnej konstrukcji, posiadający wiele dobrych cech. Pewne obszary wymagają jednak naprawy, co nie pozwala zakwalifikować sysytemu do grupy A. Z drugiej strony w tym kraju odbywają się wielomilionowe manifestacje osób protestujących przeciwko obowiązującym rozwiązaniom emerytalnym. Można zadać sobie pytanie, które elementy wprowadzonych rozwiązań sprawiają tak wielkie niezadowolenie wśród chilijskiego społeczeństwa? Dlaczego pomimo tak wysokiej oceny w rankingu na najlepszy system emerytalny na świecie nie znajduje on powszechnej akceptacji? Tabela 5 pokazuje wartość indeksu MMGPI za lata: 2015–2016.

Rok	Ocena	Wartość ogólna	Adekwatność	Trwałość	Integralność
2015	B	69,1	62,8	65,0	84,8
2016	B	66,4	56,5	68,4	79,6

Tabela 5. Wartość indeksu MMGPI dla Chile w latach 2015–2016
Źródło: www6 (dostęp: 12.01.2017).

Od 2014 roku system w Chile otrzymuje bardzo wysoką ocenę B, a oceniany jest od samego początku istnienia rankingu, a więc od 2009 roku – zaczynając od oceny C. Systematycznie obniża się łączna wartość prezentowanego wskaźnika, a na jej spadek wpływ ma przede wszystkim pogarszająca się ocena adekwatności systemu, na którą wpływ ma niska stopa zastąpienia, bardzo niskie świadczenia. W celu poprawienia sytuacji wprowadzone zostały zalecenia dla chilijskiego systemu: podniesienie poziomu obowiązkowych składek, podniesienie poziomu oszczędności gospodarstw domowych, zwiększenie wieku emerytalnego dla mężczyzn i kobiet, kontynuowanie podtrzymywania minimalnej emerytury dla najbiedniejszych emerytów. Są to zalecenia, które będzie bardzo trudno zrealizować, wydają się bardziej rozważaniami teoretycznymi, nie będą na pewno przyjęte z zadowoleniem przez chilijskie społeczeństwo.

W 1981 roku w Chile wprowadzono system emerytalny z jedną płaszczyzną kapitałową, który stał się przykładem rozwiązań zastosowanych w innych krajach tego regionu: Argentyny, Meksyku czy też Urugwaju [Kalina-Prasznic 2011]. Dostrzegało się jego główne wady, którymi są: brak konkurencyjności pomiędzy otwartymi funduszami emerytalnymi oraz, do 2008 roku, wysokie opłaty za zarządzanie. Jest to system o zdefiniowanej składce, w którym wysokość emerytury jest uzależniona od zgromadzonego kapitału i dalszej długości trwania życia. Wypłaty świadczeń zaczęły weryfikować wprowadzone rozwiązania. Okazało się, że trzy czwarte osób, które odprowadzały składki emerytalne do prywatnych funduszy emerytalnych nie zdołało oszczędzić na tyle, by otrzymać emeryturę na minimalnym poziomie [Owczarek 2011]. Państwo musiało od początku dopłacać do tych niewielkich świadczeń.

Z drugiej strony – dane statystyczne pokazują, iż w okresie 35 lat funkcjonowania tego systemu fundusze emerytalne wypracowały wysokie stopy zwrotu, a opłaty zostały radykalnie obniżone, jednakże kryzys finansowy ukazał problemy przed którymi stoją kapitałowe systemy emerytalne [www9]. Zwraca uwagę przede wszystkim niska składka emerytalna, która wynosi 10% płacy brutto oraz pojawiający się problem ciągłości jej opłacania. Sytuację pogarsza wysokie zróżnicowanie dochodów, które sprawiają, że znaczna część chilijskich emerytów otrzymuje niskie świadczenia emerytalne [Wieprzowski 2015]. Przy tak małych kwotach przekazywanych do funduszy kapitałowych trudno jest zagwarantować wysokie świadczenia w przyszłości. Dane odnoszące się do regionu Ameryki Łacińskiej pokazują, iż osiem z osiemnastu krajów tego obszaru mają stopę zastąpienia poniżej 30% [Holzmann 2012].

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, można zauważyć, iż powołana Komisja ds. Reformy Systemu Emerytalnego w Chile powinna się skupić na zmianie strukturalnych czynników ograniczających wysokość świadczeń emerytalnych. Można tu wymienić: zmniejszenie szarej (czarnej) strefy związanej z zatrudnianiem, zwiększenie długości i ciągłości okresu odprowadzania składek emerytalnych oraz zwiększenie tempa wzrostu płac. Wszystkie te rozwiązania wymagają odpowiednich reform prowadzących do zwiększenia wydajności pracy. Jednakże nie może to być tylko zwiększenie składki emerytalnej, której wzrost może zwiększyć koszty pracy powodujące spadek poziomu i ciągłości rejestrowanego zatrudnienia. Zwraca się więc uwagę, iż jest to obecnie główny problem wszelkich działań prowadzonych przez instytucje zarządzające funduszami emerytalnymi mających na celu zgromadzenie odpowiednie środki na przyszłe świadczenia w Chile. Musi to zrozumieć chilijskie społeczeństwo.

Podsumowanie

Stworzony w 2009 roku The Melbourne Mercer Global Pension Index dokonuje oceny systemów emerytalnych wybranych krajów, biorąc pod uwagę adekwatność, trwałość i integralność. Systemy te różnią się pod względem uwarunkowań historycznych, społecznych, politycznych i gospodarczych, które miały wpływ na ich powstawanie, obecny i przyszły kształt. Mając to na uwadze niemożliwe jest stworzenie idealnego uniwersalnego systemu emerytalnego, jednakże można wskazać odpowiednie cechy, które gwarantowałyby skuteczność wprowadzanych rozwiązań. Na podstawie przeprowadzanych badań firma Mercer wskazuje na takie rozwiązania i na podstawie doświadczeń poszczególnych państw opracowuje szereg zaleceń, które mogłyby ulepszyć systemy emerytalnego innych krajów, poprawić przyszłą sytuację finansową osób pobierających świadczenia emerytalne, a także zwiększyć zainteresowanie prywatnymi programami emerytalnymi. Szczegółowo przeanalizowano systemy emerytalne Polski i Chile, w których płaszczyzna kapitałowa została wprowadzona w wyniku szerokich reform emerytalnych w latach 80. ubiegłego wieku.

Zalecenia w obszarze adekwatności dotyczą: minimalnej emerytury skierowanej dla osób najuboższych, stopy zastąpienia, która ma wynosić 70% dochodów netto osoby pracującej na pełnym etacie. W zakresie trwałości zaleca się, między innymi – aby co najmniej 70% ludzi w wieku produkcyjnym korzystała z prywatnych programów emerytalnych, aktywa emerytalne przekraczały 100% PKB. Utrzymanie odpowiedniego poziomu integralności można poprzez nadzór ostrożnościowy nad prywatnymi programami emerytalnymi, zachowanie odpowiednich relacji i utrzymywanie regularnej komunikacji z członkami programów, kontrolę klauzul, punktualną prezentację raportów, jasną definicję pobieranej składki, jak i przyszłych świadczeń.

Bibliografia

Analiza 2/2015: Sukces chilijskiego systemu emerytalnego a popularne mity. Wnioski dla Polski, https://for.org.pl/pl/a/3449,Analiza-FOR-22015-Sukces-chilijskiego-systemu-emerytalnego-a-popularne-mity-Wnioski-dla-Polski.

Biała Księga Komisji Europejskiej. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur (2012), http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7341&langId=pl.

Holzmann R. (2012), *Global Pension Systems and Their Reform: Worldwide Drivers,* Trends, and Challenges.

Kalina-Prasznic U. (2011), *Systemy emerytalne w warunkach kryzysów – między państwem a rynkiem*, [w:] J. Kunder (red.), *Globalizacja, europejska integracja a kryzys gospodarczy*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji, Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Mercer rekomenduje system kapitałowy i podkreśla znaczenie II filara (2016), Izba Gospodarcza Towarzystw Emerytalnych, Warszawa.

Nowak K., Sucharski N. (2015), *Wybrane aspekty działalności otwartych funduszy emerytalny*ch, Mercer, Warszawa.

Owczarek J. (2011), *Druga fala reform emerytalnych w świetle zmodyfikowanej wielofilarowej koncepcji Banku Światowego*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" , nr 10.

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2017–2021 (2015), Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS, Warszawa.

Wieprzowski P. (2015), *Czy chilijska reforma emerytalna była rzeczywiście nieudana?*, http://www.forbes.pl/chilijski-system-emerytalny-wnioski-dla-polski,artykuly,196688,1,1.html.

[www1] http://finanse.wp.pl/gid,15767229,kat,1033803,title,Najlepsze-systemy-emerytalne-swiata-i-Polska,galeria.html (dostęp: 12.04.2016).

[www2] http://finanse.wp.pl/gid,16194095,kat,36874,title,Ranking-systemow-emerytalnych-2013,galeria.html?ticaid=116cbd (dostęp: 10.04.2016).

[www3] https://pdfs.semanticscholar.org/9a43/829ebae672083d8fa6882509631896b39e7a.pdf.

[www4] http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/35534/031.pdf.

[www5] http://www.globalpensionindex.com/country-summaries-2/poland/ (dostęp: 17.11.2016).

[www6] https://www.mercer.com/content/dam/mercer/attachments/global/Retirement/gl-2016-mmgpi-impact-ageing-populations-full-report.pdf (dostęp: 12.01.2017).

[www7] http://www.mercer.com/our-thinking/mercer-melbourne-global-pension-index.html (dostęp: 17.11.2016).

[www8] http://www.rp.pl/artykul/945257-Dunski-system-emerytalny-najwyzej-oceniony.html#ap-1 (dostęp: 10.04.2016).

[www9] www.zus.pl/default.asp?p=1&id=1&idk=1149 (dostęp: 14.01.2017).

RANKING ŚWIATOWYCH SYSTEMÓW EMERYTALNYCH WEDŁUG MELBOURNE MERCER GLOBAL PENSION INDEX

Systemy emerytalne na całym świecie znajdują się obecnie pod wielką presją. Niebezpieczeństwa dotyczą przede wszystkim czynników demograficznych. Zwraca się uwagę na szybkie starzenie się społeczeństwa, a więc wydłużanie

się statystycznej długości życia, niskie wskaźniki dzietności, zjawiska falowania demograficznego. Wielki wpływ mają także czynniki ekonomiczne, a wśród nich wzrost długu publicznego, duże bezrobocie wśród młodych osób, obniżające się tempo wzrostu gospodarczego. Wielkie wyzwania stają przed publicznymi systemami emerytalnymi zapewniającymi niezbędne świadczenia osobom kończącym aktywność zawodową. Stworzony przez australijską firmę doradczą Mercer, przy współpracy z Australijskim Centrum Badań Finansowych (ACFS) – Światowy Indeks Emerytalny (The Melbourne Mercer Global Pension Index) mierzy 27 systemów emerytalnych z całego świata, obejmując 60% światowej populacji. Pozwala ocenić zmiany zachodzące w publicznych systemach emerytalnych, a przy tym uchwycić pozytywne i negatywne działania w nich zachodzące. Ranking przedstawia przy tym niezbędne zalecenia naprawcze usprawniające czy też likwidujące pojawiające się nieprawidłowości.
Słowa kluczowe: system emerytalny, otwarte fundusze emerytalne, świadczenia emerytalne, Światowy Indeks Emerytalny.

RANKING THE WORLD'S PENSION SYSTEMS ACCORDING TO THE MELBOURNE MERCER GLOBAL PENSION INDEX

Pension schemes around the world are currently under great pressure. Dangers that they are facing revolve primarily around demographic factors. Special attention has to be paid to the rapid ageing of the population, which is connected to the lengthening of the statistical life expectancy and low fertility rates. Economic factors, such as the increase in public debt, high unemployment among young people and declining economic growth have to be considered. Great challenges are looming in the near future for the public pension systems that might stand in the way of providing necessary benefits to people beyond their economic activity. Created by the Australian consulting firm Mercer, in collaboration with the Australian Centre for Financial Research (ACFs) – Global Pension Index (The Melbourne Mercer Global Pension Index) measures a selection of 27 pension systems around the world that cover 60% of the world population. It allows to evaluate changes in the public pension systems and at the same time registers positive and negative activities taking place within them. Furthermore it presents necessary remedial recommendations to streamline occurring irregularities.
Keywords: social security, pension system, open pension funds, retirement benefits, Global Pension Index.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.07

RYNEK BROKERSKI W POLSCE A ZMIANY OTOCZENIA EKONOMICZNEGO

Jacek Lisowski
dr hab. prof. nadzw. UEP, Katedra Ubezpieczeń,
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Wprowadzenie

Brokerzy prowadzący działalność na polskim rynku ubezpieczeniowym muszą stawić czoła zmieniającym się warunkom rynkowym. Przede wszystkim rosnąca intensywność konkurencji oraz dynamiczne zmiany w otoczeniu powodują, że brokerzy muszą w większym stopniu zwracać uwagę na efektywność i dywersyfikację prowadzonej działalności. Niepokojące zjawiska na rynku ubezpieczeniowym tj. m.in.: malejące tempo wzrostu przypisu składki przy rosnącej ekspozycji, rosnąca szkodowość i koszty działalności ubezpieczeniowej, malejące dochody z inwestycji (środowisko niskich stóp procentowych), rosnąca koncentracja działalności, malejąca liczba zakładów ubezpieczeń i jednocześnie duża liczba zakładów ubezpieczeń walczących o udziały w rynku (wojna cenowa), a także duża rotacja kluczowych pracowników i nadmierna presja przełożonych na wyniki i narzucanie nierealnych planów powodują, że poziom konkurencji na polskim rynku ubezpieczeniowym jest bardzo wysoki. Czynniki te przekładają się bezpośrednio na sytuację na rynku brokerskim. Celem prezentowanego artykułu jest próba oceny wpływu zmian w otoczeniu ekonomicznym na rynek brokerski w Polsce oraz określenie wyzwań stojących przed firmami brokerskimi w najbliższych latach w Polsce.

1. Rozwój rynku brokerskiego w Polsce w latach 2008–2015

Ogólna liczba zarejestrowanych brokerów na dzień 31 grudnia 2015 roku wyniosła 1 315, z czego 1 276 podmiotów wykonywało działalność w zakresie ubezpieczeń, a jedynie 39 w zakresie reasekuracji. Wartość ta oznacza przyrost liczby zarejestrowanych brokerów o 7% w stosunku do 2014 roku. Liczba brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych wzrosła w ostatnich 8 latach z 905 do 1 315, tj. o 45,3% (zob. tab. 1). Do końca 2015 r. zostało wydanych ogółem 2 440 zezwoleń na wykonywanie działalności brokerskiej, w tym 2 364 w zakresie ubezpieczeń (1 664 osobom fizycznym i 700 osobom prawnym) oraz 76 w zakresie reasekuracji (odpowiednio: 18 i 58) [UKNF 2016].

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba brokerów ubezpieczeniowych ogółem	888	914	936	1 009	1 077	1 145	1 196	1 276
– w tym osoby fizyczne	633	646	654	710	738	775	801	828
– w tym osoby prawne	255	268	282	299	339	370	395	448
Liczba brokerów reasekuracyjnych ogółem	17	17	18	20	24	31	33	39
Liczba brokerów ogółem	905	931	954	1 029	1 101	1 176	1 229	1 315

Tabela 1. Liczba brokerów w Polsce według określonych kryteriów, 2008–2015
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych KNF [UKNF 2009; UKNF 2010; UKNF 2011; UKNF 2012; UKNF 2013; UKNF 2014; UKNF 2015; UKNF 2016].

Wartość ulokowanych przez brokerów składek w zakładach ubezpieczeń w roku 2015 wyniosła ogółem 8 027 mln zł. Oznacza to spadek o 3,8% w odniesieniu do poprzedniego roku. W Dziale I nastąpił spadek o 9,4%, a w Dziale II o 1,3% w stosunku do 2014 roku. Pod względem wartości lokowanych składek, mimo znacznej liczby zakładów notyfikowanych, 94% składek brokerzy ulokowali w zakładach ubezpieczeń z siedzibą w Polsce, a tylko 6% w zakładach notyfikowanych i oddziałach zakładów zagranicznych. W latach 2008–2015 wartość ulokowanych za pośrednictwem brokerów składek w zakładach ubezpieczeń wzrosła prawie dwukrotnie (zob. tab. 2).

Głównym źródłem przychodu z działalności brokerskiej są prowizje uzyskiwane od zakładów ubezpieczeń. W 2015 roku całkowite przychody brokerów z tego tytułu wyniosły 1 046 mln zł, co oznacza wzrost przy-

chodów w stosunku do roku poprzedniego o 15,6%. Jest to kolejny rok ze wzrostem dynamiki w porównaniu do ostatnich ośmiu lat. W tym okresie liczba zarejestrowanych i działających brokerów wzrosła o 45%, a przychody prowizyjne o 113%. Wysokość średniej prowizji była zależna od działu ubezpieczeń (life vs. non-life). Zdecydowanie wyższe prowizje brokerzy otrzymywali w Dziale II (od 12,1% do 16,0%), natomiast w ubezpieczeniach na życie oscylowały one pomiędzy 6–7% (zob. tab. 2).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Wartość składki ulokowanej (w mln zł)	4 151	4 167	4 449	5 925	6 985	6 545	8 344	8 027
Dynamika ulokowanych składek	–	0,39%	6,78%	33,16%	17,90%	–6,30%	27,48%	–3,8%
Przychody ogółem uzyskane przez brokerów z tytułu prowizji (w mln zł)	492	559	583	658	842	901	905	1 046
Dynamika przychodów brokerskich	–	13,51%	4,33%	12,86%	27,97%	7,03%	0,44%	15,58%
Średnia prowizja brokerska dz. I (%)	**5,9%**	**6,20%**	**6,5%**	**6,3%**	**5,8%**	**7,6%**	**5,8%**	**7,5%**
Średnia prowizja brokerska dz. II (%)	**12,2%**	**14,60%**	**15,0%**	**12,4%**	**12,1%**	**16,0%**	**13,5%**	**15,2%**

Tabela 2. Wysokość ulokowanej przez brokerów składki i przychody ogółem uzyskane z tytułu prowizji od zakładów ubezpieczeń w latach 2008–2015
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych KNF [UKNF 2009; UKNF 2010; UKNF 2011; UKNF 2012; UKNF 2013; UKNF 2014; UKNF 2015; UKNF 2016].

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Przychody ogółem uzyskane przez brokerów z tytułu prowizji (w mln zł)	492	559	583	658	842	901	905	1 046
Struktura przychodów: osoby fizyczne	22,8%	16,4%	15,0%	16,1%	15,0%	13,2%	13,4%	11,3%
Struktura przychodów: osoby prawne	77,2%	83,6%	85,0%	83,9%	85,0%	86,8%	86,6%	88,7%
Odsetek przychodów ogółem 25 największych brokerów	**52,2%**	**55,1%**	**58,6%**	**59,1%**	**57,4%**	**63,4%**	**58,4%**	**62,9%**
Struktura przychodów: Dział I	9,6%	13,2%	12,2%	12,3%	13,3%	14,5%	13,8%	16,4%
Struktura przychodów: Dział II	90,4%	86,8%	87,8%	87,7%	86,7%	85,5%	86,2%	83,6%

Tabela 3. Struktura przychodów brokerskich uzyskanych z tytułu prowizji od zakładów ubezpieczeń w latach 2008–2015
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych KNF [UKNF 2009; UKNF 2010; UKNF 2011; UKNF 2012; UKNF 2013; UKNF 2014; UKNF 2015; UKNF 2016].

Mimo że osoby fizyczne stanowią blisko 65% wszystkich zarejestrowanych brokerów, to wygenerowały one zaledwie 11,3% całkowitych przychodów z tytułu prowizji od zakładów ubezpieczeń w 2015 roku. Ich udział w przychodach z roku na rok maleje (z 22,8% w 2008 roku do 11,3% w 2015). Dwudziestu pięciu największych, według przychodów, brokerów uzyskało w badanym okresie od 52% do 63% przychodów brokerskich ogółem, następuje więc duża koncentracja działalności na rynku brokerskim. Ponadto przeważająca część przychodów jest generowana przez składki z Działu II (84% w 2015 roku), mimo stopniowego powolnego przesuwania tego strumienia w kierunku Działu I (z 9,6% w 2008 roku do 16,4% w 2015 roku) (zob. tab. 3).

2. Wpływ zmian w otoczeniu ekonomicznym na branżę brokerską

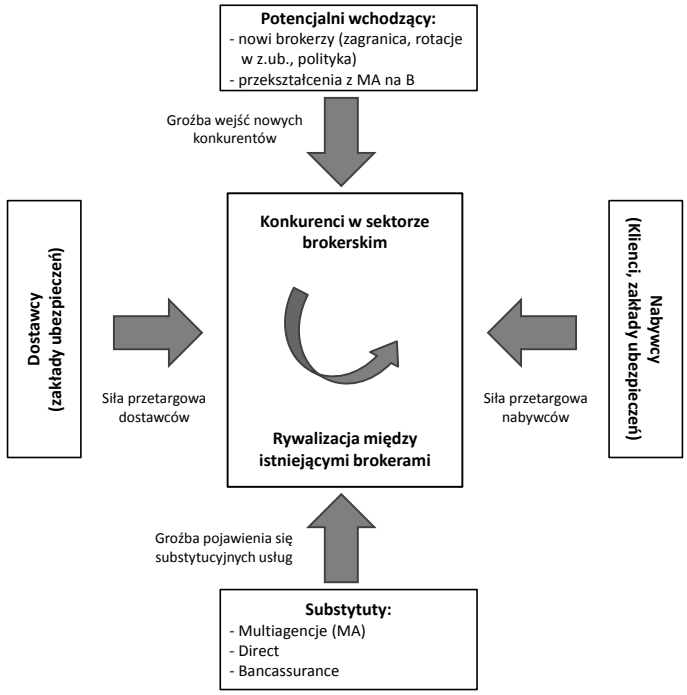
Teoria pośrednictwa identyfikuje cztery główne obszary, w których pośrednicy ubezpieczeniowi odgrywają szczególnie pozytywną rolę. Należą do nich: korzyści skali, zmniejszenie kosztów poszukiwania i dopasowywania ochrony ubezpieczeniowej, łagodzenie skutków zjawiska „negatywnej selekcji" lub „asymetrii informacji" oraz łagodzenie skutków „moral hazard". Rola ta ujawnia się, w szczególności na rynkach krajów Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie brokerzy ubezpieczeniowi i reasekuracyjni stymulują rynek i są podmiotami wprowadzającymi dużą innowacyjność na rynku zarządzania ryzykiem.

Sytuacja rynku brokerskiego jest odzwierciedleniem jego szczególnej roli i usytuowania oraz relacji brokera na rynku ubezpieczeniowym. Zakład ubezpieczeń jest głównym dostawcą (pojemności ubezpieczeniowej) dla realizacji usług brokerskich i jednocześnie pośrednio ich nabywcą (przyjmującym ryzyko od klientów brokerów), co ma wpływ na szczególne znaczenie wzajemnych sił oddziaływania dostawców i nabywców oraz ich zależności.

Ze względu na dużą zależność rynku brokerskiego od rynku ubezpieczeniowego i gospodarki w kolejnych częściach artykułu zostaną przedstawione czynniki wpływające na stan rynku brokerskiego w Polsce przez opisanie wpływu najważniejszych zmian w otoczeniu branżowym (systematycznym) i makroekonomicznym (systemowym) na rynek brokerski.

Ocena wpływu zewnętrznych czynników ekonomicznych ma w dużej mierze charakter jakościowy, wiele elementów tej oceny można jednak skwantyfikować. Ocena otoczenia działalności brokerskiej powinna

pozwolić na oszacowanie poziomu ryzyka, na jaki jest narażony broker ubezpieczeniowy działający na danym rynku. Szczególnie w obrocie międzynarodowym zwraca się uwagę na kraj pochodzenia brokera i zakładu ubezpieczeń. Ocena ta ma za zadanie przede wszystkim zidentyfikować elementy, które w przyszłości mogą potencjalnie zagrozić pozycji finansowej brokera. Dlatego też spośród wszystkich czynników zewnętrznych oddziałujących na brokerów przedstawione zostały te, których negatywny wpływ może być najbardziej znaczący.



Rysunek 1. Czynniki wpływające na stan rynku brokerskiego
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Porter [2006].

2.1. Czynniki branżowe (systematyczne) wpływające na branżę brokerską

Ocena wpływu dynamiki branży dotyczy przede wszystkim tych zmian, które przez wpływ na strukturę i zachowania konkurencyjnych brokerów i innych podmiotów rynku zwiększą intensywność konkurencji, a przez to pogorszą wyniki branży (zob. tab. 4).

Czynnik	Opis	Wpływ na sytuację konkurencyjną brokerów
Potencjalne zagrożenie nowymi wejściami	Wpływ na rosnącą konkurencyjność branży	– Nowi brokerzy rozpoczynający działalność na rynku, chcąc zdobyć klientów wprowadzają innowacje i lepszą obsługę klientów, ale mogą także „psuć rynek" poprzez przechodzenie na ceny dumpingowe (niskie „fee" zamiast prowizji). – Restrukturyzacja branży ubezpieczeniowej i presja kosztowa zwiększa ryzyko zwolnień grupowych (w 2016 r. zakłady zwolniły około 1 500 pracowników, tj. ok. 6% ogółu zatrudnionych). – Odchodzący pracownicy bardzo często tworzą nowe firmy pośrednictwa ub. bądź zasilają szeregi konkurencji.
Substytuty	Pojawienie się substytucyjnych produktów i usług	– Pojawienie się dużych multiagencji, nowych kanałów dystrybucji typu bancassurance, ale także direct (bezpośrednia konkurencja ze strony zakładu ubezpieczeń). – Rosnąca tendencja do zmiany agencji wyłącznych na multiagencje.
Ogólna konkurencyjność i zmienność branży	Wpływ na poziom wynagrodzenia (ryzyko prowadzenia działalności i osiąganie rentowności)	– Wysoka konkurencyjność i duża zmienność wyników branży lub niektórych segmentów (np. ubezpieczenia na życie czy komunikacyjne) mają wpływ na rentowność i bezpieczeństwo zakładów ubezpieczeń. – Jednocześnie wojna cenowa przy systemie wynagrodzenia prowizyjnego (od składki) powoduje znaczną obniżkę podstawy naliczenia wynagrodzenia brokerskiego. – Polska jest krajem, w którym cena jest ciągle głównym driverem wyboru ubezpieczenia (68% badanych przez KPMG, grudzień 2015 r.) [KPMG 2015].
Zależność od nabywców	Wpływ na poziom wynagrodzenia (ryzyko prowadzenia działalności i osiąganie rentowności)	– Nieoczekiwane i głębokie zmiany wyników mogą powodować zagrożenie, szczególnie dla brokerów opartych na pojedynczych klientach, bez dywersyfikacji działalności.
Zależność od dostawców	Wpływ na poziom wynagrodzenia (ryzyko prowadzenia działalności i osiąganie rentowności)	– Restrukturyzacja branży ubezpieczeniowej i presja kosztowa mogą utrudnić osiąganie dotychczasowych dobrych warunków prowizyjnych.
„Long tail" – okres inkubacji szkód w szkodach OC brokera	„Kultura roszczeniowa"	– W przypadku obsługi specyficznych ryzyk istnieje zwiększone zagrożenie popełnienia błędów przez pracowników brokera, co przy coraz większej świadomości prawnej podmiotów i poszerzaniu się zjawiska „kultury roszczeniowej" (szukanie źródła finansowania szkody na zewnątrz) może spowodować zwiększone zagrożenie OC brokera, nawet po zakończeniu współpracy z klientem.

Tabela 4. Najważniejsze elementy analizy zmian w ramach branży
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Lisowski i Jaworski [2001]; Porter [2006]; Lisowski [2015].

2.2. Czynniki makroekonomiczne wpływające na branżę brokerską

Analiza otoczenia makroekonomicznego obejmuje najważniejsze wskaźniki, które decydują o kondycji całej gospodarki, a przez to w znaczący sposób o wynikach brokerów takie jak, m.in.: wzrost gospodarczy, zmiany na rynku pracy, inflacja, poziom inwestycji zagranicznych, polityka kursów walutowych czy stan i efektywność rynku ubezpieczeniowego (zob. tab. 5).

Czynnik	Opis	Wpływ na sytuację konkurencyjną brokerów
1	2	3
Wzrost gospodarczy	Wpływ zmian PKB na składkę oraz odszkodowania, zachowanie klientów	– PKB w dużej mierze wpływa na dynamikę przypisu składki, spadek lub zwolnienie trendu wzrostowego, zbyt szybki jej wzrost może stanowić zagrożenie. – Niektóre rodzaje ubezpieczeń mogą być wrażliwe na wahania koniunktury gospodarczej, na przykład ubezpieczenia kredytów i gwarancje ubezpieczeniowe. – Wzrost gospodarczy sprzyja zwiększaniu budżetów na zarządzanie ryzykiem i innowacje ubezpieczeniowe (np. dodatkowe zabezpieczenia, PAYD).
Zmiany na rynku pracy	Wpływ na lojalność pracowników i klientów	– Duża rotacja pracowników jest zagrożeniem dla reputacji i efektywności brokera. – Rosną ukryte koszty pracownicze i nakłady na rekrutację (wzrost o 42% w ciągu ostatnich 4 lat). – Rośnie czas rekrutacji odpowiednich pracowników (wzrost o 43% w ciągu ostatnich 4 lat) [SARATOGA 2015]. – Rotacja także zwiększa m.in. ryzyko utraty danych wrażliwych, podnosi ryzyko OC brokera. – Problemy z pozyskiwaniem i utrzymywaniem talentów. – Przy zwolnieniach grupowych w zakładach ubezpieczeń rośnie ryzyko braku odpowiedniej jakości obsługi brokerów przez zakład ubezpieczeń.
Zmiany konsumenckie	Wpływ na utrzymanie klienta	– Zmiany podejścia klientów do lojalności. – Problemy z zaufaniem do pośredników i ich reputacją.
Inwestycje zagraniczne	Inwestycje bezpośrednie i pośrednie	– Bardziej wymagający klienci, duża konkurencja w segmencie dużych przedsiębiorstw. – Nowi konkurenci na rynku ubezpieczeniowym i brokerskim. – Rosnące ryzyko polityczne, zmiany ratingu Polski i zakładów ubezpieczeń.
Zmiany technologiczne	Wpływ na obsługę brokera i klienta	– Zmiana zasad underwritingu. – Wykorzystanie BIG DATA. – Wprowadzanie innowacji (towarzysz w życiu, dodatkowa wartość, wygoda i prostota) [BCG PIU 2016].

1	2	3
Efektywność rynku ubezpieczeniowego	Niewielka liczba dostępnych instrumentów ubezpieczeniowych, coraz mniejsze zainteresowanie inwestorów	– W przypadku dużych strat bądź przeregulowania istnieje ryzyko ucieczki kapitału z polskiego rynku. – Trudności z ulokowaniem niektórych ryzyk. – Efekt zarażania problemami finansowymi innych uczestników rynku ubezpieczeniowego.
Inflacja (deflacja)	Wpływ na wyniki działalności lokacyjnej oraz na wysokość wypłacanych odszkodowań	– Malejąca inflacja (deflacja) może spowodować, że zakłady ubezpieczeń stosujące „cash flow underwriting" mogą mieć problemy z kompensacją strat na działalności technicznej, przychodami z działalności lokacyjnej – sytuacja obecna. – Zbyt duża inflacja może doprowadzić do powstawania tzw. „starego portfela" i konieczności utworzenia dodatkowych rezerw, ale sprzyja subsydiowaniu działalności ubezpieczeniowej wynikami działalności lokacyjnej (ze względu na wysoki poziom stóp procentowych). – Pojawianie się problemów z niedoubezpieczeniem/nadubezpieczeniem.
Polityka kursów walutowych	Wpływ zmian na lokaty i wysokość zobowiązań (stabilność, wymienialność) klientów i brokerów	– Niższy lub niepewny zwrot z inwestycji zagranicznych lub denominowanych w walutach obcych. – Zmiana wartości aktywów i zobowiązań.
Polityka podatkowa i dodatkowe regulacje	Wpływ na wyniki branży przez „żywioł regulacyjny"	– Wprowadzenie dodatkowych obciążeń kosztowych (podatek od aktywów, planowana „opłata Religi") i regulacyjnych (np. Solvency II, IDD, ustawa reklamacyjna, działalność UOKiK, rekomendacje KNF/EIOPA, nowe rozporządzenie UE z 04.2016 w sprawie ochrony danych osobowych) w jednym czasie może spowodować nie tylko zmniejszenie atrakcyjności inwestowania w branżę ubezpieczeniową, ale także problemy z compliance. – Rosnąca liczba aktów prawnych (w Polsce średnio 1750 rocznie w ostatnich 3 latach [Grant Thornton 2016].

Tabela 5. Najważniejsze elementy analizy zmian w ramach otoczenia makroekonomicznego brokera

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Lisowski i Jaworski [2001].

Podsumowanie

Uwzględniając wpływ różnych czynników na branżę brokerską oraz strukturę i wyniki polskiego rynku ubezpieczeniowego, do głównych wyzwań stojących przed firmami brokerskimi w najbliższych latach w Polsce możemy zaliczyć m.in.:

- wprowadzanie innowacji produktowych w obsłudze,
- utrzymanie kluczowej kadry przy dużej rotacji w zakładach ubezpieczeń i zmianie podejścia nowego pokolenia do pracy (nowa kultura pracy),

- zwiększenie lojalności klientów i zmniejszenie ich rotacji,
- utrzymanie możliwości finansowania nakładów inwestycyjnych przy coraz niższych przychodach prowizyjnych oraz słabnących możliwościach generowania dodatkowych dochodów z lokat,
- dywersyfikację działalności (działalność klasyczna vs. dodatkowe doradztwo, likwidacja szkód itp.),
- compliance – coraz większa liczba regulacji bezpośrednio i pośrednio wpływających na brokera ubezpieczeniowego,
- coraz większą kulturę roszczeniową polskich przedsiębiorstw i poszukiwanie finansowania szkód także w oparciu o OC brokera,
- problem zmiany systemów prowizyjnych – jako wynik implementacji Dyrektywy IDD oraz rozszerzania się zjawiska prokonsumeryzmu.

Dla większości międzynarodowych i dużych krajowych brokerów wyzwaniem staje się utrzymanie satysfakcjonującej dla akcjonariuszy stopy zwrotu z kapitału. Pośrednicy w celu polepszenia rentowności i konkurencyjności będą stawali przed problemem racjonalizacji i restrukturyzacji zatrudnienia oraz obniżenia kosztów administracyjnych. Kanał brokerski w Polsce czeka szereg istotnych zmian, które będą wpływać na jego rozwój. Pod względem prawnym najważniejszą zmianą będzie nowa dyrektywa unijna IDD i kolejne zmiany w prawie polskim, które zostaną wdrożone pod wpływem konsumeryzmu. Wśród czynników społeczno-ekonomicznych szczególne znaczenie ma świadomość ubezpieczeniowa i niskie zaufanie do sektora ubezpieczeniowego oraz do samego pośrednika ubezpieczeniowego. Nowe technologie natomiast będą wymagały od brokerów nakładów inwestycyjnych i wymuszą na nich korzystanie z nowych, dostępnych ułatwień kontaktu z klientami i zakładami ubezpieczeń. Istotny wpływ na działalność brokerów ubezpieczeniowych w Polsce będzie mieć również sytuacja w branży ubezpieczeniowej w Polsce i na świecie, gdyż wynagrodzenie brokera zależy przede wszystkim od składki płaconej przez klienta. Przewiduje się też zmiany pod względem profilu specjalizacji brokerskich (brokerzy – „monoliners").

Bibliografia

BCG PIU (2016), *Jak branża ubezpieczeniowa może odzyskać atrakcyjność?*, Kongres Polskiej Izby Ubezpieczeń, The Boston Consulting Group.

Grant Thornton (2016), *Biała Księga „Stop biurokratyzmowi!"*, Rekomendacje z III Polskiego Kongresu Gospodarczego, Pracodawcy RP, Polski Kongres Gospodarczy.

KPMG (2015), *Jeden klik od ubezpieczenia – czy Polacy są gotowi na kanały cyfrowe?*, Oczekiwania i zachowania konsumentów cyfrowych a skuteczne strategie ubezpieczycieli, Warszawa, grudzień.

Lisowski J. (2015), *Wybrane aspekty konkurencji na rynku ubezpieczeniowym – ujęcie ekonomiczno-finansowe*, [w:] M. Serwach (red.), *Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym*, Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, Warszawa.

Lisowski J. (2016), *Część ekonomiczna*, [w:] Raport 2016, *Otoczenie prawno-ekonomiczne działalności brokerskiej*, SPBUiR Polbrokers, Warszawa.

Lisowski J., Jaworski W. (2001), *Niemierzalne elementy oceny zakładu ubezpieczeń*, [w:] K. Jajuga, M. Łyszczak (red.), *Finanse, bankowość i ubezpieczenia*, Prace Naukowe nr 899, t. 2, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław.

Porter M.E. (2006), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, MT Biznes, Warszawa.

SARATOGA 2015, *Human Capital Benchmarking*. P*odsumowanie wyników*, Badania Saratoga w Edycji 2015, PWC.

UKNF 2009, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2008 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2010, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2009 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2011, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2010 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2012, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2011 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2013, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2012 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2014, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2013 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2015, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2014 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

UKNF 2016, *Raport o stanie rynku brokerskiego w 2015 roku*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

RYNEK BROKERSKI W POLSCE A ZMIANY OTOCZENIA EKONOMICZNEGO

Brokerzy prowadzący działalność na polskim rynku ubezpieczeniowym muszą stawić czoła zmieniającym się warunkom rynkowym. Przede wszystkim rosnąca intensywność konkurencji oraz dynamiczne zmiany w otoczeniu powodują, że brokerzy muszą w większym stopniu zwracać uwagę na efektywność i dywersyfikację prowadzonej działalności. Uwzględniając wpływ różnych czynników na

branżę brokerską oraz strukturę i wyniki polskiego rynku ubezpieczeniowego, do głównych wyzwań stojących przed firmami brokerskimi w najbliższych latach w Polsce możemy zaliczyć m.in.: wprowadzanie innowacji produktowych w obsłudze; utrzymanie kluczowej kadry; zwiększenie lojalności klientów i zmniejszenie ich rotacji; dywersyfikację działalności (działalność klasyczna vs. dodatkowe doradztwo, likwidacja szkód itp.); compliance – coraz większa liczba regulacji bezpośrednio i pośrednio wpływających na brokera ubezpieczeniowego.
Słowa kluczowe: broker ubezpieczeniowy, rynek brokerski, zmiany otoczenia ekonomicznego.

BROKER'S MARKET IN POLAND AND THE CHANGING ECONOMIC ENVIRONMENT

Brokers operating in the Polish insurance market must respond to changing market conditions. First of all, the growing intensity of competition and the dynamic changes in the environment cause that brokers have a greater focus on efficiency and diversification of its business. Taking into account the impact of various factors on the industry broker and the structure and performance of the Polish insurance market, the main challenges facing brokers in the next few years in Poland can include, among others: the introduction of product innovations to operate, maintain key personnel, increasing customer loyalty and reducing their rotation, diversification activity (classic vs. additional advice, claims handling, etc.) compliance – a growing number of regulations directly and indirectly affect the insurance broker.
Keywords: insurance broker, broker's market, changing economic environment.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.08

PARADYGMAT FINANSÓW NA PRZEŁOMIE XX I XXI W. EWOLUCJA CZY REWOLUCJA?

Tomasz Michalski
prof. dr hab. dyrektor Instytutu Bankowości
i Ubezpieczeń Gospodarczych,
SGH w Warszawie

Wprowadzenie

Świat szczyci się tym, że rozwinął gospodarkę rynkową, a rynek uważany jest za superregulatora, zarówno jeśli chodzi o działania w sferze realnej jak i sferze spekulacji finansowej. Zaletą gospodarki rynkowej rozwijanej na gruncie neoklasycznej oraz neoliberalnej teorii ekonomii jest fakt, iż na szeroką skalę działają w niej siły na rzecz upowszechnienia wiedzy i podnoszenia kwalifikacji. Dostrzegane zalety spowodowały, że nie doceniono równie wielkich zagrożeń wynikających z działania sił na rzecz rozwarstwienia, tzn. sił lekceważących społeczny wymiar ekonomii, co stwarza potencjalne zagrożenia dla demokratycznych społeczeństw oraz sprawiedliwości społecznej [Piketty 2015]. Potwierdza to Joseph Stiglitz, który dostrzega znaczenie rynku jako siły napędowej przemian społeczno-gospodarczych, jednocześnie podkreśla fakt, iż rynek kształtowany jest przez politykę co powoduje, że faworyzuje najbogatszych kosztem pozostałej części społeczeństwa [Stiglitz 2015]. Sukcesy globalizacji sprawiły, że nie doceniono i tych zagrożeń, które pojawiają się coraz częściej, a dotyczą sytuacji, gdy rynek jako superregulator zaczyna zawodzić. Dostrzegamy te zagrożenia coraz wyraźniej w warunkach gospodarki globalnej bazującej na neoliberalnej teorii ekonomii uzupełnionej o idee sformułowane na gruncie monetaryzmu, w sytuacji szerokiego dostępu do informacji oraz dynamicznego rozwoju nowoczesnych technologii i technik przekazu informacji. Realizacja tych zagrożeń może sprawić, że regionalne ugrupowania integracyjne (związki państw) mające na uwadze, jako główny cel, liberalizację handlu, wzrost gospodar-

czy i podnoszenie zasobności społeczeństw okażą się narzędziem walki konkurencyjnej wszystkich ze wszystkimi w efekcie zostaną upokorzone przez rynki [Piketty 2016]. Tym bardziej, że jak zauważył Edmund Phelps zaczynamy rozumieć ekonomię jako naukę o zarabianiu pieniędzy, nie zaś jako naukę o relacjach między gospodarką, a życiem społecznym [Phelps 2008], co ewidentnie daje się zauważyć na rynku finansowym.

Przykładem obrazującym aspekty społeczne wspomnianych zagrożeń może być problem społeczeństw tzw. państw peryferyjnych – aktywnych uczestników gospodarki globalnej, które mimo wzrostu zasobności ciągle zaliczane są do tzw. państw ubogich. Dynamiczny rozwój i postęp technik przekazu informacji sprawił, że świat się skurczył, tzn. odległość i czas nie odgrywają takiej roli jak jeszcze 50 lat temu. Społeczeństwa państw peryferyjnych dzięki szybkiemu dostępowi do informacji (wystarczy kliknięcie klawisza klawiatury laptopa) dokonają porównań, zidentyfikują przyczyny skrajnego zróżnicowania tempa rozwoju ekonomicznego i nierówności między krajami, zrozumieją, gdzie leżą przyczyny rażącego zróżnicowania dochodowego oraz majątkowego. Może to wywołać reakcje skutkujące konsekwencjami globalnymi. Jak wiadomo charakterystyczna dla rozwiniętej gospodarki rynkowej utrzymująca się od lat dominacja stopy zwrotu z kapitału r nad stopą wzrostu dochodu z produkcji g powoduje, że zróżnicowanie dochodowe i majątkowe urasta do rangi problemu, również w społeczeństwach krajów rozwiniętych, bowiem przyczynia się do pogłębienia rozwarstwienia, zarówno w skali globalnej jak i w skali poszczególnych krajów. Dodatkowo pojawia się problem ochrony środowiska naturalnego i racjonalnej gospodarki surowcowej. Tym samym gospodarka globalna bazująca na neoliberalnej teorii ekonomii, odwołująca się na przełomie wieków XX i XXI do kategorii innowacyjności oraz gospodarki opartej na wiedzy (GOW) nie spełnia lansowanego z uwagi na wymogi gospodarcze, społeczne i ekologiczne postulatu rozwoju potrójnie zrównoważonego, tzn. rozwoju zrównoważonego ekonomicznie, społecznie i ekologicznie [Kołodko 2013; 2010; 2008], a ciągle dominuje w niej chrematystyka dopuszczająca wszelką działalność prowadząca do zarobku i zysku (fetysz pomnażania pieniądza). W efekcie pojawiają się anomalie, które sprawiły, że obserwujemy ucieczkę od utartych norm etycznych w biznesie, zanik standardowych zachowań, a tym samym daje się zauważyć zjawisko anomii, co skłania do refleksji nad paradygmatem ekonomii.

Przełom wieków XX i XXI to okres nasilenia zjawisk, które wyraźnie sygnalizują, iż w finansach, które są istotnym działem nauk ekonomicznych, stanowiących niejako krwioobieg gospodarki, można zaobserwować objawy chaosu. Pozostając w obrębie kardiologii postawić należy pytanie: Czy to już zawał czy tylko objawy ciężkiego stanu przedzawało-

wego? Zasada powiernictwa przestała być główną wytyczną działalności instytucji finansowych (nie wszystkie produkty mają na uwadze interes klienta), nie potrafimy poradzić sobie z takimi problemami jak problem starzejącego się społeczeństwa – konstrukcja efektywnego systemu emerytalnego – czy problem rozwarstwienia majątkowego i długookresowego oszczędzania (biedne państwa bogaczy). Powyższe problemy przybierają charakter anomalii, tym samym mając na uwadze działania, sferę organizacyjną sektora finansowego, a więc obszar każdego ryzyka, z jakim mamy do czynienia w tym sektorze wymagają analizy w aspekcie zmian w paradygmacie finansów.

1. Teoria paradygmatów

Twórca teorii paradygmatów Thomas Kuhn w pracy *The Structure of Scientific Revolution* przedstawił problemy związane z tworzeniem, funkcjonowaniem oraz zmianami paradygmatu w nauce. Niektórzy ekonomiści, podważają ogólność teorii Khuna, a zarazem wykazują jej niski poziom przydatności dla nauk ekonomicznych (wypowiedzi podczas konferencji „Etyka i Ekonomia w stronę nowego Paradygmatu" – PTE Warszawa 27.10.2016). Używane argumenty nie sięgają do założeń z obszaru ontologii czy epistemologii, ograniczają się jedynie do mało przekonywującego stwierdzenia, że T. Khun był fizykiem i jego teoria odnosi się do nauk ścisłych. Wydaje się jednak, że T. Khun w pracach [1962; 1985] dotyczących teorii paradygmatów nie ograniczał obszaru swoich rozważań i pozostał na wysokim poziomie ogólności. W związku z powyższym zatrzymamy się nad istotnymi z punktu widzenia schematu rozwoju oraz postępu w nauce problemami związanymi z samym pojęciem paradygmatu sięgając do wspomnianych prac T. Khuna [1962; 1985]. Problem wydaje się istotny z punktu widzenia znaczenia, jakie odgrywają paradygmaty dla środowiska naukowego oraz roli jaką odgrywa to środowisko dla rozwoju nauki jako strumienia zasilającego zasób wiedzy w okresie przełomu XX i XXI wieku. Zaobserwowane w okresie przełomu wieków zmiany charakteryzują się wyjątkowo wysoką dynamiką, a ich głębokość i tempo są w przeważającej mierze efektem szybkich praktycznych aplikacji osiągnięć nauki (postęp naukowo-techniczny), szeroko rozwiniętej działalności edukacyjnej, organizacyjnej i gospodarczej oraz kształtowania postaw innowacyjnych społeczeństw. Jak wspomniano globalna gospodarka rynkowa przełomu wieków XX i XXI rozwijana na gruncie neoklasycznej oraz neoliberalnej teorii ekonomii sprzyjała tego typu

zmianom. Wypada jednak zauważyć, iż obok zjawisk, które odbieramy jako pozytywne pojawiły się zjawiska budzące niepokój, które w języku paradygmatów określamy mianem anomalii. Czy poradzimy sobie z pojawiającymi się anomaliami w ramach obowiązujących paradygmatów, czy też czeka nas przejście z fazy nauki normalnej (dojrzałej) w fazę nauki nadzwyczajnej (faza kryzysu), w której zagrożona zostanie ciągłość rozwoju nauki i rewolucyjna zmiana paradygmatów? Jak wynika z obserwacji, anomalie dotyczą głównie zasad postępowania, propozycji produktów, tworzonych przepisów oraz sfery świadomości, zahaczając o tak ważne obszary jak zasady moralne, etyka czy sumienie. Szerokie spektrum tych anomalii z punktu widzenia ich znaczenia dla funkcjonowania społeczeństw sprawia, że odnotowujemy zjawiska chaosu w różnych obszarach działalności mimo, iż dysponujemy coraz bardziej doskonałymi technikami i narzędziami pozwalającymi zapobiegać tego typu zjawisku. Niepokój może budzić również fakt, iż w ostatnich czasach mamy do czynienia z coraz wyraźniej zarysowującym się konfliktem między funkcjonującymi od wieków dwoma sposobami myślenia, dochodzenia do prawdy, zdobywania wiedzy i jej wdrażania ***mythos*** i ***logos*** [Armstrong 2005].

- ***Mythos*** *– szukanie wzorców i rozwiązań w przeszłości. Mity jako podstawowy sposób wyjaśniania zjawisk. Sięganie do początków życia, źródeł kultury, do najgłębszych pokładów ludzkiego umysłu. Uznawanie, że mit wiąże się z tym co w ludzkiej egzystencji uznawane jest za pierwotne, ponadczasowe, niezmienne. Mit nie zajmował się zagadnieniami praktycznymi ale sensem życia.*
- ***Logos*** *– naukowe podejście sprowadzające się do racjonalnego, sprawnego działania, które ma na uwadze rozwój, innowacyjność, oraz śmiałe i otwarte patrzenie w przyszłość. Dzięki logos ludzie przekształcają dawne formy cywilizacji, zyskują kontrolę nad środowiskiem naturalnym, dokonują odkryć i wynalazków.*

Kultura i poszanowanie inności w myśl obowiązujących paradygmatów wymaga, aby były to dopełniające się sposoby. Coraz częściej mamy do czynienia z tzw. sytuacjami ekstremalnymi, w których ***mythos*** stosując formę dyktatu, wykorzystując środki terroru, Urząd Nauczycielski, odwołując się do doktryny Nieomylności zaczyna dominować nad ***logos***. Prowadzi to do zjawiska anomii i powszechnego chaosu informacyjnego, odrzucenia powszechnie przyjętych wartości i norm postępowania, spaczania, a tym samym wygaszania dyskusji naukowej. Efektem trwania w sytuacji ekstremalnej jest ograniczenie obszarów działalności innowacyjnej oraz pojawiające się nowe anomalie, z którymi ciężko sobie poradzić w ramach obowiązujących paradygmatów. Synergia sytuacji ekstremalnych i anomalii w ramach obowiązujących paradygmatów potęguje zjawisko anomii.

Thomas Kuhn [1962] w rozważaniach dotyczących teorii paradygmatów sformułował definicję paradygmatu odwołując się do logos bazując na filozofii nauki oraz teorii poznania:

Paradygmat *– powszechnie uznawane osiągnięcia naukowe, które dostarczają społeczności uczonych w* ***pewnym okresie czasu*** *modelowych rozwiązań problemów danej dziedziny nauki, a także stwarzają możliwości rozwiązań problemów w dziedzinach pokrewnych.*

Rozwijając powyższą definicję w pracy [Kuhn 1985] podkreślono, iż teoria paradygmatów wymaga szerszego podejścia, w którym obok problemów rzeczywistości językowej (formułowanie pojęć, terminów, wyrażeń oraz sposób ich użycia i rozumienia, tzw. gra językowa, której reguły określa paradygmat, jak również zmiana pojęć i idąca za tym zmiana znaczenia słów [Wittgenstein 1953]), uwzględnia się problemy badawcze w tym stany świadomości w społeczności uczonych, aspekty wzorca, modelu oraz dominującej teorii, a tym samym zaznaczono, iż paradygmat powinien zawierać trzy podstawowe elementy.

- ***Założenia ontologiczne*** (*Jaki jest charakter rzeczywistości językowej?*),
- ***Założenia epistemologiczne*** (*Jakie są szanse i granice poznania rzeczywistości?*),
- ***Założenia metodologiczne*** (*Jaki jest najlepszy sposób poznawania rzeczywistości?*).

Jednocześnie mając na uwadze aspekt czasowy, paradygmat może podlegać swoistym modyfikacjom w czasie tzn. jest uszczegółowiany, rozbudowywany, uściślany stosownie do coraz bardziej skomplikowanych, zmieniających się warunków rzeczywistości. Proces modyfikacji jest bodźcem dla rozwoju danej dziedziny nauki poprzez fakt uwzględniania w paradygmacie nowych osiągnięć naukowych, zweryfikowanych hipotez dotyczących konsekwencji dostrzeganych, opisywanych i badanych zjawisk, relacji między obiektami oraz zmian w otoczeniu. Efektem tego procesu jest wzbogacanie przez naukę starzejącego się zasobu wiedzy.

Kuhn dostrzegał możliwość postępu w nauce jedynie w ramach paradygmatu i zanegował ideę postępu naukowego poprzez zmianę paradygmatu. Zauważał, że paradygmaty zazwyczaj ulegają zmianie nie ze względów poznawczych, lecz w wyniku znużenia uczonych niepowodzeniami w rozwiązywaniu problemów związanych z anomaliami. Ponieważ zmiany paradygmatów pociągają za sobą radykalne zmiany znaczenia pojęć i terminów naukowych [Wittgenstein 1953], więc w takich sytuacjach pojawiają się problemy w sferze ontologicznej. T. Khun podkreślał, że zmiana paradygmatu powoduje zerwanie ciągłości rozwoju nauki ze względu na fakt występowania zjawiska niewspółmierności teorii formułowanych

w ramach odmiennych paradygmatów. Okazuje się, że paradygmatów nie można porównywać miedzy sobą zarówno w sferze językowej (te same pojęcia inny sens) jak i metodologicznej (inne definicje nauki inne problemy uznawane za naukowe). O wyborze decyduje kryterium efektywności poznawczej (eliminujemy model o gorszej efektywności poznawczej). Jednak nie dysponujemy międzyparadygmatycznym kryterium oceny, tzn. do tej pory nie skonstruowano miary, która umożliwiałaby rozstrzyganie, która z teorii w ramach odmiennych paradygmatów jest bardziej wartościowa poznawczo. W konsekwencji proces dochodzenia do nowego paradygmatu charakteryzuje się ogólnym chaosem zwłaszcza w tak istotnych obszarach jak rozumienie podstawowych pojęć, sposób patrzenia na dziedzinę, jej metody i cele. Brak porównywalności nowych paradygmatów z paradygmatem zmienianym utrudnia ocenę, a tym samym utrudnia proces decyzyjny. Biorąc pod uwagę fakt, iż alternatywne paradygmaty są w jakimś stopniu sprzeczne trudno wnioskować, że nauka rozwijając się poprzez zmianę paradygmatów dąży i zbliża się do prawdy. Dlatego podkreślić należy fakt odnotowanego postępu w nauce na przełomie wieków XX i XXI jako efekt skutecznego rozwiązywania pojawiających się anomalii w ramach obowiązujących paradygmatów. Wypada odnotować jednak i to, że jeśli chodzi o paradygmat finansów sytuacja zwłaszcza od lat 90. wieku XX do chwili obecnej nie wygląda najlepiej zwłaszcza, jeśli spojrzeć na problem anomalii na rynku finansowym. Przede wszystkim są to anomalie, które obrazują odejście instytucji finansowych od ich misji. W dużej mierze, mimo iż anomalie te dotyczą rynku finansowego nie są mocno powiązane z realną sferą gospodarki, a raczej można dostrzec w nich aspekt moralny i etyczny, co skutkuje ich oporem i odpornością na działania regulatora. Pojawia się chciwość, której przejawem na rynku finansowym są niewiarygodne, z punktu widzenia obowiązującego paradygmatu, rozwiązania i pomysły w obszarze chrematystyki (nauki o zarabianiu pieniędzy). Skutki tych anomalii są szczególnie dotkliwe dla klienta instytucji finansowych, a tym samym przynoszą negatywne konsekwencje społeczne i gospodarcze.

2. Paradygmat finansów – identyfikacja anomalii

Kryzys finansowy, z jakim mamy do czynienia od roku 2007, jest potwierdzeniem tezy głoszącej, iż w okresie przełomu wieków XX i XXI w świecie finansów, a zwłaszcza na rynkach finansowych obok pozytyw-

nych objawów ewolucji występują z coraz większym nasileniem objawy chaosu. Wypada zaznaczyć, iż wspomniany kryzys, to moment, w którym jak zwykło się mawiać „coś pękło". Jak wspomniano w dobie neoliberalnej gospodarki globalnej prezentującej fundamentalizm rynkowy, marginalizującej kwestie społeczne oraz rolę państwa w gospodarce, jednocześnie niejako „produkowano" i bagatelizowano zagrożenia wynikające z działania sił na rzecz rozwarstwienia (nierównowaga finansowa, zróżnicowanie dochodowe między krajami oraz dochodów wewnątrz krajów). Analizując wspomniane zagrożenia od strony kapitału i jego pochodnych tj. strumieni finansowych dochodzimy do wniosku, iż przyczyna, a zarazem główna siła sprawcza wspomnianych zagrożeń, wiąże się z podstawową sprzecznością kapitalizmu, tzn. relacją miedzy stopą zwrotu z kapitału ***r***, a stopą wzrostu dochodu i produkcji ***g***. Okazuje się, że cechą charakterystyczną w gospodarce rynkowej jest fakt dominacji stopy zwrotu z kapitału nad stopą wzrostu dochodu i produkcji, tzn. zachodzi następująca relacja:

$$r > g$$

Jakie mogą być tego konsekwencje? Przede wszystkim fakt ten oznacza, że majątek zgromadzony w przeszłości rekapitalizuje się szybciej niż wynosi tempo wzrostu produkcji i płac. Przy dużej rozbieżności między wspomnianą stopą zwrotu z kapitału ***r*** oraz stopą wzrostu ***g*** przedsiębiorcy w krótkim czasie nabierają ochoty, aby przekształcać się w rentierów i dominować nad tymi, którzy posiadają tylko własną pracę. Utrzymująca się przez lata relacja dominacji stopy zwrotu z kapitału nad stopą wzrostu dochodu i produkcji ($r > g$) sprawia, że przeszłość pochłania przyszłość. Raz zgromadzony kapitał sam się reprodukuje, rosnąc szybciej niż produkcja. Jak wykazują eksperci oraz doświadczenia niektórych krajów można temu przeciwdziałać poprzez opodatkowanie zwrotu z kapitału, tzw. podatek od kapitału, przy czym w globalnej gospodarce rynkowej staje się to problemem trudnym do rozwiązania. Rozważane koncepcje takiego podatku wymagają bardzo wysokiego poziomu współpracy międzynarodowej oraz integracji polityki regionalnej. Zdecydowanie wykracza to poza zasięg państw narodowych, co niestety nie trafia do przekonania przywódców wielu krajów, w tym również przywódców krajów UE odrzucających integrację ukierunkowaną na konstrukcje podatku od kapitału w Europie. Podobne zachowania obserwujemy wśród przywódców krajów innych ugrupowań regionalnych. Jak podkreślają fachowcy zamknięcie się małych krajów europejskich, które w skali gospodarki globu staną się mikroskopijne, w granicach narodowych może prowadzić do ich frustracji. W konsekwencji nie doczekamy się rozwiązania proble-

mu podatku od kapitału na poziomie europejskim czy światowym, a pozostaniemy z rozwiązaniami skutkującymi pogłębianiem rozwarstwienia. Potrzebne jest rozwiązanie na wysokim poziomie integracji polityki regionalnej dzięki któremu skuteczne stanie się regulowanie zglobalizowanego kapitalizmu majątkowego XXI wieku nie poprzez informacje zawarte w magazynie Forbes[1], tylko na podstawie rzetelnych danych gromadzonych przez międzynarodowe organizacje finansowe zgromadzone w odpowiednio nadzorowanych i strzeżonych bazach danych MFW czy Banku Światowego. Podatek od kapitału wydaje się być czymś nieuniknionym w dobie rosnących zadłużeń krajów charakteryzujących się tym, iż są to tzw. „ubogie kraje bogaczy". Dlaczego ubogie kraje? Okazuje się bowiem, że zadłużenie wielu krajów przekracza nawet 60% PKB, zaś 0,1% obywateli posiada 20% aktywów, a już 10% obywateli posiada 80% do 90% aktywów. Jeśli chodzi o bogactwo społeczeństw sytuacja w 2010 roku kształtowała się następująco: najwyższy promil obywateli – 20% aktywów; centyl ok. 50%; decyl – 80–90% dolna połowa mniej niż 5%. Jednocześnie odnotowuje się trend wskazujący na pogłębianie się rozwarstwienia i nierówności. Wspomniane siły działające na rzecz upowszechniania wiedzy i podnoszenia kwalifikacji nie zdały egzaminu w obszarze podnoszenia świadomości finansowej i ekonomicznej, czego wyrazem są obecnie obserwowane trendy jeśli chodzi o wyniki wyborów. Mimo utrzymującej się dominacji stopy zwrotu z kapitału nad stopą wzrostu dochodu oraz pogłębiającego się zróżnicowania majątkowego i dochodowego wyniki wyborów wskazują na to, iż umacnia się tendencja narodowo-nacjonalistyczna, a więc ukierunkowana zdecydowanie na państwa narodowe i odejście od rozwiązań na poziomie zintegrowanej organizacji państw, co źle wróży prognozom na pomyślne i efektywne rozwiązanie w szerszej skali problemu podatku od kapitału, a tym samym pomyślnemu rozwiązaniu anomalii związanych z problemem zróżnicowania majątkowego i dochodowego.

Groźnym zjawiskiem, jakie daje się zaobserwować na rynku finansowym, zwłaszcza jeśli chodzi o instytucje finansowe, jest zjawisko zanikania podstawowych zasad etycznych, jakimi powinien kierować się każdy podmiot świadczący usługi na rynku finansowym, w gestii którego leży zarządzanie środkami finansowymi powierzonymi przez klienta. Pojawia się groźna anomalia związana z pojęciem etyki w biznesie. Czy damy radę rozwiązać ten problem w ramach obowiązującego paradygmatu? Czy świat nauki przejawia chęć rozwiązania tego problemu czy też uległ, wspomnianym przez Th. Pikettego [2015], potężnym siłom działającym na rzecz rozwarstwienia społeczeństw zagrażającym demokratycznym

1 Ogłaszane listy najbogatszych ludzi Świata.

społeczeństwom oraz sprawiedliwości społecznej? Warto odpowiedzieć na tak postawione pytanie bowiem rynek finansowy i jego instytucje wymagają radykalnych działań naprawczych a klasyczne standardy ulegają zapomnieniu.

Rozwiązania, jakie pojawiły się na rynku finansowym na przełomie wieków XX i XXI, zarówno w obszarze produktów jak i regulacji dotyczących instytucji finansowych, można uznać za zaskakujące w aspekcie przyjętych i utrwalonych zasad funkcjonowania rynku finansowego. Analizując zachowania podmiotów działających w poszczególnych sektorach rynku finansowego, tzn. sektora bankowego, ubezpieczeniowego i kapitałowego, wynikające ze zmian w otoczeniu m.in. rozwoju technologii teleinformatycznych, liberalizacji i umiędzynarodowienia rynków finansowych, postępującego procesu globalizacji w okresie poprzedzającym kryzys oraz w czasie trwania kryzysu, można zastanowić się nad tym, czy mamy do czynienia z modyfikacją czy też ze zmianą paradygmatu rynku finansowego, a nawet paradygmatu finansów? Czy misja finansów, główne zasady organizacyjne podmiotów tego obszaru działalności gospodarczej oraz zbiór pojęć, a w konsekwencji teorii tworzących podstawę nauki o finansach, na których bazujemy jest ciągle twórczy poznawczo i spełnia wymogi dobrego paradygmatu?

Powyższe uwagi odnoszą się ogólnie do finansów. W dalszych rozważaniach skoncentrujemy uwagę na rynku finansowy i jego instytucjach. Cały wspomniany okres przełomu wieków obejmuje zarówno lata poprzedzające kryzys finansowy jak i czas kryzysu. W okresie tym na rynku finansowym zaczęły pojawiać się instrumenty pochodne, opcje oraz wszelkiego typu produkty, których powiązania z realną sferą gospodarki były trudno dostrzegalne, a nawet produkty oderwane od realnej sfery gospodarki. Zachowania podmiotów funkcjonujących na rynku finansowym udowodniły, że zmienia się znaczenie takich pojęć jak zasada powiernictwa, zasada służebności, zasada dobrego włodarza, funkcja pośrednika. Pojęcia te są obecnie inaczej rozumiane niż w klasycznych finansach lub wręcz nie funkcjonują na rynku finansowym. Przestaje się liczyć i nie odgrywa znaczącej roli etyka w finansach, zaś regulacje prawne nie nadążają za zjawiskiem narastającej intensywności występowania hazardu moralnego. Okazało się, że zanikają podstawowe zasady, jakimi powinien kierować się każdy podmiot świadczący usługi na rynku finansowym, w gestii którego leży zarządzanie powierzonymi przez klienta środkami finansowymi w tym zasada powiernictwa – pomoc klientowi w rozwiązywaniu problemów, realizacji zleceń i zaspokajaniu potrzeb (odpowiedzialność i zaufanie). Zapomniano o sformułowanej w obowiązującym paradygmacie misji finansów:

Misją instytucji finansowych jest pośrednictwo polegające na kojarzeniu tych, którzy posiadają kapitał z tymi, którzy potrzebują kapitału, przy czym pośrednictwo to ma kierować się interesem klienta mając na uwadze wzrost gospodarczy, tzn. działanie w myśl zasady ***„Wszyscy odnoszą korzyści, koncentrując uwagę na kliencie"*** [Taft 2012].

Podniesienie zdolności kojarzenia, a tym samym efektywności działania instytucji finansowej wymaga dokładania własnego kapitału, mając na uwadze podniesienie koncepcji pośrednictwa zawierającej w sobie służebność z zachowaniem etycznym. W takich działaniach pojawia się konieczność odwołania się do zasady powiernictwa (ochrona interesów dużej grupy niedoinformowanych klientów o niskiej świadomości finansowej). Gdy instytucje finansowe przestały pełnić funkcję pośrednika działającego na rzecz klienta i zaczęły występować w charakterze mocodawcy własnych interesów mamy do czynienia z odejściem od zasady powiernictwa. Podobnie rzecz się ma z zasadą służebności i odpowiedzialności, a tym samym zachowaniami etycznymi. Już w okresie poprzedzającym kryzys instytucje finansowe zaczęły uważać, że zasady odpowiedzialności i służebności oparte na takich cechach jak celowość, pokora, przewidywanie, uczciwość w działaniu nie mogą być przyjmowane jako główne wytyczne działania. Celem działalności tych instytucji, tak jak wielu innych podmiotów funkcjonujących w sferze gospodarczej stał się własny zysk. Interes klienta i wzrost gospodarczy, które stanowiły główne wytyczne działalności w obowiązującym dotychczas paradygmacie, zeszły na dalszy plan, egoizm zdominował odpowiedzialność. Co najgorsze zdystansowano się od walorów etycznych, które uwypuklano w dotychczas obowiązującej teorii finansów i zwracano uwagę na ich przestrzeganie w działalności praktycznej. Wbrew wytycznym obowiązującego paradygmatu w działalności instytucji finansowych z każdego sektora rynku finansowego można zauważyć, że ***chciwość zwyciężyła służebność***, co m.in. przyczyniło się do spaczenia idei finansów, a w konsekwencji powierniczej misji instytucji finansowych. Instytucje finansowe zaczęły działać kierując się nową filozofią, według której ***klient przestał być traktowany podmiotowo, stał się jedynie dostawcą niezbędnych środków. Zadaniem instytucji stało się wydobycie za wszelką cenę środków od klienta bazując z jednej strony na systemie, którego podstawę stanowi zaufanie do instytucji finansowych, z drugiej niska świadomość finansowa i ekonomiczna przeciętnego klienta*** (brak wiedzy o mechanizmach działających na rynku finansowym oraz trudnej do rozszyfrowania dla przeciętnego klienta specyfice nowych produktów finansowych) [Michalski i Śliwiński 2015].

Przyjęto strategię mnożenia różnorodnych produktów, w tym takich, których konstrukcja zakładała zysk instytucji przy stracie klienta, dodatkowo pojawił się problem tzw. „toksycznych aktywów" czy zbyt zu-

chwałych spekulacji w obszarze instrumentów pochodnych. Te zjawiska były obserwowalne już przed rokiem 2007, który uznajemy za rok początkujący obecny kryzys finansowy. Można przypuszczać, że ta filozofia funkcjonowania instytucji finansowych, wsparta równie istotną z punktu widzenia paradygmatu koncepcją zacierania granic międzysektorowych na rynku finansowym, w której gubi się z pola widzenia czy też przesuwa na dalszy plan tak istotne problemy jak specyfika ryzyka w poszczególnych sektorach rynku finansowego, cechy charakterystyczne oraz różne zasady działalności podmiotów funkcjonujących w tych sektorach, to istotne oznaki wypaczeń jakie można było zaobserwować od lat na rynku finansowym. Uwzględnić należy dodatkowo fakt, iż wszystko odbywa się w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu (rozwój technologii teleinformatycznych, liberalizacja, globalizacja), tzn. mamy do czynienia z ewolucją rynku finansowego. Wypada podkreślić, że wspomniana ewolucja przyczyniła się do rozwoju rynku finansowego i nie można negatywnie oceniać wszystkich jej efektów. Niestety w okresie nasilenia niepokojących zjawisk na rynku finansowym, gdy nie narzędzia lecz sposób ich wykorzystania przez instytucje finansowe wzbudza wątpliwości, reakcja instytucji odpowiedzialnych za sprawne funkcjonowanie rynku finansowego nie była odpowiednia do zagrożeń. Instytucje nadzoru nie reagowały z należytą energią, aby przeciwdziałać wszystkim zjawiskom noszącym znamiona anomalii, których rozwiązanie na gruncie obowiązującego paradygmatu okazuje się trudne, a być może wręcz niemożliwe.

Nadzór (regulator) skoncentrował uwagę na problematyce usystematyzowania przepisów prawnych w zakresie funkcjonowania instytucji finansowych, czego przejawem są regulacje np. Solvency II, MiFID II, MiFIR[2] – w Unii Europejskiej. Poza tym powstały dodatkowe regulacje – patrz ustawa Dodda-Franka[3] – USA. Okazało się, że rynek jako niezawodny superregulator zawiódł, zwłaszcza jeśli chodzi o sytuację na rynku finansowym z jaką mamy do czynienia od 2007 roku, a której pierwsze sygnały dały się zaobserwować już wcześniej bo w latach 90. XX wieku.

Interesującym, a zarazem niepokojącym zjawiskiem jest to, że obecnie działalność instytucji finansowych ukierunkowana jest w dużej mierze na konstruowanie produktów, które pozwalają zgodnie z przepisami prawa pomnażać zysk instytucji finansowych działając na szkodę klienta. Tym samym mamy potwierdzenie tego, że na rynku finansowym ***chciwość zwyciężyła służebność***. Obrazuje tę przemianę branża funduszy inwe-

2 Ustawy regulujące działalność rynków finansowych oraz system wypłacalności dla zakładów ubezpieczeń.

3 Patrz na przykład: http://www.cftc.gov/ucm/groups/public/@swaps/documents/file/hr4173_enrolledbill.pdf.

stycyjnych, która z biznesu, w którym ***sprzedajemy to co wytwarzamy*** zmieniła się w dziedzinę, w której ***wytwarzamy to, co będziemy sprzedawać***. Obecna sytuacja na rynku finansowym (działania instytucji finansowych) wygląda tak, że utrwalają się sygnalizowane negatywne zmiany, a tym samym wypaczenia w rozumieniu misji finansów. Praktyka potwierdza, że zaczyna dominować postawa polegająca na dystansowaniu się w działalności od walorów etycznych. Należy wyraźnie podkreślić, że wszystko odbywa się zgodnie z prawem (patrz produkt CDO ABACUS--2007-AC – bank Goldman-Sachs).

Obserwujemy niepokojące zjawisko zanikania podstawowych zasad etycznych, jakimi powinien kierować się każdy podmiot świadczący usługi na rynku finansowym, w gestii którego leży zarządzanie środkami finansowymi powierzonymi przez klienta. Mamy więc do czynienia z groźnymi anomaliami. Anomaliami rzutującymi na funkcjonowanie i jakościową ocenę finansów w szerokim rozumieniu, w szczególności na funkcjonowanie i ocenę każdego sektora rynku finansowego (bankowości, ubezpieczeń, rynku kapitałowego), a tym samym wpływającymi na innowacyjność oraz ofertę produktową instytucji finansowych. Te anomalie powodują, że na rynku finansowym w każdym sektorze coraz wyraźnie widać, że chciwość zwycięża służebność. Czy damy radę rozwiązać ten problem w ramach obowiązującego paradygmatu i zgodnie z teorią Thomasa Khuna odnotujemy postęp w nauce o finansach? Czy świat nauki przejawia chęć rozwiązania tego problemu czy też uległ wspomnianym przez Th. Pikettego [2015] potężnym siłom hołdującym zasadzie, że „chciwość jest dobra", działającym na rzecz rozwarstwienia społeczeństw, zagrażającym demokratycznym społeczeństwom oraz sprawiedliwości społecznej, a tym samym wkroczymy w okres rewolucji naukowej oraz zmiany paradygmatów.

Bibiografia

Armstrong K. (2005), *W imię Boga. Fundamentalizm w Judaizmie, Chrześcijaństwie i Islamie,* Wydawnictwo W.A.B.

Kołodko G. (2008), *Wędrujący świat,* Prószyński i S-ka, Warszawa.

Kołodko G. (2010), *Świat na wyciągniecie myśli,* Prószyński i S-ka, Warszawa.

Kołodko G. (2013), *Dokąd zmierza świat. Ekonomia polityczna przyszłości,* Prószyński i S-ka, Warszawa.

Kuhn T. (1985), *Dwa bieguny,* PIW, Warszawa.

Kuhn T. (1962), *The Structure of Scientific Revolution,* The University of Chicago. Chicago.

Michalski T., Śliwiński A. (2015), *Paradygmat finansów i nowe ryzyka jako nośniki ryzyka systemowego,* „Problemy Zarządzania" , vol. 13, nr 3 (55), t. 2.
Phelps E. (2008), *Rynek w cuglach,* „Polityka", nr 14.
Piketty Th. (2016), *Czy można uratować Europę? Kroniki 2004–2012,* Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
Piketty Th. (2015), *Kapitał w XXI wieku,* Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
Stiglitz J.E. (2015), *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały społeczne zagrażają naszej przyszłości?,* Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
Taft J.G. (2012), *Stewardship. Lessons learned from the lost culture of Wall Street,* John Wiley & Sons.
Wittgenstein L. (1953), *Dociekania filozoficzne,* PWN, Warszawa.

PARADYGMAT FINANSÓW NA PRZEŁOMIE XX I XXI W. EWOLUCJA CZY REWOLUCJA?

Świat szczyci się tym, że rozwinął gospodarkę rynkową, a rynek uważany jest za superregulatora, zarówno jeśli chodzi o działania w sferze realnej jak i sferze spekulacji finansowej. Przy wielkich zaletach tej gospodarki chyba jednak nie doceniono zagrożeń wynikających z sytuacji, gdy ten superregulator zawodzi.
Przełom wieków XX i XXI to okres nasilenia zjawisk, które wyraźnie sygnalizują, iż w świecie finansów można zaobserwować objawy chaosu. Zasada powiernictwa przestała być główną wytyczną działalności instytucji finansowych (*nie wszystkie produkty mają na uwadze interes klienta, a instytucje finansowe stały się mocodawcami własnych interesów*), nie potrafimy poradzić sobie z takimi problemami jak problem starzejącego się społeczeństwa (*konstrukcja efektywnego systemu emerytalnego*) czy problem rozwarstwienia majątkowego i długookresowego oszczędzania (*biedne państwa bogaczy)*. Te problemy mają charakter anomalii, mając na uwadze sferę organizacyjną sektora finansowego oraz sferę każdego ryzyka, z jakim mamy do czynienia w tym sektorze, wymagają więc analizy w aspekcie zmian w paradygmacie finansów.
Słowa kluczowe: gospodarka rynkowa, finanse, teoria paradygmatu, instytucje finansowe – produkty i główne zasady działania.

THE PARADIGM OF FINANCE AT THE TURN OF 20TH AND 21ST CENTURIES. EVOLUTIONS OR REVOLUTIONS?

The world prides itself on developing a market economy and the market is considered a super-regulator both in realm of real-world activity and that of financial speculation. Great advantages of such an economy notwithstanding, what has been underestimated are the dangers of situations when this super-regulator fails.

The turn of the 21st century is a period of intensified phenomena that clearly signal symptoms of chaos in the financial world. The basis of trust is no longer the main directive for the activity of financial institutions (*i.e. not all products serve the customers' best interests, with financial institutions becoming caterers to their own interests*); we cannot cope with such challenges as the problem of an aging society (*creation of an effective pension system*) or economic divides and long-term saving (*rich people, poor countries*). Taking into consideration the structure of the financial sector and all risk areas we face in this sector, these challenges are abnormal in character and thus should be analyzed in the scope of changes to be made in the financial paradigm.

Keywords: market economy, finance, paradigm theory, financial institutions – products and main directives for activity.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.09

RYZYKO UBEZPIECZENIOWE – WSPÓŁCZESNE WYZWANIA DLA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

Wanda Ronka-Chmielowiec
prof. dr hab., Katedra Ubezpieczeń,
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wprowadzenie

Ryzyko związane jest z wszelkimi formami egzystencji i działania człowieka. Ryzyko, jego istota, definicje i inne związane z nim problemy, takie jak: identyfikacja, klasyfikacja, porządkowanie, ocena i obmiar, są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, np. teorii ekonomii, finansów, ubezpieczeń, prawa, matematyki, rachunku prawdopodobieństwa i statystyki.

Ryzyko może być opisane jako zdarzenie, które może wystąpić, ale nie musi. Ryzyko jest pojęciem wieloznacznym i złożonym, stąd bardzo trudno podać jego ścisłą i uniwersalną definicję. Zatem można je definiować na różne sposoby, zależnie od aspektu, który bierze się pod uwagę oraz okoliczności, jakie interesują badacza. Zależy to przede wszystkim od tego, na gruncie jakiej nauki chcemy zdefiniować ryzyko.

Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej ma szczególne znaczenie, gdyż związane jest z celem i przede wszystkim przedmiotem tej działalności. Możemy stwierdzić, że w działalności ubezpieczeniowej występują następujące kategorie ryzyka:

- ryzyko ubezpieczeniowe – związane z przedmiotem ubezpieczenia,
- ryzyko ubezpieczyciela – związane z funkcjonowaniem zakładu ubezpieczeń,
- ryzyko ubezpieczającego – wynikające z charakteru samej umowy ubezpieczenia.

Jednak najistotniejszym jest tutaj ryzyko ubezpieczeniowe, któremu poświęcimy rozważania przedstawione w poniższym artykule. W dalszej części artykułu przedstawimy problemy związane z zarządzaniem ryzy-

kiem ubezpieczeniowym przez zakłady ubezpieczeń. Z uwagi na fakt, że ryzyko ubezpieczeniowe charakteryzuje się dynamiką zmian w czasie wynikającą ze zmieniającego się otoczenia prawnego i ekonomicznego pochodzącego z różnych obszarów zmieniającego się rynku takich jak nowe technologie, nowe usługi finansowe, innowacyjność, zmiany społeczne i demograficzne oraz mieniające się przepisy prawa o charakterze regulacyjnym, to w artykule przedstawione zostaną dwa obszary zagadnień, które są pewnymi wyzwaniami dla zakładów ubezpieczeń. Pierwszy obszar dotyczy zmian o charakterze regulacyjno-prawnym, które zakłady ubezpieczeń muszą przestrzegać oraz drugi obszar to nowe ryzyka ubezpieczeniowe, które ubezpieczyciele muszą rozeznać i skonstruować nowe odpowiednie produkty.

1. Zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym w zakładzie ubezpieczeń

Proces zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym w zakładzie ubezpieczeń obejmuje następujące etapy:

- identyfikacja i klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego,
- podjęcie decyzji o ubezpieczeniu i wybór metody ubezpieczenia,
- ocena i pomiar ryzyka ubezpieczeniowego,
- kalkulacja składki ubezpieczeniowej jako podstawa finansowania ryzyka ubezpieczeniowego,
- transfer ryzyka ubezpieczeniowego poprzez stosowanie reasekuracji.

Identyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego powinna poprzedzać zawarcie kontraktu ubezpieczeniowego. Proces identyfikacji wiąże się z takimi problemami jak: wybór metodologii identyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego oraz wybór narzędzi wykorzystywanych do identyfikacji. Jedną z podstawowych metod wykorzystywanych do identyfikacji ryzyka jest metoda oparta na analizie przeszłych szkód związanych z obserwowanym obiektem, który ma być ubezpieczony. W przypadku ubezpieczeń osobowych takich jak ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia chorobowe, zakłady ubezpieczeń korzystają z bazy danych i opracowań statystycznych i medycznych dotyczących występowania różnych chorób i analizy procesu umieralności badanej populacji. W celu identyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego występującego w działalności gospodarczej zakłady ubezpieczeń współpracują z takimi specjalistami jak: inżynierowie różnych branż, fizycy, chemicy, finansiści, ekonomiści i prawnicy.

Jedną z podstawowych metod wykorzystywanych do identyfikacji ryzyka jest metoda oparta na analizie przeszłych szkód związanych z obserwowanym obiektem, który ma być ubezpieczony. Metoda ta wykorzystuje przede wszystkim rachunek prawdopodobieństwa, statystykę matematyczną, a gdy uwzględnimy dynamikę zjawiska, to teorię procesów stochastycznych.

Inne narzędzia wykorzystywane w procesie identyfikacji to listy kontrolne zawierające wszystkie możliwe rodzaje ryzyka towarzyszące danej działalności, kwestionariusze analizy ryzyka, systemy ekspertowe, analiza dokumentów, wyceny nieruchomości, bazy danych dotyczące przebiegu i wysokości szkód, analiza kondycji finansowej dłużników oparta na sprawozdaniach finansowych oraz prognozy gospodarcze dotyczące konkretnej branży. W przypadku identyfikacji ryzyka, którego źródłem są żywioły przyrodnicze, trzeba skorzystać z wyników badań instytutów meteorologicznych, hydrologicznych i sejsmologicznych oraz instytutów naukowych zajmujących się badaniem zjawisk katastrof.

Drugi z problemów to klasyfikacja ryzyka. Nie ma uniwersalnych podziałów. Jeśli ustalone zostanie kryterium oraz cel podziału, to otrzyma się stosowną klasyfikację.

Jeśli przyjmiemy, że ryzyko ubezpieczeniowe związane jest z przedmiotem ubezpieczenia, to wówczas wyróżnia się ryzyko osobowe i majątkowe.

W ubezpieczeniowej teorii ryzyka wyróżnia się następujący podział na:

Ryzyko czyste, które charakteryzuje się tym, że jego realizacja przynosi tylko stratę, a brak realizacji nie przynosi ani straty, ani zysku,

Ryzyko spekulatywne, którego realizacja może mieć trzy możliwości: stratę, zysk, brak straty i zysku.

Jeśli przyjmiemy, że ryzyko ubezpieczeniowe związane jest z przedmiotem ubezpieczenia, to wyróżniamy ryzyko osobowe i majątkowe.

Ryzyko osobowe powoduje straty w dobrach osobistych, takich jak: życie, zdrowie, starzenie się i zdolność do pracy.

Ryzyko majątkowe może spowodować różne straty wynikające z posiadania nieruchomości, mienia ruchomego, prowadzenia działalności gospodarczej oraz wykonywania różnych zawodów, korzystania z różnych usług finansowych i innych.

Ze względu na praktykę ubezpieczeniową i efektywne zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym duże znaczenie ma możliwość pomiaru ryzyka ubezpieczeniowego, a przede wszystkim określenie i zidentyfikowanie jego miary. Takie możliwości stwarza nowoczesna teoria ryzyka, w której to ryzyko jest modelowane.

Modele służą do zmniejszenia złożoności rozpatrywanych zjawisk w stopniu umożliwiającym ich poznanie oraz ułatwiają zrozumienie zjawisk przeszłych i umożliwiają przewidywanie zjawisk przyszłych.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że ryzyko ubezpieczeniowe jest pojęciem bardzo złożonym, to podejście modelowe jest tutaj w pełni uzasadnione. Takie możliwości stwarza teoria aktuarialna, która bazuje na rachunku prawdopodobieństwa, statystyce matematycznej i teorii procesów stochastycznych.

W teorii aktuarialnej ryzyko jest sformalizowane i modelowane. Przyjmuje się w tej teorii, że do opisu ryzyka ubezpieczeniowego przydatna jest zmienna losowa, która przyjmuje wartości nieujemne. Uzasadnione jest to tym, że ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter losowy, gdyż nieznane są ubezpieczycielowi i występują losowo następujące zmienne opisujące ryzyko [Ronka-Chmielowiec 1997]:

- wartości szkód,
- liczby szkód,
- momenty czasowe w których występują szkody lub straty.

Jedną z podstawowych operacji ubezpieczyciela, która generuje ryzyko zakładu ubezpieczeń jest kalkulacja składki ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa powinna być ustalona na takim poziomie, aby zapewnić środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń oraz tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej.

Podstawowym instrumentem, który poprawia wypłacalność i stosowanym przez zakłady ubezpieczeń jest reasekuracja bierna [Ronka-Chmielowiec (red.) 2004].

Zakład ubezpieczeń z uwagi na swoją działalność techniczno-ubezpieczeniową powinien zdecydować się na zastosowanie reasekuracji biernej w następujących sytuacjach:

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

W praktyce ubezpieczeniowej oprócz reasekuracji tradycyjnej znajduje coraz częściej zastosowanie **reasekuracja finansowa**, która jest jeszcze bardziej związana z zarządzaniem ryzykiem ubezpieczyciela, gdyż nie tylko transferuje ryzyko ubezpieczeniowe, ale obejmuje swoim działaniem ryzyko finansowe takie jak:

- ryzyko czasu (*timing risk*) uwzględnia zmiany wartości pieniądza w czasie związane z przesuniętymi roszczeniami lub przedwczesną wypłatą szkód, co skutkuje obniżeniem przyszłych zysków z rezerw dla reasekuratora,
- ryzyko oceny (*underwriting risk*) związane z nieprzewidywalnym znacznym wzrostem szkodowości.

Jeszcze bardziej związane z doskonaleniem metod zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela są produkty typu IRM oferowane przez reasekuratorów, tzn. **zintegrowane zarządzanie ryzykiem** (*integrated risk management*) [Małek 2011]. Produkty te charakteryzują się większą elastycznością i efektywnością, gdyż lepiej wpływają na wynik operacyjny zakładu ubezpieczeń niż zawarcie osobno umowy reasekuracji klasycznej i hedgingu finansowego. Wpływają one zatem na stabilizację wartości zakładu ubezpieczeń.

Produkty IRM dotyczą ochrony całego wyniku operacyjnego i obejmują oprócz ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego ryzyko finansowe, takie jak: ryzyko stopy procentowej, ryzyko cen akcji i ryzyko kursu walutowego. Efekty zintegrowanego zarządzania ryzykiem to:

- optymalne pokrycie szkód powstałych po stronie aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń, czyli pełna ochrona struktury bilansu,
- obniżenie ryzyka kapitału, co może zostać wykorzystane w dalszej działalności cedenta [Ronka-Chmielowiec 2007].

2. Nowe regulacje prawne wynikające z Solvency II a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym w zakładzie ubezpieczeń

Jedną z najważniejszych regulacji dla całego europejskiego rynku ubezpieczeń jest dyrektywa ramowa Solvency II. Nowe podejście do wypłacalności zakładów prowadzących działalność ubezpieczeniową lub reasekuracyjną polega na odejściu od ujmowania wypłacalności zakładów jedynie w kontekście ilościowo określonych wymogów kapitałowych. W projekcie kładzie się nacisk na powiązanie wymogów kapitałowych z rzeczywistym ryzykiem, na jakie narażone są te zakłady. Zmiany dotyczą również m.in. systemu zarządzania i procesu nadzorczego oraz określenia obowiązków informacyjnych zakładów ubezpieczeń i reasekuracji.

Obecnie zakłady ubezpieczeń w Polsce funkcjonują zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 2015, art. 229]. Implementacja Dyrektywy Solvency II rozpoczęła się 1 stycznia 2016 roku. Nowe podejście regulacyjne szczególnie kładzie duży nacisk na system zarządzania ryzykiem zakładu ubezpieczeń, który jest mocno związany z nowymi zasadami nadzoru dotyczącymi wypłacalności i szacowaniem stosownego kapitału, który ubezpieczyciel musi posiadać.

System zarządzania ryzykiem obejmuje ryzyka, które należy uwzględnić w obliczeniach kapitałowego wymogu wypłacalności oraz ryzyka, które są uwzględniane jedynie częściowo lub są w tych obliczeniach pomijane.

System zarządzania ryzykiem obejmuje co najmniej:

- ocenę ryzyka przyjmowanego do ubezpieczenia i tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności,
- zarządzanie aktywami i zobowiązaniami,
- lokaty, w szczególności w instrumenty pochodne,
- zarządzanie płynnością i ryzykiem koncentracji,
- zarządzanie ryzykiem operacyjnym,
- reasekurację i inne techniki przenoszenia ryzyka.

Zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji obliczają kapitałowy wymóg wypłacalności co najmniej raz w roku i informują organ nadzoru.

Kapitałowy wymóg wypłacalności pokrywa co najmniej następujące ryzyka:

- **aktuarialne w pozostałych ubezpieczeniach osobowych oraz ubezpieczeniach majątkowych,**
- **aktuarialne w ubezpieczeniach na życie,**
- **aktuarialne w ubezpieczeniach zdrowotnych,**
- rynkowe,
- kredytowe,
- operacyjne.

Stosowane mogą być dwa modele obliczania kapitałowego wymogu wypłacalności: standardowy i wewnętrzny.

Kapitałowy wymóg wypłacalności obliczany według formuły standardowej stanowi sumę:

- podstawowego kapitałowego wymogu wypłacalności,
- wymogu kapitałowego dla ryzyka operacyjnego,
- dostosowania z tytułu zdolności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i odroczonego podatku dochodowego do pokrycia strat.

Podstawowy kapitałowy wymóg wypłacalności składa się co najmniej z następujących modułów ryzyka:

- **aktuarialnego w pozostałych ubezpieczeniach osobowych oraz ubezpieczeniach majątkowych,**
- **aktuarialnego w ubezpieczeniach na życie,**
- **aktuarialnego w ubezpieczeniach zdrowotnych,**
- rynkowego,
- niewykonywania zobowiązania przez kontrahenta [Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 2015].

Jak widać trzy pierwsze moduły ryzyka dotyczą ryzyka ubezpieczeniowego, co wiąże się z doskonaleniem zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym.

Zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji mogą obliczać kapitałowy wymóg wypłacalności przy zastosowaniu pełnego albo częściowego modelu wewnętrznego zatwierdzonego w drodze decyzji przez organ nadzoru. W przypadku stosowania modelu wewnętrznego jeszcze większej wagi nabiera zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym.

Minimalny wymóg kapitałowy zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji jest wyznaczany jako funkcja liniowa zbioru lub podzbioru następujących zmiennych:

- rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności,
- składki przypisanej,
- sumy na ryzyku,
- odroczonego podatku dochodowego,
- kosztów administracyjnych [Ustawa o działalności...].

W ramach zarządzania ryzykiem zakłady ubezpieczeń powinny stosować instrumenty ostrożnościowe, które można przyporządkować poszczególnym modułom ryzyka towarzyszącym tej działalności.

Obecnie przedstawimy wybrane instrumenty ostrożnościowe, które mogą być stosowane w obszarze ryzyka ubezpieczeniowego. Podstawowy cel stosowania tych instrumentów to dywersyfikacja i redukcja koncentracji [Czerwińska 2016].

Współczynniki dywersyfikacji geograficznej ryzyka składki i rezerw
Segmentacja geograficzna oraz czynniki ryzyka dla podmodułów
Macierze zależności dla ryzyka składki i rezerw
Parametry podmodułów i współczynniki zależności dla regionów w odniesieniu do konkretnych rodzajów ryzyka: huraganu, trzęsienia ziemi, powodzi i gradobicia
Wagi ryzyka dla stref ryzyka katastroficznego
Grupy ryzyka odpowiedzialności cywilnej, czynniki ryzyka oraz współczynniki zależności dla podmodułu ryzyka odpowiedzialności cywilnej
Segmentacja zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych oraz odchylenia standardowe podmodułu ryzyka składki i rezerw
Metoda ryzyka składki
Metody ryzyka rezerw
Ustalenie wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jako sumy najlepszego oszacowania i marginesu ryzyka
Najlepsze oszacowanie odpowiada ważonej prawdopobodobieństwem średniej przyszłych przepływów pieniężnych przy uwzględnieniu wartości pieniądza w czasie (oczekiwanej obecnej wartości przyszłych przepływów pieniężnych) przy zastosowaniu odpowiedniej struktury terminowej stopy procentowej wolnej od ryzyka
Margines ryzyka

Tabela 1. Wybrane instrumenty ostrożnościowe dla ryzyka ubezpieczeniowego
Źródło: Czerwińska [2016].

3. Ryzyko ubezpieczeniowe o charakterze osobowym – nowe wyzwania

Ryzyko osobowe może wygenerować straty lub zwiększone potrzeby finansowe pochodzące z takich zdarzeń jak: śmierć człowieka, choroby, następstwa nieszczęśliwych wypadków, inwalidztwo, niezdolność do pracy, utrata pracy, starzenie się, opieka nad dziećmi, opieka nad osobami starszymi i inne.

Ryzyko osobowe może być objęte następującymi ubezpieczeniami: na życie, w tym na wypadek śmierci i dożycie, następstw nieszczęśliwych wypadków, zdrowotne, rentowe, od utraty pracy, od bezrobocia, posagowe, opiekuńcze, o charakterze oszczędnościowym jako uzupełniające w systemie emerytalnym, odpowiedzialności cywilnej za szkody na osobie. Część z tych ubezpieczeń mieści się w obszarze ubezpieczeń społecznych wynikających z polityki społecznej państwa. Jednak ubezpieczenia społeczne często nie gwarantują pełności ochrony ubezpieczeniowej oraz nie obejmują wielu ryzyk osobowych, stąd znajdują tutaj zastosowanie ubezpieczenia gospodarcze, które uzupełniają świadczenia społeczne. Ponadto niektóre ryzyka osobowe mogą być rekompensowane w wyniku realizacji tylko z ubezpieczeń gospodarczych dobrowolnych.

Podstawowym źródłem ryzyka osobowego są procesy demograficzne, które charakteryzują się zmiennością i generują nowe zjawiska, które wymuszają na zakładach ubezpieczeń nowe inne podejście w konstrukcji produktów ubezpieczeniowych klasycznych , jak również nowych ofert. Inne źródła to zmiany obyczajowe o charakterze społecznym i kulturowym oraz zwiększająca się świadomość ubezpieczeniowa i niewystarczające świadczenia pochodzące z ustawowego systemu emerytalnego. Dodatkowo w związku z rozwojem bancassurance w obszarze usług kredytowych pojawia się zapotrzebowanie na usługi ubezpieczeniowe osobowe powiązane z kredytami.

Rozrodczość i umieralność poddane są pewnym prawom natury. Ingerencja człowieka – poprzez rozwój medycyny, przedsięwzięcia sanitarne, poprawę warunków bytu – spowodowała tendencję spadkową umieralności. Ponadto długość życia ludzkiego zależy również od pewnych czynników losowych, takich jak: warunki klimatyczne, uwarunkowania kulturowe, tryb życia, sposób odżywiania i inne. Przyjmuje się zatem, że dobrym modelem opisującym **czas życia ludzkiego jest pewna ciągła zmienna losowa.**

W tabeli 2 przedstawimy jak zmieniał się w Polsce średni czas życia kobiet i mężczyzn. Jak widać proces ten jest dynamiczny i w związku z powyższym zwiększająca się długość życia kobiet i mężczyzn stawia nowe

wyzwania przed instytucją ubezpieczeniową w zakresie zmian w produktach typu ubezpieczenia na życie i dożycie oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych, opiekuńczych i uzupełniających o charakterze emerytalnym (długoterminowych oszczędnościach).

Rok	1955	1970	1985	2000	2015
Kobiety	66,2	73,3	74,8	78	81,6
Mężczyźni	68	66,6	66,5	69,7	73,6

Tabela 2. Średnie trwanie życia kobiet i mężczyzn w Polsce (w latach)
Źródło: GUS (stat.gov.pl., dostęp: 22.08.2016).

Innym obszarem, w którym pojawiły się nowe ryzyka ubezpieczeniowe są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody na osobie. Przyczyniło do tego się przede wszystkim zwiększenie się świadomości społecznej, ale także pośrednio podwyższenie się standardów życia oraz poziomu wykształcenia społeczeństwa.

Tabela 3 pokazuje jak wzrósł udział ubezpieczeń osobowych w porównaniu z majątkowymi we współpracy bankowo-ubezpieczeniowej, co jest też pewnym nowym zjawiskiem dla zakładów ubezpieczeń.

Rok	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Dział I	39,2%	40,8%	46,7%	53,5%	51,6%	51,7%	50,4%
Dział II	9,7%	10,4%	9,2%	7,2%	8,8%	9,1%	8,5%

Tabela 3. Udział bancassurance w sprzedaży ubezpieczeń
Źródło: piu.org.pl (dostęp: 20.08.2016).

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Struktura składki przypisanej brutto wg grup w Dziale I (w %)											
Gr. 1	45,0	38,4	38,6	72,8	63,5	59,7	52,8	53,3	53,3	38,4	38,6
Gr. 2	1,0	0,7	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,7	0,5
Gr. 3	36,6	46,0	46,9	16,1	21,3	25,8	32,4	33,1	33,1	46,0	46,9
Gr. 4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Gr. 5	16,4	14,4	13,6	10,5	14,4	13,6	14,0	12,9	12,9	14,4	13,6

Tabela 4. Zmiany w strukturze ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2005–2015
Źródło: piu.org.pl (dostęp: 23.08.2016).

Tabela 4 ilustruje jak w ostatnich latach zmieniała się struktura sprzedaży grup ubezpieczeń na życie. Widać wyraźnie, że wzrosło zainteresowanie Polaków ubezpieczeniami o charakterze inwestycyjnym, które są długoterminowe i pełnią rolę bardziej oszczędnościową niż ochronną. Wynika to z większej zamożności społeczeństwa i potrzeby uzupełnienia zabezpieczeń emerytalnych. Tutaj wyróżnia się grupa 3, czyli ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ubezpieczenia te proponowane przez wiele zakładów ubezpieczeń na życie są trudne dla zakładów ubezpieczeń i wywołują wiele kontrowersji wśród klientów. Pojawiły się skargi sądowe i do Rzecznika Finansowego na sposób funkcjonowania tych produktów, dotyczące sposobu naliczania prowizji i opłaty likwidacyjnej. Z pewnością w przyszłości zakłady ubezpieczeń będą zmuszone do doskonalenia tych produktów.

4. Ryzyko ubezpieczeniowe o charakterze majątkowym – nowe wyzwania

Ryzyko majątkowe objęte ubezpieczeniami z Działu II jest bardzo zróżnicowane i pochodzi z różnych obszarów działalności człowieka. Tabela 5 ilustruje jak w ostatnich latach kształtowała się struktura sprzedaży w Dziale II, jakie pojawiły się tendencje i zagrożenia.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Struktura składki przypisanej brutto wg rodzajów działalności w Dziale II (w %)											
Gr. 1 i 2	5,7	6,0	6,0	7,5	7,1	7,1	6,6	6,8	6,8	5,7	6,0
Gr. 8 i 9	17,8	17,7	17,7	16,3	17,8	18,3	19,1	19,6	19,6	17,8	17,7
Gr. 3	27,8	25,7	25,7	25,5	23,1	23,1	22,8	21,4	21,4	27,8	25,7
Gr. 10	34,9	34,7	34,7	34,4	33,5	33,1	34,0	34,0	34,0	34,9	34,7
Gr. 4–8, 11 i 12	1,9	1,8	1,8	1,5	1,4	1,2	1,2	1,3	1,3	1,9	1,8
Gr. 13	4,5	5,0	5,0	4,8	5,3	5,5	5,7	6,7	6,7	4,5	5,0
Gr. 14–17	4,5	5,5	5,5	6,6	8,1	8,1	7,1	6,1	6,1	4,5	5,5
Gr. 18	0,6	1,1	0,8	0,9	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	0,6	1,1
Reasekuracja czynna	2,3	2,5	2,8	2,5	2,3	2,2	1,9	2,3	2,3	2,3	2,5

Tabela 5. Zmiany w strukturze ubezpieczeń w Polsce w latach 2005–2015 w Dziale II
Źródło: piu.org.pl (dostęp: 23.08.2016).

W Dziale II struktura portfela była w okresie lat 2005–2015 bardzo stabilna, gdyż trudno zauważyć jakieś znaczące zmiany w udziałach poszczególnych grup produktów. Największe udziały, które łącznie dają ponad 50% w portfelu to grupy 3 i 10, czyli ubezpieczenia komunikacyjne, casco oraz odpowiedzialności cywilnej. W grupie 13, czyli w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej nastąpił wzrost w latach 2012 i 2013, ale potem udział ich spadł, choć w roku 2015 w porównaniu z 2014 znowu wzrósł, co może wykazywać pewną tendencję wzrostową. Ubezpieczenia finansowe reprezentowane przez grupy 14–17 wykazywały wzrost udziału w latach 2009–2011.

Jednak z uwagi na duży rozwój nowych technologii i częściej występujące zjawiska o charakterze katastroficznym przed zakładami ubezpieczeń pojawiają się nowe wyzwania i nowe podejścia do postępowania z ryzykiem ubezpieczeniowym o charakterze majątkowym. Można tutaj wyodrębnić najważniejsze obszary z nimi związane. Są to:

1. Istnienie i funkcjonowanie cyberprzestrzeni;
2. Ataki terrorystyczne;
3. Zwiększenie świadomości społecznej i wyższe standardy życia.

Do głównych zagrożeń związanych z istnieniem cyberprzestrzeni możemy zaliczyć [Grabowska 2015: 112]:

- wyciek danych osobowych lub handlowych,
- zniszczenie danych lub informacji,
- utratę zysku wskutek ataku informatycznego,
- ponoszenie dodatkowych kosztów związanych z odpowiedzią na ataki komputerowe,
- utratę lub naruszenie reputacji,
- cyberwymuszenia,
- cyberterroryzm.

W związku z dość dużym zakresem ewentualnych szkód i rosnącym zainteresowaniem ze strony klientów możliwością ubezpieczenia się od skutków ich występowania pojawiło się pojęcie cyberubezpieczeń.

Inny obszar, który szczególnie dotyka ryzyka majątkowe objęte ubezpieczeniami Działu II to różnego rodzaju katastrofy.

Mówimy, że ryzyko ma cechy katastrofalne jeśli jego realizacja generuje wielkie szkody losowe, które mogą wystąpić:

- w jednym obiekcie,
- w wielu obiektach,

a które mogą być kumulacją bardzo dużej liczby nawet drobnych szkód powstałych w wyniku katastrofy naturalnej lub spowodowanej przez człowieka.

Ryzyko katastrofalne charakteryzuje się następującymi własnościami:
- nie spełniony jest warunek o niezależności występowania szkód,
- prawdopodobieństwo realizacji ryzyka katastrofalnego jest bardzo małe i trudne do oszacowania,
- nie zachodzi warunek powtarzalności jednorodnych szkód, który pozwala korzystać z prawa wielkich liczb, a który jest jedną z cech ubezpieczalności ryzyka,
- szkody powstałe w wyniku realizacji ryzyka katastrofalnego pojawiają się prawie w tym samym czasie.

Stąd jeśli szkody wygenerowane przez ryzyko katastrofalne są ubezpieczone, to realizacja tego ryzyka implikuje konieczność zagwarantowania rekompensaty wielu ubezpieczonym jednocześnie prowadząc do nadzwyczajnych wymagań finansowych w stosunku do nadwyżek zakładu ubezpieczeń, a w przypadku bardzo dużych katastrof odnosi się to do całego sektora ubezpieczeniowego, nawet w skali międzynarodowej. Dla ryzyka katastrofalnego stosowana jest powszechnie reasekuracja.

W przypadku ryzyka katastrofalnego pojawiają się następujące trudności związane z jego oceną i pomiarem:
- nieporównywalność danych opisujących zdarzenia katastrofalne z powodu zmieniającego otoczenia, zmieniającej się wartości ubezpieczonego majątku, przyrostu lub spadku populacji ludzi zamieszkujących zagrożony teren, zmian klimatycznych, zmieniającej się technologii, występującej inflacji i innych,
- mała liczba danych o zdarzeniach katastrofalnych, które występują rzadko i stąd zbyt krótkie historyczne szeregi czasowe, które nie mogą dać pełnej informacji o danym zjawisku katastrofalnym.

W związku z powyższym wskazane jest:
- wykorzystywanie danych z innych dziedzin, szczególnie danych sejsmicznych, meteorologicznych, ekonomicznych i innych do modelowania zdarzeń katastrofalnych,
- wykorzystanie metod symulacyjnych do oceny rozkładów prawdopodobieństw i ich parametrów zmiennych losowych opisujących zdarzenia katastrofalne [Ronka-Chmielowiec 2006].

Podsumowanie

Jak widać z powyższych rozważań zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym charakteryzuje się dużą dynamiką zmian wynikających z nowych regulacji prawnych, które mają zabezpieczyć doskonalsze za-

rządzanie ryzykiem zakładu ubezpieczeń szczególnie w obszarze bezpieczeństwa finansowego ubezpieczyciela i klientów korzystających z usług ubezpieczeniowych. Na współcześnie funkcjonujących rynkach finansowych są to zadania ciągle aktualne i priorytetowe. Jednocześnie dla zakładów ubezpieczeń istotne jest również doskonalenie metod postępowania z ryzykiem ubezpieczeniowym, zwłaszcza z nowymi rodzajami ryzyka, które mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, a które pojawiają się wyniku rozwoju cywilizacyjnego, nowych rozwiązań technologicznych, zmianami kulturowymi, rozwojem medycyny, zwiększoną świadomością i wiedzą współczesnych ludzi. Artykuł jest pewnym wprowadzeniem do dalszych badań, które są to zagadnienia ważne i przyszłościowe.

Bibliografia

Czerwińska T. (2016), *Regulacje mikroostrożnościowe sektora ubezpieczeniowego*, [w:] T. Czerwińska, K. Jajuga (red.), *Ryzyko instytucji finansowych. Współczesne trendy i wyzwania,* Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa.

Grabowska T. (2015), *Cyberprzestępczość w dziedzinie finansów – ryzyka cybernetyczne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", z. 18 (1).

Małek A. (2011), *Reasekuracja, Klasyczne i alternatywne metody transferu ryzyka ubezpieczeniowego*, Poltext, Warszawa.

Ronka-Chmielowiec W. (1997), *Ryzyko w ubezpieczeniach – metody oceny*, Wydawnictwo AE Wrocław.

Ronka-Chmielowiec W. (red.) (2004), *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa–Wrocław.

Ronka-Chmielowiec W. (2007), *Zarządzanie ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń*, [w:] K. Jajuga (red.), *Zarządzanie ryzykiem,* Wydawnictwo PWN, Warszawa.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 25 października 2015 r. (Dz.U. z dnia 10 listopada 2015 r., poz. 1844).

RYZYKO UBEZPIECZENIOWE – WSPÓŁCZESNE WYZWANIA DLA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej ma szczególne znaczenie, gdyż związane jest z celem i przede wszystkim przedmiotem tej działalności.

Najistotniejszym jest ryzyko ubezpieczeniowe, któremu poświęcono rozważania przedstawione w artykule. Przedstawione zostały problemy związane z zarzą-

dzaniem ryzykiem ubezpieczeniowym przez zakłady ubezpieczeń. Z uwagi na fakt, że ryzyko ubezpieczeniowe charakteryzuje się dynamiką zmian wynikającą ze zmieniającego się otoczenia prawnego i ekonomicznego pochodzącego z różnych obszarów zmieniającego się rynku takich jak nowe technologie, nowe usługi finansowe, innowacyjność, zmiany społeczne i demograficzne oraz zmieniające się przepisy prawa o charakterze regulacyjnym, to w artykule zaprezentowane zostały dwa obszary zagadnień, które są pewnymi wyzwaniami dla zakładów ubezpieczeń. Pierwszy obszar dotyczy zmian o charakterze regulacyjno-prawnym, aktualnie związanych z implementacją Solvency II, które zakłady ubezpieczeń muszą przestrzegać oraz drugi obszar to nowe ryzyka ubezpieczeniowe, które ubezpieczyciele muszą rozeznać i skonstruować nowe odpowiednie produkty. W drugim obszarze oddzielnie zostały scharakteryzowane nowe wyzwania i problemy dla ryzyka ubezpieczeniowego osobowego i majątkowego, ponieważ każda z tych kategorii ryzyka ma inną specyfikę.
Słowa kluczowe: ryzyko ubezpieczeniowe, ryzyko osobowe, ryzyko majątkowe, zarządzanie ryzykiem, reasekuracja, ryzyko aktuarialne, ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia zdrowotne.

INSURANCE RISKS – PRESENT-DAY CHALLENGES IN INSURANCE INDUSTRY

Risk in the Insurance Business is of paramount importance since it is directly related to the aim, and first of all to the subject of the business activity in question. The most important, however, is the insurance risk which is dealt with in the present paper. We present the problems connected with the insurance risk management implemented by insurance companies. Given the fact that insurance risk is characterized by change dynamics resulting from the forever changing legal and economic environment, whose changes come from various areas of the market which never remains the same due to still newer technologies, novel financial services, innovativeness, social and demographic changes and legal regulations in business being changed almost on a daily basis, in the present paper we discuss two sets of issues which pose certain challenges to insurance companies. The first one concerns changes which are of legal and regulatory character currently binding and connected with the implementation of Solvency II which insurers must observe, and the second area which deals with new insurance risks which must be recognized by the insurers and relevant new products must be constructed. In this second area, new challenges and problems vis-à-vis personal and property insurance risk are described separately, for each of these risk categories has its own peculiar character.
Keywords: insurance risk, personal risk, property risk, risk management, reassurance, aktuarial risk, life insurance, health insurance.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.10

PRZYCZYNEK DO DYSKUSJI NAD SKUTKAMI WDROŻENIA ZASADY RÓWNEGO TRAKTOWANIA MĘŻCZYZN I KOBIET W ZAKRESIE DOSTĘPU DO USŁUG UBEZPIECZENIOWYCH[1]

Wanda Sułkowska
prof. dr hab., Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń,
UEK w Krakowie

Wprowadzenie

Przewidywane przez analityków rynku ubezpieczeń konsekwencje implementacji do prawa krajowego Dyrektywy Rady 2004/113/WE wprowadzającej w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług skutkować miały istotnym wzrostem składek i świadczeń ubezpieczeniowych w tych obszarach polskiego rynku ubezpieczeń gdzie dotąd płeć stanowiła istotny czynnik oceny ryzyka. Tymczasem z danych corocznie publikowanych w Raportach KNF trudno znaleźć potwierdzenie tych obaw.

1. Kwestia równego traktowania w prawie UE ze względu na płeć

Dyrektywa Rady 2004/113/WE z dnia 13.12.2014 roku wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania kobiet i mężczyzn w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług

1 Zrealizowano ze środków przyznanych na BS nr 025/WF-KZRU/01/2016/6025.

[Dz.Urz. UE L 2004.373.37] ma na celu rozszerzenie zasady równego traktowania poza sferę rynku pracy i życia zawodowego na inne dziedziny życia codziennego. Dyrektywa ta weszła w życie w dniu 21 grudnia 2004 r., a jej przepisy powinny były zostać wprowadzone do prawa krajów UE najpóźniej z dniem 21 grudnia 2007 r. Należy podkreślić, że Dyrektywa ustanowiła jedynie minimalne wymagania, aby umożliwić krajom UE utrzymanie lub wprowadzenie wyższego albo bardziej rozległego poziomu ochrony.

W odniesieniu do ubezpieczeń w art. 5 ust. 1 Dyrektywy przyjęto zapis, że *...we wszystkich nowych umowach zawartych najpóźniej po 21 grudnia 2007 r. użycie płci jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń do celów ubezpieczenia i związanych usług finansowych nie powoduje różnic w składkach i odszkodowaniach poszczególnych osób.* Jednak w ust. 2 powyższego artykułu stwierdzono, że kraje UE mogą nie stosować tego zakazu w przypadkach, w których użycie płci jest czynnikiem decydującym w ocenie ryzyka opartego na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych. Korzystając z tego przepisu kraje UE w aktach prawa implementujących Dyrektywę nie wprowadziły wymogu eliminacji czynnika płci w kalkulacjach składek i świadczeń ubezpieczeniowych, tym samym dopuszczając w tym zakresie możliwość stosowania nadal wcześniejszych zasad. Jednakże sytuacja uległa istotnej zmianie po tzw. wyroku *Test-Achats*, gdy 1 marca 2011 roku Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (ETS) wydał wyrok w sprawie C-236/09. Sprawa, którą rozstrzygał ETS dotyczyła stwierdzenia nieważności ustawy, która przenosiła do belgijskiego systemu prawnego uregulowania Dyrektywy Rady 2004/113/WE [www1].

W powyższym wyroku Trybunał zakwestionował zgodność art. 5 ust. 2 Dyrektywy Rady 2004/113/WE z ustanowioną w prawodawstwie wspólnotowym zasadą równego traktowania kobiet i mężczyzn. W konsekwencji przeprowadzonej analizy Trybunał powołał się na regulacje art. 6 Traktatu o Unii Europejskiej, zgodnie z którym Unia uznaje prawa, wolności i zasady określone w *Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 r.* [Dz.U. L 373 z 21.12.2004], w której zakazano (art. 21 i 23) dyskryminacji opartej na płci i polecono dążenie do zapewnienia równości mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach. Trybunał uznał art. 5 ust. 2 Dyrektywy za nieważny ze skutkiem od dnia 21 grudnia 2012 r., w orzeczeniu w sprawie *Test-Achats* (C-236/09) i stwierdził nieważność zapisu o możliwości odstępstwa od zasady równego traktowania, który pozwalał ubezpieczycielom na rożne traktowanie mężczyzn i kobiet w odniesieniu do składek i świadczeń ubezpieczeniowych, ze skutkiem od dnia 21 grudnia 2012 r.

ETS uznał więc, że stosowanie różnych kryteriów przy obliczaniu składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do kobiet i mężczyzn, tylko w aspekcie różnicy płci, jest dyskryminacją i stoi w sprzeczności z równym traktowaniem płci. Niezależnie od sprzecznych poglądów wyrok jest faktem, a zakaz stosowania rozróżnień w tym zakresie powinien być przestrzegany przez ubezpieczycieli [Krukowska, *Dyskryminacja...*].

W rezultacie unieważnienia przepisu art. 5 ust. 2 Dyrektywy Rady 2004/113/WE, wszystkie państwa członkowskie UE miały obowiązek zmiany regulacji krajowych przyjętych na podstawie tego przepisu. W dokumencie Komisji Europejskiej nr 2012/C11/01 z dnia 13 stycznia 2012 roku *Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy rady 2004/113/we w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie c-236/09 (Test-Achats*) [Dz.Urz. UE C Nr 11: 1] została wprowadzona generalna zasada, zgodnie z którą począwszy od dnia 21 grudnia 2012 r. zasada równości płci przewidziana w art. 5 ust. 1 Dyrektywy musi być stosowana bez żadnych wyjątków do obliczania składek i świadczeń poszczególnych osób w nowych umowach.

Bezwzględne stosowanie zasady niedyskryminowania ze względu na płeć dotyczy więc kalkulowania składek i świadczeń, jednak w innych obszarach szeroko pojętej działalności ubezpieczeniowej i działaniach z nią związanych czynnik płci może być nadal wykorzystywany w zakresie wynikającym z przepisów Wytycznych Komisji UE. W pkt. 14 *Wytycznych* ... stwierdzono, że ogólne użycie płci jako czynnika oceny ryzyka jest dozwolone na poziomie zagregowanym, pod warunkiem, że nie wywołuje różnic na poziomie ubezpieczonych. Między innymi, zgodnie z tym artykułem, nadal można pozyskiwać, przechowywać informacje związane z płcią czy też użyć czynnik płci do określonych celów. *Ubezpieczyciele są nadal uprawnieni do wykorzystywania takich danych w celu ustalenia wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych zgodnie z przepisami dotyczącymi wypłacalności oraz do monitorowania produktów ubezpieczeniowych z perspektywy wyceny ogólnej* [Więcko-Tułowiecka 2012]. Komisja Europejska dopuszcza także stosowanie czynnika płci w umowach reasekuracyjnych, w tym w ustalaniu składek z tytułu takich umów. *Użycie kryterium płci do wyceny tych produktów nadal jest możliwe, jeśli nie prowadzi do różnicowania poszczególnych ubezpieczonych ze względu na płeć* [*Wytyczne dotyczące stosowania...*, art. 14].

2. Ochrona przed dyskryminacją w Konstytucji RP oraz implementacja do prawa krajowego Dyrektyw Wspólnot Europejskich (z tego zakresu) obejmujących te zagadnienia

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. w art. 32 ust. 1 i 2 stanowi, że *Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.* Ponadto ustawodawca odniósł się bezpośrednio do kwestii równouprawnienia płci, stanowiąc w art. 33 ust. 1 i 2 Konstytucji, że *Kobieta i mężczyzna w Rzeczypospolitej Polskiej mają równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym.*

Powyższe normy konstytucyjne zostały uszczegółowione i wzmocnione przepisami Ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania [Dz.U. 2010, nr 254 poz. 1700][2]. W ten sposób zostało wdrożonych w Polsce 5 dyrektyw Wspólnot Europejskich[3]. Ustawa powyższa, w formie katalogu zamkniętego, określa obszary i sposoby przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek

2 Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku; zwana jest potocznie ustawą równościową.

3 Są to dyrektywy: 1) Dyrektywa Rady 86/613/EWG z dnia 11 grudnia 1986 r. w sprawie stosowania zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn pracujących na własny rachunek, w tym w rolnictwie, oraz w sprawie ochrony kobiet pracujących na własny rachunek w okresie ciąży i macierzyństwa (Dz.Urz. WE L 359 z 19.12.1986: 56; Dz.Urz. UE polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1: 330); 2) Dyrektywa Rady 2000/43/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne (Dz.Urz. WE L 180 z 19.07.2000: 22; Dz.Urz. UE polskie wydanie specjalne, rozdz. 20, t. 1: 23); 3) Dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy (Dz.Urz. WE L 303 z 02.12.2000: 16; Dz.Urz. UE polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4: 79); 4) Dyrektywa Rady 2004/113/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług (Dz.Urz. UE L 373 z 21.12.2004: 37); 5) Dyrektywa 2006/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie wprowadzenia w życie zasady równości szans oraz równego traktowania kobiet i mężczyzn w dziedzinie zatrudnienia i pracy (wersja przeredagowana) (Dz.Urz. UE L 204 z 26.07.2006: 23).

lub orientację seksualną. Instytucjami, którym w art. 18 omawianej ustawy powierzono zadania dotyczące realizacji zasady równego traktowania są Rzecznik Praw Obywatelskich[4], Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2008 r...] oraz Pełnomocnik Rządu do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego[5]. Drugim podstawowym aktem prawnym implementującym dyrektywy antydyskryminacyjne do polskiego porządku prawnego jest Kodeks pracy (Kp) [Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r...]. Dostosowywanie polskiego Kodeksu pracy do wymogów prawa unijnego realizowane było w ramach kilku nowelizacji Kp.

3. Problem równego traktowania w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Art. 5 ust. 1 dyrektywy zakazujący różnicowania składek i świadczeń ubezpieczeniowych ze względu na płeć nie został wprowadzony do polskiego prawa ubezpieczeniowego w postulowanym brzmieniu. Natomiast polski ustawodawca, w roku 2009 w ustawie o działalności ubezpieczeniowej[6] wprowadził dodatkowy art. 18a, określający warunki dopuszczające stosowanie kryterium płci w ocenie ryzyka i różnicowania składek i świadczeń.

Wobec decyzji podjętych przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w dniu 1 marca 2011 r. w sprawie *Test-Achats* od 21 grudnia 2012 r. obowiązują przepisy, które nie pozwalają na różnicowanie składki ubez-

4 W Polsce urząd Rzecznika Praw Obywatelskich rozpoczął działalność w 1988 r. Ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich została uchwalona 15 lipca 1987 r. (Dz.U. nr 21, poz. 123 – tekst jednolity uwzględniający zmiany dokonane w niej po zmianie ustroju, w tym po uchwaleniu nowej Konstytucji – Dz.U. 2001, nr 14, poz. 147). Instytucja RPO jest umocowana w Konstytucji z 1997 r. (art. 80 oraz 208–212), w odrębnym podrozdziale IX rozdziału – Organy Kontroli Państwowej i Ochrony Prawa.

5 Od 8 stycznia 2016 Urząd Pełnomocnika Rządu do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego i Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania pełni jedna osoba; [www2].

6 Ustawa z dnia 13 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2009, nr 42, poz. 341, która weszła w życie 18.06.2009 r.

pieczeniowej ze względu na płeć. Tak więc i w prawie krajowym konieczne było wprowadzenie stosownych zmian. Ustawą z dnia 14.12.2012 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej [Dz.U. 2013, poz. 53] nadano art. 18a nowe brzmienie: *Zastosowanie przez zakład ubezpieczeń kryterium płci w kalkulowaniu składek ubezpieczeniowych i świadczeń nie może prowadzić do różnicowania składek ubezpieczeniowych i świadczeń poszczególnych osób.* Przepis dostosowujący polskie prawo do decyzji podjętych przez ETS został wprowadzony ustawą z dnia 14 grudnia 2012 roku i ogłoszony 14 stycznia 2013 roku, a formalnie wszedł w życie 28 stycznia 2013 r. W tej sytuacji zakłady ubezpieczeń w okresie od 21 grudnia 2012 r. do 27 stycznia 2013 r. nie miały prawnego obowiązku zmiany dotychczasowych zasad obliczania składek i świadczeń, a zatem były uprawnione do stosowania kryterium płci.

Obowiązująca od 1 stycznia 2016 r. ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U. z dnia 10 listopada 2015 r., poz. 1844], której wprowadzenie wynikało z konieczności implementowania do krajowego porządku prawnego przepisów Dyrektywy 2009/138/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Wypłacalność II (ang. *Solvency II*) [Dz.Urz. UE L 335 z 17.12.2009: 1] zawiera również regulacje przyjęte w art. 18a w nowelizacji z dnia 14 grudnia 2012 roku oraz w art. 18b wprowadzone w ramach nowelizacji w roku 2009, które są zapisane w obecnej ustawie w art. 34 ust. 1 i 2.

4. Rynkowe konsekwencje zmian ustawowych w zakresie równego traktowania

W zgodnym przekonaniu uczestników rynku ubezpieczeniowego konsekwencją zrównania płci w dziedzinie ubezpieczeń powinien być wzrost składek dla tych osób, które charakteryzowały się mniejszym ryzykiem, a więc w ubezpieczeniu na życie (z wyjątkiem ubezpieczeń rentowych [Stroiński 2014: 26]) kobiet, gdyż ich niższe ryzyko śmierci, związane z płcią, nie może już być brane pod uwagę przy określaniu składki ubezpieczeniowej.

Wobec niemożności uwzględnienia czynnika płci w ocenie ryzyka przewidywano, że zmienione zasady spowodują istotne konsekwencje zarówno dla ubezpieczonych jak i dla ubezpieczycieli. W przypadku

ubezpieczających zmiany miały dotyczyć wysokości składki i świadczeń. Konsekwencje w działaniach ubezpieczycieli wynikają z nowego spojrzenia na ryzyko i sposobów oceny tegoż ryzyka. W przypadku bowiem, gdy nie uwzględnia się płci traktowanej wcześniej jako jeden z podstawowych czynników ryzyka, to trzeba zmienić wagę w tzw. *underwritingu*, innych czynników ryzyka, uwzględnianych przez zakłady ubezpieczeń.

Równocześnie przewidywano, że nastąpi spadek składek dla osób, które charakteryzują się wyższym ryzykiem, a więc mężczyzn [Stroiński 2014: 27 i nast.], tak w *ubezpieczeniach na życie,* tzn. w grupie 1 Działu I, jak i w grupie 3 tego działu, obejmującej *Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe* [Załącznik do ustawy z dnia 11 września 2015 r...].

Ten pogląd znajdował również potwierdzenie w opublikowanych w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, (13.1.2012.) *wytycznych dotyczących stosowania Dyrektywy Rady 2004/113/WE w odniesieniu do ubezpieczeń w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09,* gdzie płeć zgłaszana jest jako istotny dotąd czynnik w ocenie ryzyka. Z ocen zawartych w tabeli 1 sporządzonej w oparciu o dane zawarte w załączniku 3 do *Wytycznych dotyczących stosowania dyrektywy rady 2004/113/we w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (Test-Achats)*. wynika, że w przypadku połowy poddanych ocenie rodzajów ubezpieczeń 50% lub więcej wszystkich badanych stowarzyszeń branżowych, stowarzyszeń aktuarialnych, właściwych władz i organów do spraw równości uważa, że płeć jest często uwzględniana w ocenie ryzyka, a w przypadku 4 z pozostałych sześciu ubezpieczeń, w opinii 10 do 50% wszystkich badanych, używana jest czasem. Opinia, że płeć stosowana jest często jako czynnik ryzyka, dotyczy prywatnych ubezpieczeń, ubezpieczeń na wypadek poważnej choroby, ubezpieczeń na wypadek niepełnosprawności/utraty dochodu, ubezpieczeń na życie, produktów rentowych oraz ubezpieczeń pojazdów.

Jak już wyżej powiedziano, w odniesieniu do wszystkich oferowanych obecnie na polskim rynku ubezpieczeniowym produktów w analizie ryzyka winien być respektowany wyrok ETS, a konsekwencją są zmiany w sposobie wyliczania składek ubezpieczeniowych nie tylko *w ubezpieczeniach na życie* (Dz. I, gr. 1) oraz *w ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym...*, (Dz. I, gr. 3) lecz również w ubezpieczeniach komunikacyjnych, (Dz. II, gr. 3.1 oraz gr. 10), w których to grupach produktowych czynnik płci wcześniej był powszechnie szeroko stosowany.

Kategoria produktu	Czynniki		
	płeć	wiek	niepełnosprawność
Prywatne ubezpieczenia	++	++	+
Ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby	++	++	+
Ubezpieczenie na wypadek niepełnosprawności/utraty dochodu	++	++	++
Ubezpieczenie na życie	++	++	++
Produkty rentowe	++	++	+
Ubezpieczenie pojazdu	++	++	+
Ubezpieczenie podróżne	+	++	+
Ubezpieczenie od wypadku	+	+	+
Ubezpieczenie opieki długotrwałej	+	+	+
Ubezpieczenie kredytu/ochrona spłat	+	+	+
Ubezpieczenie domu	o	+	o
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	o	+	o

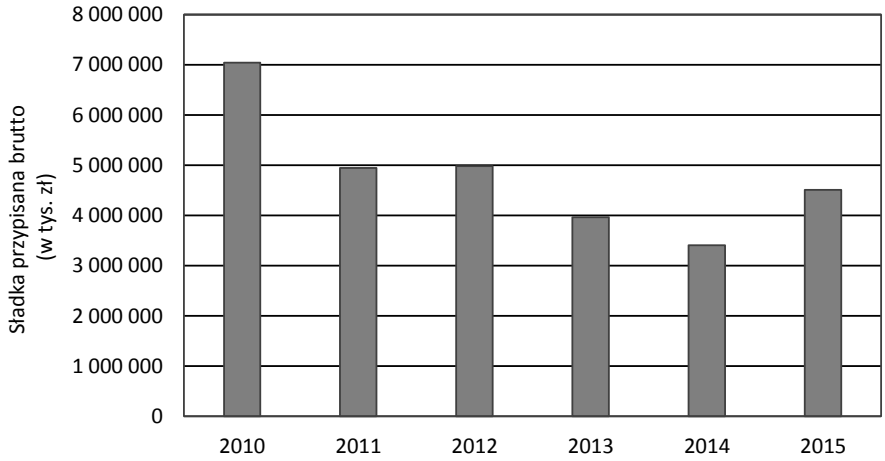
++ zgłaszany jako często używany (przez 50% lub więcej wszystkich badanych stowarzyszeń branżowych, stowarzyszeń aktuarialnych, właściwych władz i organów do spraw równości)
+ zgłaszany jako czasem używany (przez 10 do 50% wszystkich badanych stowarzyszeń branżowych, stowarzyszeń aktuarialnych, właściwych władz i organów do spraw równości)
o zgłaszany jako rzadko używany (przez mniej niż 10% wszystkich badanych stowarzyszeń branżowych, stowarzyszeń aktuarialnych, właściwych władz i organów do spraw równości).

W przypadku gdy częstotliwość zgłoszonego użycia doprowadziła do różnic między trzema grupami, na których oparto ocenę (tj.: stowarzyszeń branżowych/stowarzyszeń aktuarialnych/właściwych władz i organów do spraw równości); ocena w tabeli przedstawia wyniki z dwóch grup w tej samej kategorii. Kategorie produktu mogą obejmować szeroką gamę różnych typów produktów oferowanych na rynku. W tabeli nie uwzględniono produktów wiązanych np. połączenia rachunku bieżącego z produktem ubezpieczeniowym.

Tabela 1. Zgłoszone użycie czynników do oceny ryzyka wg produktu (na podstawie częstotliwości zgłoszonego użycia przez zainteresowane podmioty)
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy rady 2004/113/we w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (Test-Achats) (nr 2012/c11/01)* z dnia 13 stycznia 2012 r. (Dz.Urz. UE C Nr 11: 1).

Ocena *a posteriori* na ile powyższe przewidywania znalazły odzwierciedlenie w wynikach rynku ubezpieczeniowego możliwa jest zatem wyłącznie w oparciu o dane ogólnodostępne, których zmiany w czasie odzwierciedlają jednak wpływ wszystkich istotnych czynników je determinujących, a nie tylko związanych z analizowaną problematyką, a rozdzielenie wywołanych przez nie efektów jest niemożliwe. Pozostaje zatem jedynie możliwość pośredniego wnioskowania z danych ogólnych przedstawionych na rysunkach 1–3, dotyczących trzech wybranych

grup ubezpieczeń, jak można przyjąć, najbardziej narażonych na konsekwencje braku możliwości różnicowania ryzyka ze względu na płeć, tj. ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń komunikacyjnych: AC – grupa 3 Działu II i OC – grupa 10 Działu II, z uwzględnieniem wyłącznie umów indywidualnych.



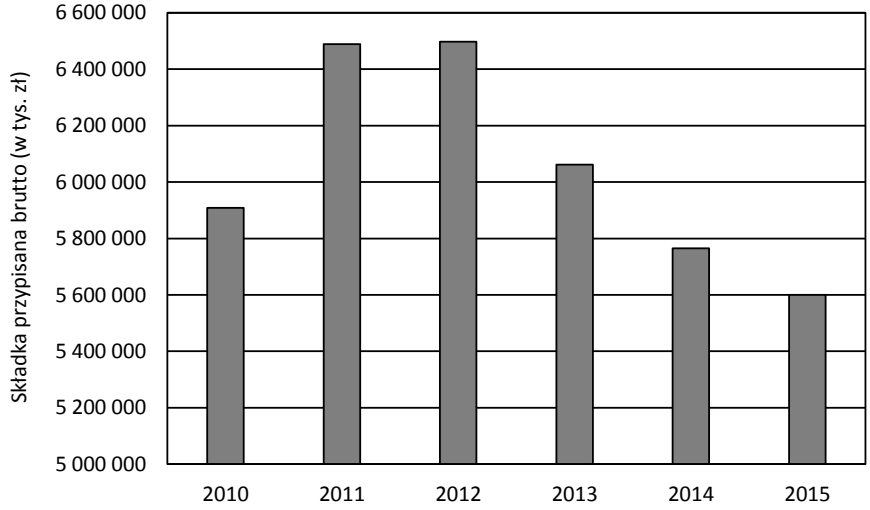
Rysunek 1. Składka przypisana brutto z tytułu umów indywidualnych w Dz. I, grupie 1, w latach 2010–2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych za lata 2010–2013 wg *Sprawozdań statystycznych KNF,* dane za lata 2014 i 2015 wg *Raportu GUS Polski rynek ubezpieczeniowy 2015* http://www.beinsured.pl/analizy-i-raporty/gus-spadek-wynikow-finansowych-na-polskim-rynku-ubezpieczen-w-2015-r-,248.html (dostęp: 15.01.2017).

We wszystkich analizowanych przypadkach zmiany składki przypisanej brutto z umów indywidualnych nie potwierdzają przewidywań, że konsekwencją zrównania ryzyka płci w dziedzinie ubezpieczeń będzie wzrost składek ogółem. Wręcz odwrotnie, w dwóch kolejnych latach po wejściu w życie zakazu różnicowania składek ubezpieczeniowych i świadczeń poszczególnych osób wg kryterium płci, tj. w roku 2013 i 2014 w każdej z ww. grup ubezpieczeń nastąpiło znaczące obniżenie składki przypisanej brutto.

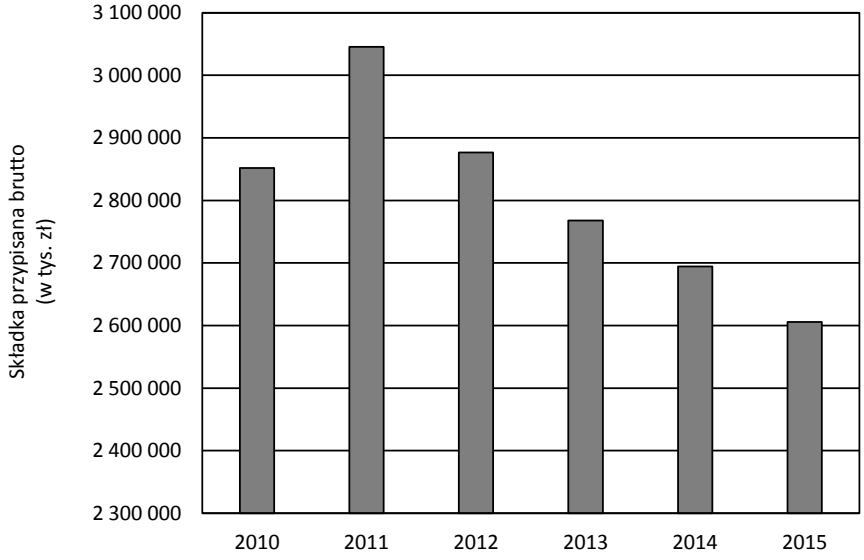
W przypadku ubezpieczeń na życie, grupa 1 Dział I, wg opinii ekspertów głównymi przyczynami obniżenia sumy składek przypisanych brutto w latach 2013 i 2014 była zmiana preferencji nowych klientów na rzecz ubezpieczeń nażycie związanych z funduszem kapitałowym i zwiększony popyt na produkty strukturyzowane – grupa 3 Działu I, a także spadek liczby aktywnych i nowych umów o charakterze polisolokat. Czy i w jakim

stopniu trent spadkowy składki przypisanej brutto z ubezpieczeń na życie związany z powyższymi czynnikami został wówczas osłabiony ewentualnym wzrostem składki w związku z nowym podejściem do oceny ryzyka trudno ocenić z braku bardziej szczegółowych danych. Warto zaznaczyć, że dostępne dane publikowane przez KNF i GUS utrudniają szczegółową analizę rynku i uchwycenie różnic w wysokości składki przypisanej brutto z tytułu umów indywidualnych, a tym bardziej uwzględnienie różnic w składkach z umów zawieranych przez mężczyzn i kobiety[7].



Rysunek 2. Składka przypisana brutto z tytułu umów indywidualnych w ramach ubezpieczenia OC wynikającego z posiadania pojazdów mechanicznych w latach 2010–2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych za lata 2010–2013 wg *Sprawozdań statystycznych KNF*, dane za lata 2014 i 2015 wg *Raportu GUS Polski rynek ubezpieczeniowy 2015*, http://www.beinsured.pl/analizy-i-raporty/gus-spadek-wynikow-finansowych-na-polskim-rynku-ubezpieczen-w-2015-r-,248.html (dostęp: 15.01.2017).

7 W *Sprawozdaniach statystycznych* KNF za lata 2014 i 2015 dotyczących ubezpieczeń Działu I brak danych w rozbiciu na grupy 1–4 (dostępne są jedynie dane dla ubezpieczeń dodatkowych – grupy 5), natomiast w Raporcie GUS *Polski rynek ubezpieczeniowy 2015* w danych za lata 2014 i 2015 nie wyodrębniono liczby umów osób fizycznych, natomiast w ramach składki przypisanej brutto wyodrębniono, inaczej niż w latach poprzednich w KNF, składkę sektora gospodarstw domowych, tzw. pozostałych (inne, to sektor gospodarstw domowych: pracodawcy i osoby pracujące na własny rachunek).



Rysunek 3. Składka przypisana brutto z umów indywidualnych w ramach ubezpieczenia casco pojazdów lądowych osób fizycznych w latach 2010–2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych za lata 2010–2013 wg *Sprawozdań statystycznych KNF*, dane za lata 2014 i 2015 wg *Raportu GUS Polski rynek ubezpieczeniowy 2015,* http://www.beinsured.pl/analizy-i-raporty/gus-spadek-wynikow-finansowych-na-polskim-rynku-ubezpieczen-w-2015-r-,248.html (dostęp: 15.01.2017).

W przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych brak jednoznacznych przesłanek dla wyjaśnienia zdecydowanie niższych wartości sumy składek z indywidualnych umów ubezpieczeń AC – grupa 3 Działu II o OC. Można tu wymienić najczęściej eksponowane przyczyny takiego stanu rzeczy, tj. spadek popytu na samochody nowe i z rynku wtórnego lecz o wyższym standardzie i tym samym droższe oraz walkę konkurencyjną na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym stosowanie cen dumpingowych. Z dostępnych danych wynika przy tym, że w analizowanym okresie 2014–2015, przeciętna wartość składek z polis indywidualnych w obu rodzajach ubezpieczeń nie wzrosła, lecz odwrotnie zmalała. Według danych z Raportu Polskiej Izby Ubezpieczeń[8] wartość składki z umów osób fizycznych przypadającej na jedną polisę w grupie 3 (AC) wynosiła 773 zł w 2013 r., w porównaniu z 797 zł w roku 2012, czyli o 3% mniej, a wartość średniej składki z umowy osób fizycznych w grupie 10

8 *Rynek ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce Przegląd danych z lat 2011–2013*, PIU, Warszawa, lipiec 2014. Raport jest bardzo obszerną analizą polskiego runku ubezpieczeń komunikacyjnych na szerokim tle innych krajów UE.

(OC) wynosiła 355 zł w 2013 r., w porównaniu z 378 zł w roku 2012, czyli o 6,2% mniej. Spadek przeciętnej składki w grupie umów z osobami fizycznymi, wbrew oczekiwaniom, wzmocnił jeszcze trend spadkowy w zakresie składki ogółem w ubezpieczeniach komunikacyjnych.

Podsumowanie

W licznych publikacjach w okresie nowelizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej... w związku z wyrokiem ETS oraz wytycznymi do dyrektywy równościowej, tj. na przełomie roku 2012/13, sugerowano możliwość istotnego wzrostu składki ogółem z tytułu ww. ubezpieczeń, jako konsekwencji zrównania składki dla kobiet i mężczyzn na średnim poziomie wyższym od dotychczasowego. Oczywiście, założenie takie przyjmowano bez uwzględnienia ewentualnych zmian innych istotnych determinant wysokości składki ogółem oraz przy domyślnym założeniu, że wzrost cen składek, a w szczególności zdecydowanie wyższych składek dla kobiet, nie wpłynie na liczbę osób decydujących się na zawarcie umowy ubezpieczenia na pogorszonych warunkach finansowych. Brak jednak dostępu do szczegółowych danych z zakresu powyższych zagadnień, gdyż dysponują nimi wyłącznie zakłady ubezpieczeń, a kwestie kalkulacji składek i świadczeń oraz struktura ubezpieczonych należą do pilnie strzeżonych.

Bibliografia

Dyrektywa Rady 2004/113/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług, Dz.Urz. UE L 2004.373.37.

Dyrektywa 2006/54/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie wprowadzenia w życie zasady równości szans oraz równego traktowania kobiet i mężczyzn w dziedzinie zatrudnienia i pracy, Dz.U. UE L 2006.204.23.

Dyrektywa 2009/138/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Wypłacalność II, Dz.Urz. UE L 335 z 17.12.2009.

Informacja dla Instytucji Unii Europejskiej – *Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/EC do umów ubezpieczenia w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie C–236/09 (Test–Achats)*, Dz.U. UE C 2012.11.1.3.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 r.; Dz.U. L 373 z 21.12.2004.
Kodeks pracy – Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Dz.U. 1974, nr 24, poz. 141 z późn. zm.
Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.
Krukowska S., *Dyskryminacja w kalkulacji składek ubezpieczeniowych,* http://www.na-zycie.ubezpieczenie.com.pl/dyskryminacja_w_kalkulacji_skladek_ubezpieczeniowych/50,11473,0.html.
Raport GUS Polski rynek ubezpieczeniowy 2015; http://www.beinsured.pl/analizy-i-raporty/gus-spadek-wynikow-finansowych-na-polskim-rynku-ubezpieczen-w-2015-r-,248.html.
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2008 r. w sprawie Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania; Dz.U., nr 75, poz. 450.
Rynek ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce Przegląd danych z lat 2011–2013, PIU, Warszawa, lipiec 2014.
Stroiński E. (2014), *Gender jako czynnik ryzyka w ubezpieczeniu na życie,* Akademia Finansów i Biznesu Vistula, Warszawa, 2(40).
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjne, Dz.U. z dnia 10 listopada 2015 r., poz. 1844.
Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. 2013, poz. 53.
Ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich, Dz.U., nr 21, poz. 123 – tekst jednolity uwzględniający zmiany dokonane w niej po zmianie ustroju, w tym po uchwaleniu nowej Konstytucji – Dz.U. 2001, nr 14, poz. 147.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.
Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, Dz.U. 2010, nr 254, poz. 1700.
Więcko-Tułowiecka M. (2012), *Dyskryminacja płciowa w ubezpieczeniach – wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/KE w zakresie ubezpieczeń majątkowych i osobowych w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości – sprawa C236/09 (Test-Achats),* „Monitor Ubezpieczeniowy", nr 50.
Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie c-236/09 (Test-Achats) (nr 2012/c11/01) z dnia 13 stycznia 2012 r., Dz.Urz. UE C Nr 11.
Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy rady 2004/113/we w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie c-236/09 (Test-Achats) (nr 2012/c11/01) z dnia 13 stycznia 2012 r., Dz.Urz. UE C Nr 11.
Załącznik do ustawy z dnia 11 września 2015 r. (poz. 1844), Dz.U. 2015, poz. 1844; Dz.U. 2016, poz. 615.
[www1] http://www.lex.pl/czytaj/-/artykul/ets-na-temat-dyskryminacji-w-ubezpieczeniach (dostęp: 7.01.2017).
[www2] https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-kancelarii-prezesa/1147,Witamy-na-stronie-Biuletynu-Informacji-Publicznej-Kancelarii-Prezesa-Rady-Minist.html (dostęp: 15.01.2017).

PRZYCZYNEK DO DYSKUSJI NAD SKUTKAMI WDROŻENIA ZASADY RÓWNEGO TRAKTOWANIA MĘŻCZYZN I KOBIET W ZAKRESIE DOSTĘPU DO USŁUG UBEZPIECZENIOWYCH

Dyrektywa Rady 2004/113/WE wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług (Akta Dyrektywy 2004/113/UE, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej Dz.U. L 373 z 21.12.2004: 37–43) ma na celu zapewnienie równego traktowania mężczyzn i kobiet w celu rozszerzenia zasady równego traktowania poza sferę rynku pracy i życia zawodowego na inne dziedziny życia codziennego. W dyrektywie przyjęto zapis, że zastosowanie w odniesieniu do usług ubezpieczeniowych Dyrektywy Rady 2004/113/WE zabrania użycia płci jako czynnika występującego w kalkulowaniu składek oraz wyliczaniu wysokości świadczeń ubezpieczeniowych w umowach ubezpieczenia zawartych po 21 grudnia 2007 r.
Konsekwencje implementacji do prawa krajowego Dyrektywy Rady 2004/113/WE wprowadzającej w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług w odniesieniu do składek i świadczeń ubezpieczeniowych powinny być odczuwalne w wielu obszarach polskiego rynku ubezpieczeń życiowych i majątkowych.
Słowa kluczowe: dyrektywa Rady Unii Europejskiej, równe traktowanie mężczyzn i kobiet, polski rynek ubezpieczeń życiowych i majątkowych.

CONTRIBUTION TO THE DISCUSSION ON THE EFFECTS OF IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLE OF EQUAL TREATMENT BETWEEN MEN AND WOMEN IN THE ACCESS TO INSURANCE SERVICES

Council Directive 2004/113/EC implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services (Acts of Directive 2004/113 / EU, Official Journal of the European Union OJ L 373 of 21.12. 2004: 37–43) has been designed to ensure extension of equal treatment outside the spheres of the labor market and work environment to areas of everyday activities. The Directive adopts a provision which applies to insurance services and it prohibits the use of sex as a factor in the calculation of premiums and benefits for the purposes of insurance and related financial services concluded after 21 December 2007.
The consequences of the implementation of the principle of equal treatment between men and women in the access to goods and services in respect of insurance premiums and benefits should be noticeable in many areas of the Polish market of life insurance and property insurance.
Keywords: The council directive of the EU, equal treatment for men and women, the Polish market of life insurance and property insurance.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.11

UBEZPIECZENIE JAKO FORMA ZABEZPIECZENIA KREDYTU

Agata Szczukocka
dr hab. prof. nadzw. UŁ, Katedra Metod Statystycznych,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Podstawą działalności banku jest osiąganie zysku, a jednym ze sposobów uzyskiwania dochodów jest udzielanie kredytów. Kredyt tak jak każda działalność człowieka jest obarczony ryzykiem. W celu minimalizacji tego ryzyka banki stosują różne formy zabezpieczeń. Jedną z metod zabezpieczenia spłaty kredytu jest ubezpieczenie. Istnieje możliwość ubezpieczenia od utraty pracy, zdrowia czy śmierci. Zadaniem ubezpieczenia jest ułatwienie spłaty rat lub całości kredytu w sytuacji zajścia nieprzewidzianych zdarzeń. Celem artykułu jest analiza sytuacji na rynku kredytowym i zwrócenie uwagi na jedną z form zabezpieczenia spłaty kredytów jaką jest ubezpieczenie. Do analiz zostały wykorzystane dane Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego oraz Głównego Urzędu Statystycznego.

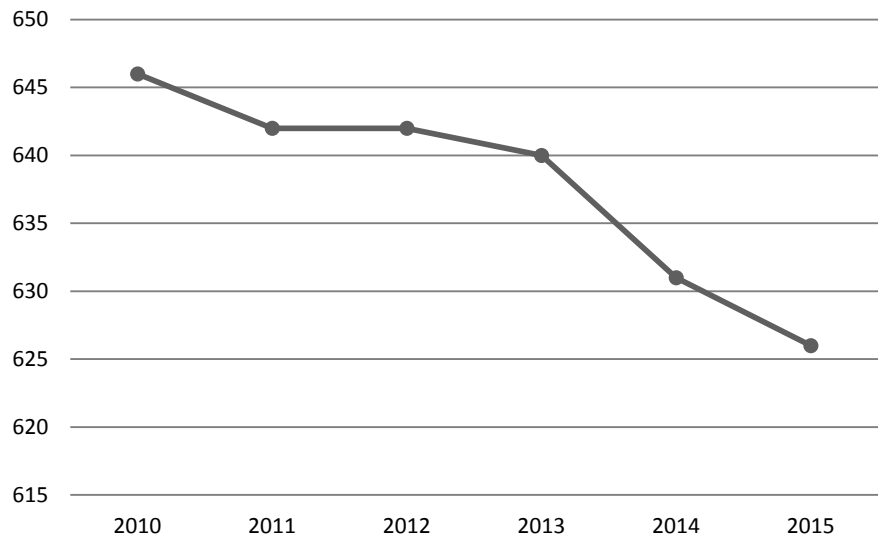
1. Analiza rynku kredytowego w Polsce

Zgodnie z artykułem 69 prawa bankowego przez umowę kredytu bank zobowiązuje się oddać do dyspozycji kredytobiorcy na czas oznaczony w umowie kwotę środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie, zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu. Umowa kredytowa m.in. powinna zawierać sposób spłaty kredytu. W 2015 roku w Polsce działalność bankową prowa-

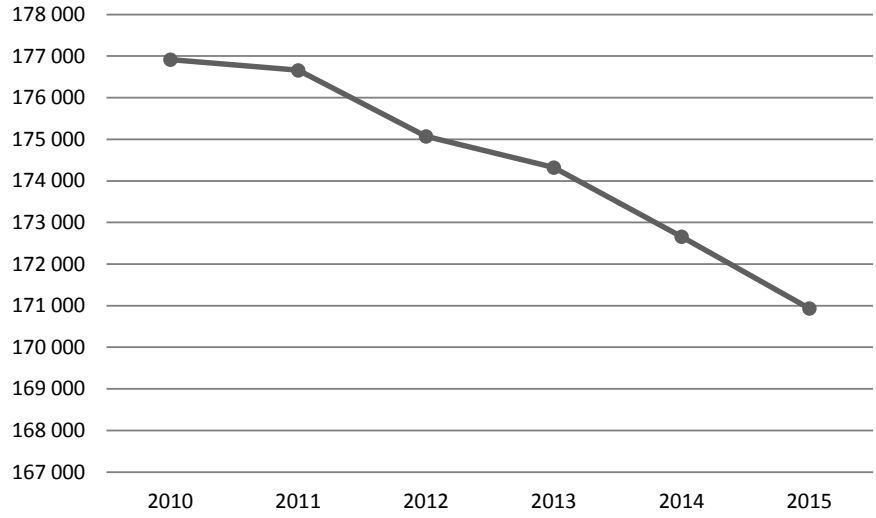
dziło 626 podmiotów, w porównaniu z rokiem 2010 nastąpił 3% spadek, niemniej jednak analizując kolejne lata możemy mówić o pewnej stabilności sektora bankowego. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku zatrudnionych w instytucjach bankowych – tu także miał miejsce około 3% spadek. Wzrosła natomiast liczba oddziałów instytucji kredytowych.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba podmiotów prowadzących działalność bankową	646	642	642	640	631	626
– banki komercyjne	49	47	45	41	38	38
– oddziały instytucji kredytowych	21	21	25	28	28	27
– banki spółdzielcze	576	574	572	571	565	561
Zatrudnienie w instytucjach bankowych	176 916	176 658	175 071	174 321	172 659	170 935

Tabela 1. Liczba podmiotów i zatrudnienia w sektorze bankowym w latach 2010–2015
Źródło: *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.



Rysunek 1. Liczba podmiotów prowadzących działalność bankową w latach 2010–2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.



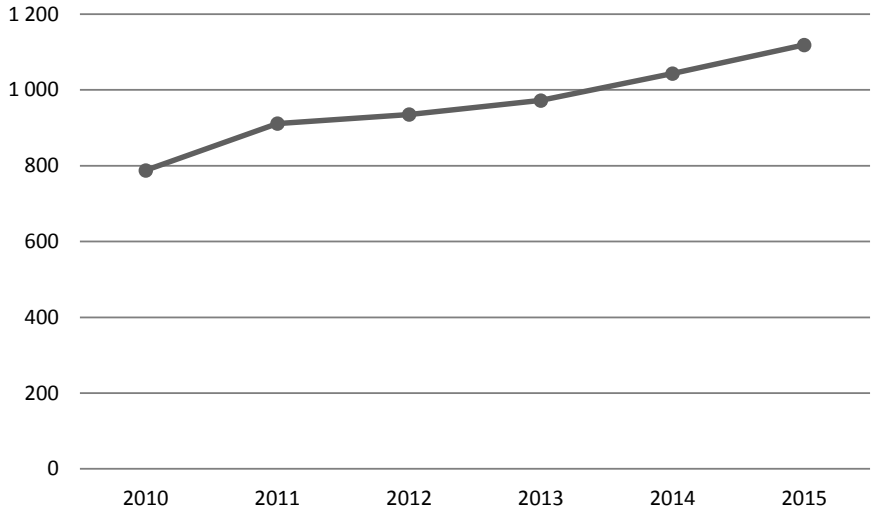
Rysunek 2. Zatrudnienie w instytucjach bankowych w latach 2010–2015
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

Wyszczególnienie	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	15/10
Kredyty ogółem	115,7	102,6	103,9	107,3	107,2	142
1. Sektor finansowy	101,2	127,1	125,9	132,2	112,3	240
2. Sektor niefinansowy	114,6	101,2	103,4	106,9	107,4	138
– gospodarstwa domowe	111,9	100,2	104,0	106,2	106,7	132
– przedsiębiorstwa	120,4	102,9	102,1	108,2	108,8	149
– instytucje niekomercyjne	123,5	116,7	108,2	105,7	107,1	176
3. Sektor budżetowy	133,8	108,5	100,9	100,3	102,4	150
wg waluty: – złote	113,1	109,0	105,7	108,3	107,9	152
– waluty	121,4	90,0	99,6	105,0	105,4	120

Tabela 2. Dynamika portfela kredytowego
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015.*

W roku 2015 w porównaniu z rokiem 2010 nastąpił znaczny wzrost zapotrzebowania na kredyty (por tab. 2) zarówno w przypadku kredytów dla gospodarstw domowych (wzrost o 32%), przedsiębiorstw (wzrost o 49%) jak i instytucji niekomercyjnych (wzrost o 76%). Uwagę zwraca sektor budżetowy, w którym zainteresowanie kredytami w roku 2015 w porównaniu z rokiem 2014 było niewielkie (około 2%), podobna sytua-

cja miała miejsce w latach wcześniejszych (0,3%). Z danych GUS wynika, że w ostatnim czasie przybywa osób młodych obciążonych zaległościami. W Polsce żyje 9 298 873 osób w wieku od 18 do 32 lat, przy czym 523 804 spośród nich posiada zaległości wynoszące łącznie 3,7 mld zł, przy czym pod koniec 2016 roku liczba młodych ludzi z problemami finansowymi zwiększyła się o około 110 tys.



Rysunek 3. Kredyty ogółem
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

W 2015 roku kredyty mieszkaniowe stanowiły 60,7% ogółu kredytów, kredyty konsumpcyjne 22,3%, a 17% przypadało na pozostałe. W przypadku kredytów dla gospodarstw domowych, w roku 2015 obserwujemy wzrost o około 6%, podobnie jak w roku 2014. Porównując sytuację na rynku kredytów mieszkaniowych i konsumpcyjnych, nieco większy wzrost był po stronie kredytów mieszkaniowych (por. tab. 3). Tendencję spadkową obserwujemy wśród kredytów walutowych. Spadek zainteresowania obserwujemy także wśród kredytów samochodowych.

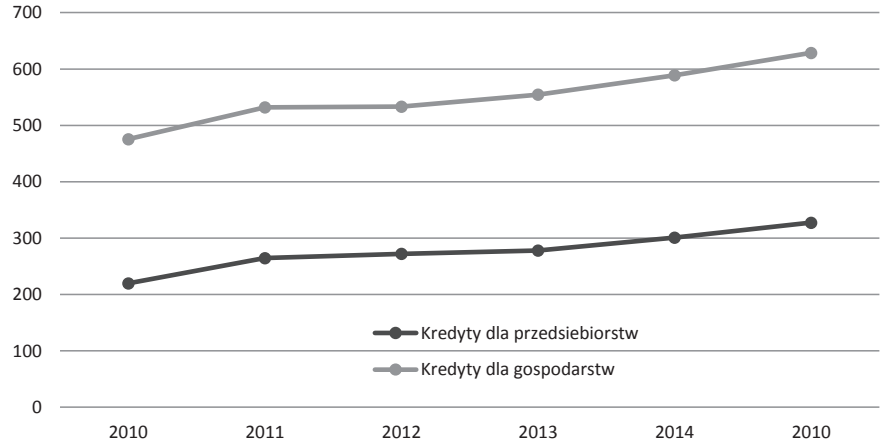
W ostatnich dwóch latach nastąpiło pewnego rodzaju ożywienie na rynku kredytów dla przedsiębiorstw (por. tab. 4). W roku 2015 kredyty dla dużych przedsiębiorstw stanowiły 43% ogółu kredytów, a 57% to kredyty dla MSP. Największym zainteresowaniem cieszyły się kredyty operacyjne oraz inwestycyjne.

Wyszczególnienie	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	15/10
Ogółem	111,9	100,2	104,0	106,2	106,7	132,2
1. Kredyty mieszkaniowe	119,3	100,9	104,3	106,0	107,1	142,5
– złotowe	123,4	118,4	116,4	114,0	111,3	215,9
– walutowe	116,8	90,1	94,6	98,1	102,3	100,0
2. Konsumpcyjne	97,2	94,7	102,4	104,2	106,5	104,5
– karty kredytowe	91,8	93,3	96,8	104,1	103,1	89,1
– samochodowe	88,3	83,8	84,2	87,5	95,2	51,9
– ratalne	98,9	106,5	102,2	104,6	109,6	123,5
– pozostałe	98,2	87,7	105,5	105,2	105,4	100,8
3. Pozostałe	111,9	106,5	105,1	109,5	105,5	144,8
– operacyjne	116,3	114,4	111,3	112,8	108,7	181,5
– inwestycyjne	114,7	100,0	105,6	104,3	104,1	131,5
– nieruchomości	108,6	109,1	105,2	105,9	104,7	138,3
– pozostałe należności	103,4	103,9	94,1	114,8	102,0	118,4
Według waluty – złote	109,2	107,5	109,4	109,9	108,7	153,4
– waluty	116,2	89,5	94,3	98,5	102,2	98,8

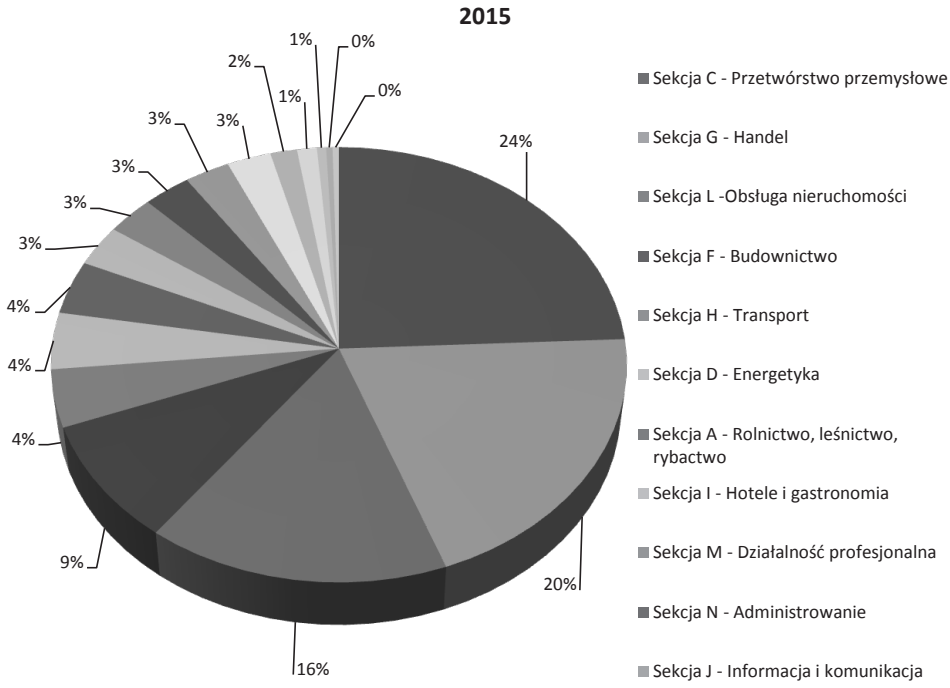
Tabela 3. Dynamika kredytów dla gospodarstw domowych
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

Wyszczególnienie	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	15/10
Ogółem	120,4	102,9	102,1	108,2	108,8	149,0
1. MSP	125,2	103,6	99,5	107,1	106,0	146,5
– operacyjne	124,5	108,3	94,7	106,1	104,8	142,0
– inwestycyjne	134,9	99,4	107,0	105,5	108,	164,2
– nieruchomości	114,0	105,3	97,1	104,7	103,3	126,0
– pozostałe należności	134,0	93,7	102,3	125,0	109,4	175,5
2. Duże przedsiębiorstwa	113,8	101,8	106,1	109,9	112,0	152,3
– operacyjne	108,4	98,3	106,8	99,6	112,8	127,8
– inwestycyjne	361,4	94,2	106,1	117,0	104,9	443,6
– nieruchomości	91,3	109,5	95,7	95,5	159,5	145,7
– pozostałe należności	138,0	131,5	110,8	129,7	110,4	288,0
Według waluty – złote	116,8	108,2	99,6	104,8	107,8	142,3
– waluty	131,1	88,7	110,4	118,	111,3	169,2

Tabela 4. Dynamika kredytów dla przedsiębiorstw
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.



Rysunek 4. Kredyty dla gospodarstw domowych i przedsiębiorstw
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.



Rysunek 5. Struktura branżowa kredytów
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

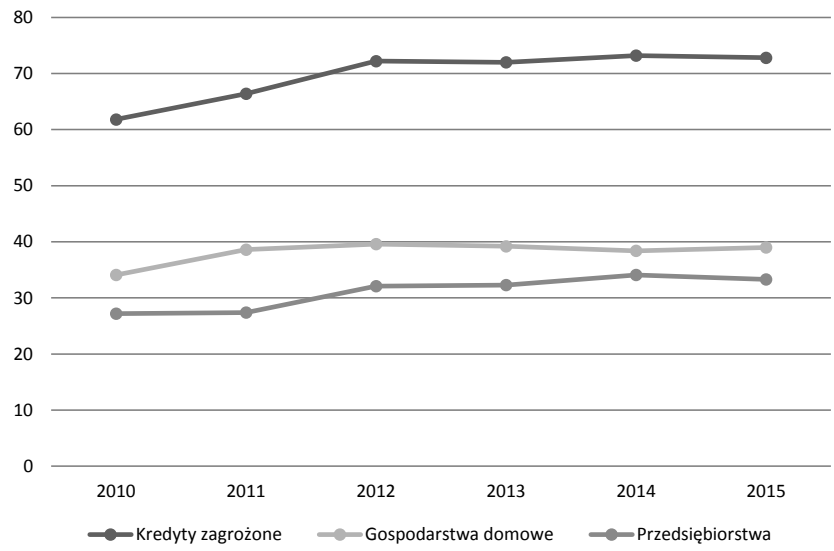
Analizując strukturę udzielanych kredytów pod względem branży zauważamy dominacje kredytów udzielanych przedsiębiorstwom przetwórstwa przemysłowego (sekcja C). Kredyty te stanowią około 24% kredytów sektora usług, następnie kredyty dla handlu, których udział wynosi około 20%, na kolejnych miejscach znajdują się kredyty dla obsługi nieruchomości (16%) i budownictwa (9%). W roku 2015 w porównaniu z rokiem 2011 w większości sekcji nastąpiło duże zainteresowanie kredytami (por. tab. 5).

Wyszczególnienie	12/11	13/12	14/13	15/14	15/11
Sekcja C – Przetwórstwo przemysłowe	97,8	111,2	99,7	113,8	123,5
– spożywczy	103,9	104,4	100,6	114,4	124,8
– chemiczny i farmaceutyczny	105,5	118,8	95,6	108,3	129,7
– metalurgiczny	102,1	105,1	101,9	110,5	120,8
– drzewny i papierniczy	98,6	91,7	101,5	111,9	102,7
– maszynowy	96,7	115,5	95,5	117,2	125,0
– rafinerie i koksownictwo	102,6	157,5	104,8	109,1	184,6
– produkcja sprzętu transportowego	69,1	75,0	104,8	131,8	71,6
– inna produkcja, naprawa maszyn	102,8	140,5	92,3	116,7	155,6
– produkcja cementu, gipsu, szkła	96,3	153,8	105,0	116,7	181,5
– produkcja tekstylna	93,8	120,0	100,0	105,6	118,8
Sekcja G – Handel	103,0	124,9	99,4	108,2	138,3
Sekcja L – Obsługa nieruchomości	99,5	109,0	114,6	103,0	128,1
Sekcja F – Budownictwo	104,4	99,1	86,2	109,3	97,5
Sekcja H – Transport	130,4	172,6	104,0	111,5	260,7
Sekcja D – Energetyka	118,0	188,9	86,8	122,0	236,1
Sekcja A – Rolnictwo, leśnictwo, rybactwo	117,3	128,4	101,6	109,7	167,9
Sekcja I – Hotele i gastronomia	100,0	161,0	105,3	105,0	178,0
Sekcja M – Działalność profesjonalna	105,7	203,6	72,8	119,3	186,8
Sekcja N – Administrowanie	105,3	120,0	83,3	122,5	128,9
Sekcja J – Informacja i komunikacja	107,4	129,9	98,2	83,8	114,8
Sekcja B – Górnictwo i wydobywanie	171,4	183,3	90,9	151,7	433,3
Sekcja Q – Opieka zdrowotna	110,3	116,3	100,0	110,0	141,0
Sekcja E – Dostawa wody, ścieki, odpady	110,0	154,5	102,9	117,1	205,0
Sekcja R – Kultura, rozrywka i rekreacja	110,0	154,5	94,1	118,8	190,0
Sekcja P – Edukacja	122,2	109,1	100,0	108,3	144,4
Sekcja S – Pozostałe usługi	112,5	122,2	109,1	108,3	162,5
RAZEM	103,8	122,1	98,6	110,1	137,7

Tabela 5. Dynamika branżowa kredytów
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	15/10
Kredyty zagrożone	107,4	108,7	99,7	101,7	99,5	117,8
Sektor finansowy	50,0	100,0	200,0	150,0	66,7	100,0
Sektor niefinansowy	107,5	108,6	99,7	101,5	99,7	117,9
Sektor budżetowy	150,0	133,3	75,0	100,0	66,7	100,0
Gospodarstwa domowe	113,2	102,6	99,0	98,0	101,6	114,4
Konsumpcyjne	100,9	91,0	86,9	90,3	100,6	72,4
Mieszkaniowe	153,1	120,0	116,7	104,8	98,2	220,4
Pozostałe	128,3	119,5	110,9	104,9	106,5	190,0
Przedsiębiorstwa	100,7	117,2	100,6	105,6	97,7	122,4
MSP	105,9	109,7	99,1	105,2	100,4	121,6
Duże przedsiębiorstwa	89,7	135,9	103,8	106,4	91,5	123,0
Kredyty opóźnione w spłacie						
Konsumpcyjne						
do 30 dni	102,2	101,1	91,5	95,3	95,1	85,7
> 30 dni	103,6	90,8	89,9	89,2	93,7	70,6
Mieszkaniowe						
do 30 dni	116,3	116,7	97,7	104,6	93,4	129,6
> 30 dni	159,6	117,6	107,5	97,4	92,0	180,7

Tabela 6. Dynamika jakości portfela kredytowego (kredyty zagrożone)
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.



Rysunek 6. Kredyty zagrożone ogółem, dla gospodarstw domowych i przedsiębiorstw
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport o sytuacji banków w roku 2013, 2014, 2015*.

Dobrą informacją jest spadek w 2015 roku w porównaniu z rokiem 2014 poziomu kredytów zagrożonych o 0,5% (0,4 mld zł). Największy udział w portfelu kredytów zagrożonych miały kredyty konsumpcyjne (12%), kredyty dla MSP (12%) oraz pozostałe kredyty dla gospodarstw domowych (10%). Według BIG infoMonitor od sierpnia 2015 r. do października 2016 r. liczba niesolidnych dłużników wzrosła z 1,25 mln do 1,74 mln osób.

2. Ubezpieczenie kredytów

Szybki rozwój cywilizacji, tempo życia oraz coraz większe potrzeby sprawiają, że zaciągając w banku kredyt chcielibyśmy uchronić siebie i swych najbliższych przed skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych. Analiza danych pozwala stwierdzić, że przybywa kredytobiorców i niespłaconych kredytów, dlatego banki stosują coraz szerszy wachlarz zabezpieczeń udzielonych kredytów [Jaworski 2000]. W Polsce formę zabezpieczenia kredytu ustala bank w porozumieniu z kredytobiorcą, uwzględniając rodzaj kredytu, okres spłaty, stan majątkowy oraz status prawny kredytobiorcy. Jedną z takich form jest ubezpieczenie kredytu. Przedmiotem ubezpieczenia kredytu jest spłata zaciągniętych kredytów przyjętych do ubezpieczenia przez ubezpieczyciela. W ogólnych warunkach określa się przedmiot i zakres ubezpieczenia, wyłączenie odpowiedzialności, umowę generalną, przyjęcie należności kredytowej do ubezpieczenia, składkę i ochronę ubezpieczeniową, obowiązki ubezpieczającego oraz zasady ustalania i wypłaty odszkodowań [Bogacka-Kisiel 2000]. Zabezpieczenie kredytu bankowego przez wykupienie polisy ubezpieczeniowej zabezpiecza, w przypadku zdarzeń losowych, zarówno interesy banku jak i kredytobiorcy. Ubezpieczenia kredytów można podzielić na dwie grupy, ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne. Do grupy ubezpieczeń obowiązkowych zaliczamy [www1]:

- ubezpieczenie pomostowe jest zawierane przez bank i na jego rzecz, występuje przy kredytach hipotecznych,
- ubezpieczenie niskiego (brakującego) wkładu własnego także dotyczy kredytów hipotecznych i jest oferowane, gdy kredytobiorca nie wnosi wcale lub wnosi bardzo niewielki wkład własny,
- ubezpieczenie nieruchomości.

Do ubezpieczeń dobrowolnych możemy zaliczyć:

- ubezpieczenie na wypadek śmierci (ubezpieczenie na życie),
- ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa,
- ubezpieczenie na wypadek utraty pracy,
- ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy.

W przypadku podjęcia decyzji o ubezpieczeniu kredytu należy wnikliwie zapoznać się z warunkami umowy ubezpieczenia. Nie wszystkie umowy ubezpieczenia dają możliwość spłaty całości kredytu, a jedynie kilku kolejnych rat. W ostatnich latach obserwujemy wysoki wzrost zainteresowania ubezpieczeniem kredytu (tab. 7). W roku 2015 w porównaniu do roku 2005 liczba zawieranych polis wzrosła trzynastokrotnie, co miało swoje przełożenie na liczbę odszkodowań. Należy pamiętać, że w latach tych znacznie wzrosła liczba pobranych kredytów. W okresie ostatnich dziesięciu lat w ubezpieczeniach kredytów, różnego rodzaju ryzyk finansowych oraz gwarancji ubezpieczeniowych obserwujemy silny rozwój (tab. 8).

Wyszczególnienie	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba polis w tys.	105,0	535,0	564,0	612,0	535,0	1 202,0	1 400,0
Składki przypisane brutto w mln zł	494,4	1 571,0	1 612,1	1 500,8	1 840,9	2 111,7	1 615,6
Liczba odszkodowań i świadczeń w tys.	4,0	51,0	54,0	63,0	76,0	80,0	56,0
Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w mln zł	176,8	406,5	394,2	846,3	866,0	587,9	433,1

Tabela 7. Ubezpieczenia kredytu; różnego ryzyka finansowego, gwarancja ubezpieczeniowa
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2013, 2015, 2016*.

Wyszczególnienie	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	15/05
Liczba polis w tys.	105,4	108,5	87,4	224,7	116,5	1333,3
Składki przypisane brutto w mln zł	102,6	93,1	122,7	114,7	76,5	326,8
Liczba odszkodowań i świadczeń w tys.	105,9	116,7	120,6	105,3	70,0	1 400,0
Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto w mln zł	97,0	214,7	102,3	67,9	73,7	245,0

Tabela 8. Dynamika ubezpieczenia kredytu; różnego ryzyka finansowego, gwarancja ubezpieczeniowa
Źródło: obliczenia własne na podstawie *Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2013, 2015, 2016*.

Podsumowanie

Ubezpieczenie kredytów jest jedną z form minimalizacji ryzyka kredytowego, ale nie jest ona w stanie całkowicie wyeliminować ryzyka. Ta forma zabezpieczenia spłaty kredytu daje nam poczucie bezpieczeństwa

finansowego. Niejednokrotnie świadomość tego, że w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń losowych część rat lub całość kredytu zostanie spłacona z polisy jest warta poniesienia kosztów związanych z ubezpieczeniem kredytu. W ostatnich dziesięciu latach obserwujemy duże zainteresowanie kredytami, zwłaszcza wśród ludzi młodych. Niepokojącym zjawiskiem jest jednak duża liczba kredytów zagrożonych także wśród najmłodszych kredytobiorców. Łatwy dostęp do kredytów sprawia, że ubezpieczenia kredytów cieszą się dużym zainteresowaniem i są często stosowaną formą zabezpieczenia spłaty kredytu.

Bibliografia

Bogacka-Kisiel E. (red.) (2000), *Usługi i procedury bankowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara langego we Wrocławiu, Wrocław.

Jaworski W.L., Krzyżkiewicz Z., Kosiński B. (2000), *Banki rynek operacje polityka*, Poltext, Warszawa.

Raport o sytuacji banków w 2015 r. (2016), Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa.

Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2015, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2016, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

[www1] https://rf.gov.pl/vademecum-klienta/abc-ubezpieczen/Ubezpieczenia_kredytow__2868.

[www2] https://www.big.pl/rejestr-dluznikow.

[www3] https://www.stat.gov.pl.

UBEZPIECZENIE JAKO FORMA ZABEZPIECZENIA KREDYTU

Podstawą działalności banku jest osiąganie zysku, a jednym ze sposobów uzyskiwania dochodów jest udzielanie kredytów. W ostatnich latach obserwujemy duże zainteresowanie kredytami, które są obarczone ryzykiem. W celu minimalizacji ryzyka kredytowego banki stosują różne formy zabezpieczeń. Jedną z metod zabezpieczenia spłaty kredytu jest ubezpieczenie. Celem artykułu jest analiza sytuacji na rynku kredytowym i zwrócenie uwagi na jedną z form zabezpieczenia spłaty

kredytów jaką jest ubezpieczenie. Ubezpieczenia kredytów cieszą się dużym zainteresowaniem i są często stosowaną formą zabezpieczenia spłaty kredytu. Ze względu na dużą liczbę zaciąganych kredytów oraz pojawiające się problemy z ich spłatą, słusznym wydało się podjęcie takiego tematu badawczego.
Słowa kluczowe: kredyt, ubezpieczenie, zabezpieczenie kredytów.

INSURANCE AS A FORM OF COLLATERAL

The main activity of the bank is to gain profit and one way of earning an income is granting credits. In recent years we have seen a great interest in loans that incur risk. In order to minimize credit risk, banks use different forms of collateral. This article aims to analyze the current situation on the credit market and to draw attention to credit insurance as one possible form collateral. Credit insurance is a very popular and often used form of loan collateral. Due to the large number of credits taken and emerging problems with repayment, pursuing this research topic seems justified.
Keywords: credit, collateral for loans, insurance.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.12

JAKOŚCIOWE SZACOWANIE PEWNYCH ZAGROŻEŃ GENERUJĄCYCH RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

Włodzimierz Szkutnik
prof. dr hab., Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Alicja Wolny
dr, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Wprowadzenie

W wielu przypadkach szacowania ryzyka pojawia się fundamentalna trudność wynikająca z braku historii zdarzeń wpływających na jego ekspozycję na ryzyko i często nie można z tego powodu korzystać z opinii ekspertów, gdyż takowych nie ma lub ich sugestie nie są wtedy wartościowe (wiarygodne). Nawet, jeśli możliwe jest ilościowe ujęcie oceny ryzyka to względem stosowanej w takich przypadkach metodyki oceny takie nie są rzetelne lub oceny rzetelne występują bardzo rzadko. Ponadto zdarza się często, że stosowana w podejściu ilościowym metodyka może nie być adekwatna względem badania skutków zdarzeń mających wpływ na realizacje ryzyka. Innym aspektem jest w takim przypadku brak możliwości uwzględnienia w stosowanej metodyce ryzyka wywołanego zagrożeniem spowodowanym rozmyślnie.

Generalnie ryzyko, jako sformalizowana niepewność, powinno być szacowane metodami dającymi możliwość jego oceny metodami wiarygodnymi wynikającymi z obiektywnie uzasadnionych przesłanek metodami sformalizowanymi w modelu statystycznym lub ekonometrycznym. Ograniczenia obiektywne często jednak uniemożliwiają takie szacowanie ryzyka i mamy wtedy jego „substytut", jakim jest niepewność. Wynika stąd tylko jeden sposób oszacowania takiego „ryzyka" w postaci jakościowej oceny: opisu słownego, punktowego opartego na przypuszczeniach uwiarygodnionych wiedzą nabytą lub wynikająca z przekonania. Zwrócić należy tu uwagę, że ryzyko i niepewność są w istocie z tej samej kategorii semantycznej.

W realnych warunkach, w jakich występuje zagrożenie powodujące szkody ryzyko nim wywołane szacowane jest metodą formalnie opartą na teorii prawdopodobieństwa, właściwą dla tego ryzyka, a semantyczny zamiennik ryzyka, jakim jest niepewność wynikająca z istnienia zagrożeń trudno wycenianych może być szacowana metodami jakościowymi.

Innym zagadnieniem są obiektywne przeszkody pojawiające się przy szacowaniu wartości szkód wywołanych określonym zagrożeniem. Skłaniają one do ujęcia szacowanego ryzyka w ramy jakościowej oceny. Ocena taka jest ekwiwalentem skorelowanym z zarządzaniem ryzykiem i jest procesem mającym na celu ograniczenie go do akceptowalnego poziomu. Poziom ten jest elementem subiektywnego procesu decyzyjnego i sam w sobie jest składnikiem jakościowej oceny. Z reguły składa się na jego ocenę kilka etapów, z których najbardziej rozpoznawalnym jest etap planowania, rozwoju i testowania. Natomiast w samym procesie zarządzania ryzykiem wyróżniane są procesy identyfikacji, kontroli i zmniejszania prawdopodobieństwa zaistnienia niepewnych zdarzeń mających wpływ na zrealizowanie się określonego ryzyka ubezpieczeniowego. Są to ogólnie znane w literaturze sekwencje pewnych stałych czynności zalecanych do wykonania przy prowadzeniu większości działalności biznesowych. Identyfikacja ryzyka obejmuje natomiast samą analizę ryzyka, w której kluczowym zadaniem jest ujawnienie obszarów, na które należy zwrócić szczególna uwagę. Istnieje ścisły związek między obszarem szacowania ryzyka a jego minimalizowaniem. Jest to istota zarządzania ryzykiem. Informacje te podaje m.in. Whitman w pracy [Whitman i Mattorda 2006] w kontekście bezpieczeństwa informacji. Wymienione są tam następujące etapy zarządzania ryzykiem: identyfikacja, oszacowanie wpływu ryzyka na działalność, oszacowanie słabych punktów i zagrożeń, oszacowanie bieżących środków osłabienia ryzyka.

W systemowym spojrzeniu na zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwo ubezpieczanych obiektów ma bezpośredni wpływ na szacowane ryzyko, co najprościej ujmując przekłada się na przyjmowaną przez ubezpieczyciela składkę. Dlatego też zarządzanie takim ryzykiem jest regulowane wieloma uregulowaniami prawnym, m.in. takimi jak Solvency II czy w pośredni sposób zgodny z ISO/IEC 27001:2005 i dalszymi modyfikacjami tych uregulowań.

Niedokładna identyfikacja potrzeb stawianych wobec ubezpieczanych ryzyk szacowanych zarówno metodami ilościowymi jak i stricte jakościowymi w zakresie wypełniania reguł bezpiecznego ich funkcjonowania zgodnego z tymi, które były zakładane przy szacowaniu ryzyka wpływa oczywiście na niedokładność wyznaczanej składki. Nie umożliwia to możliwości uzyskania informacji o kosztach w analizie uwzględniającej wprowadzanie nowych zabezpieczeń.

Z tego względu w praktyce przy szacowaniu ryzyka stosowane są metody wnoszące wiele elementów niwelujących wady obu tych metod. Przegląd tych metod, chociaż w nieco innych kontekście, był już w literaturze przedmiotem kilku artykułów. Zatem w zależności od kontekstu dokonamy tu tylko krótkiego ich scharakteryzowania skupiając uwagę na szacowaniu ryzyka ubezpieczeniowego mogącego mieć zastosowanie przy ubezpieczaniu ryzyk nietypowych, raczej rzadko ubezpieczanych lub wtedy, gdy przy szacowaniu szkód stosowane są nietypowe metody dla danej grupy ryzyk oparte na unikalnych metodach kontroli historii zdarzenia wywołującego ryzyko, tak jak może być w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych. Nie będziemy im jednak nadawać szerszej formy egzemplifikacji.

1. Ryzyko zawodowe – sposoby oceny i identyfikacji

W tym aspekcie zwraca uwagę ocena ryzyka zawodowego, względem którego istnieją ogólne wymagania prawne wynikające z kodeksu pracy i rozporządzeń odnoszących się do ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Wynika z nich, że pracodawca jest zobowiązany szacować ryzyko związane z pracą i dokumentować wyniki takiej oceny. Nie ma natomiast określonych wymogów odnoszących się do metod oceny ryzyka zawodowego. Dotyczy to zarówno prawa ogólnego jak i szczegółowego dla działów gospodarki narodowej, sekcji i podsekcji działalności oraz rodzajów zagrożeń w przekroju wykonywanych prac. Jedynie ogólne zasady i kryteria oceny ryzyka zawarte są w polskiej normie PN-N-18002:2000. Mają one charakter ogólnych wytycznych (zasady i kryteria) odnośnie ilościowej i jakościowej oceny ryzyka. W tym kontekście oceny ryzyk rzadko szacowanych dla potrzeb ubezpieczeń norma PN-EN 1050:1999 skierowana jest do zasad oceny ryzyka w bezpieczeństwie odnoszącym się do eksploatacji maszyn. Są nimi metody możliwe do zastosowania w ocenie analizy ryzyka poprzez identyfikację zagrożeń. Wśród nich wyróżnić można takie jak, wstępna analiza zagrożeń PHA (Preliminary Hazard Analysis) i stricte metody prognostyczne (analiza wywodząca się od kwestii, które można rozważyć: „co jeśli" albo „co gdy") WI (What-if- Analysis), analiza rodzaju błędów i skutków FMEA (Failure Modes and Effects Analysis). Nie są to metody bardzo zaawansowane. Takimi są w identyfikacji zagrożeń metody należące do metod dedukcyjnych i indukcyjnych, które omówione będą w dalszej części artykułu. Natomiast

w innych normach zawarto zasady i metody analizy ryzyka w systemach technicznych odwołujące się zagrożeń i możliwości operacyjnych HAZOP (Hazard and Effects Analysis) i analizę rodzaju błędu i krytyczności skutków (Failure Modes).

Wśród metod specjalnych w identyfikacji zagrożeń są metody analizy drzew logicznych ETA (Event Tree Analysis) i analiza drzewa błędów i uszkodzeń i niezdatności FTA (Fault Tree Analysis). Obie zostaną wspomniane jeszcze także w innym kontekście. Dodatkowo można wyróżnić także metodę analizy przyczyn i wyników CCA (Cause and Consequence Analysis) oraz metodę analizy czynnika ludzkiego (jego sprawności w skrajnych momentach działania) HRA (Human Reliability Analysis). Natomiast szczegółowe wytyczne odnośnie zasad i metod oceny ryzyka zawodowego można znaleźć w dostępnej literaturze specjalistycznej np. Romanowska-Słomka [2008]. Omówione są w niej dokumentacje oceny ryzyka, a także czynniki szkodliwe dla zdrowia, które mają określony wpływ na ryzyko rozumiane szerzej, nie tylko jako zawodowe. Podawane są w niej także analizy zagrożeń i zasady oceny ryzyka oraz metody i kryteria oceny ryzyka, które charakteryzowane są w kolejnym podrozdziale.

Zaakcentować należy, że w procesie oceny ryzyka, szczególnie zawodowego, zastosowanie znajduje analiza mająca określić poziom akceptowalności ryzyka, o czym nieco szerzej wspomnimy w dalszej części. Przy ocenie ryzyka specyficznego dla danej grupy zagrożonych obiektów należy zwrócić uwagę, aby otrzymane wyniki oceny ryzyka zawodowego były w pełni wystarczające do wyznaczenia jego dopuszczalności oraz właściwego planowania działań korygujących i zapobiegawczych. Ma to związek z nieakcentowaną silnie w obecnie publikowanej literaturze zasadą prewencji. Każda ocena powinna być w pełni zgodna i wystarczająca do wyznaczenia jej dopuszczalności oraz właściwego planowania działań korygujących i profilaktycznych. Zastosowanie znajduje tu zasada „tak niskie, jak jest to możliwe" ALARP (As Low As Reasonable Practicable). Zgodnie z nią można wyróżnić obszary o wysokim poziomie ryzyka, który nie jest możliwy do obniżenia i wtedy ryzyko nie ma z pewnością charakteru ubezpieczanego, obszary z ryzykiem możliwym do zaakceptowania, jeśli będzie monitorowane i w tych warunkach jest możliwość jego ubezpieczenia oraz występują warunki ekonomiczne dla jego redukcji oraz trzeci rodzaj obszarów, w którym ryzyko może nie być brane pod uwagę ze względy na niskie koszty spowodowane jego realizacją i nie występowaniem konieczności jego kontroli ze względu na nieprzewidywanie jego zwiększenia.

W dalszej części artykułu uwaga skupiona zostanie na szacowaniu ryzyka sposobami mieszanymi. Nie będziemy indywidualizować rodzaju oceny, lecz wprowadzimy to zagadnienie w aspekcie metodycznym

i skierowanym do problemów paraubezpieczeniowych, przez co rozumieć będziemy ryzyko potencjalnie możliwe do ubezpieczenia w ZU, lecz nie mające takich cech, by występowała skłonność zakładów ubezpieczeniowych do ich ochrony zawartej w polisie ubezpieczeniowej. Dotyczy to scharakteryzowanych wyżej ryzyk zawodowych, wspomnianych ryzyk nietypowych, jak ochrona zasiewów przed zwierzyną, obszarów leśnych przed rozmaitymi zagrożeniami, niepewności pojawiającej się na polu bitwy, manewrach wojskowych, treningach mających różną genezę itp.

2. Pewne szczególne kryteria w metodach oceny ryzyka

Ocena ryzyka mającego charakter nietypowy, ale nie tylko, polega na określeniu wielkości (poziomu) ryzyka dla poszczególnych zdarzeń związanych z zagrożeniami powodującymi straty na określonych stanowiskach (rolnych, leśnych, budów, produkcyjnych). W takich przypadkach identyfikacja zagrożeń jest nieodzownym działaniem mającym w ocenie ryzyka priorytetowe znaczenie. Zgodnie z pojmowaną w różny sposób, ale dla danego przypadku jednoznacznie, na stanowiskach podlegających potencjalnemu zagrożeniu mogą mieć zastosowanie miary ryzyka zarówno bardzo prozaiczne (opis słowny) jak i liczbowe (wskaźniki). Wynikają one z przyjętych kryteriów przy ocenie ryzyka.

Wtedy ocena wielkości ryzyka wywoływanego określonymi zagrożeniami identyfikowanymi na stanowiskach podlegających potencjalnemu zagrożeniu polega na ustaleniu: możliwości (prawdopodobieństwa, częstości) wystąpienia zagrożeń, potencjalnych skutków (następstw, konsekwencji, szkód, strat) wystąpienia zagrożeń.

Odnosi się to do takich czynników generujących ryzyko, dla których wyznaczone zostały, określone przez rodzaj zagrożenia normy umożliwiające ocenić wielkość ryzyka metodami statystycznymi, jak np. przez porównanie średnich wartości tych czynników (mogą to być np. stężenia lub natężenia szkodliwych substancji) z tymi normami.

W odniesieniu do czynników niemierzalnych (obejmujących czynniki szkodliwe dla zdrowia, dla których nie określono wartości dopuszczalnych i pozostałe czynniki występujące w środowisku pracy, np. mechaniczne) wielkość ryzyka można wyznaczyć za pomocą indywidualnie określonej przez specjalistów określonej metody oceny ryzyka.

Jeśli proste metody oceny ryzyka są niewystarczające, wtedy decyzja o jego wycenie powinna być zwrócona ku metodom zaawansowanym,

jeśli możliwe jest ich zastosowanie, tzn. istnieją ku temu wystarczające przesłanki (dostępne dane, istnienie możliwości zaimplementowania znanych metod, zapewnienie udziału specjalistów, grupowe podejmowanie decyzji).

W praktyce taka forma wyboru sposobu oceny ryzyka wynika z istnienia możliwości zastosowania jednej z możliwych strategii podejmowania decyzji wynikającej z zastosowanej zaawansowanej metody jakościowej oceny ryzyka. Sprowadza się to w realnych warunkach do strategii indywidualnej decyzji wynikającej z operacyjnej wiedzy decydenta, strategii grupowej sprowadzającej się w formalnym przekazie do wypełnienia formularza z kolektywnej decyzji członków zespołu lub strategii wynikającej z sondażowej opinii ekspertów. W strategii sondażowej uśrednia się wyniki ocen zawartych w indywidualnych kartach.

Wynik strategii indywidualnej stosowany może być dla marginalnej linii biznesowej prowadzonej w ZU i nie może być stosowany dla modułów zagregowanych, jak np. ryzyka ubezpieczeń majątkowych, ryzyka ubezpieczeń na życie, w module zdrowotnym, w dostosowaniu ryzyka z tytułu zdolności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i podatków odroczonych do pokrywania strat. Nie może być też stosowany w module ryzyka operacyjnego, rynkowego czy ryzyka niewykonania zobowiązań przez kontrahenta. Dla wymienionych strategii zastosowane muszą być zaawansowane metody lub specyficzne formuły nie zawsze oparte na szczególnie zaawansowanych metodach statystycznych. Zatem decyzje indywidualne są charakterystyczne dla mniejszej rangi linii biznesowych oraz dotyczyć powinny decyzji o mniejszej randze. W liniach biznesowych o dużych zasobach kapitałowych lub modułach, jak wyżej wymienione, a generalnie dla istotnych problemów decyzyjnych np. odnoszących się do zagrożenia życia czy zdrowia grup ludzi, decyzje indywidualne mogą być obarczone dużym błędem. Wynika to z reguły z subiektywnego postrzegania problemu przez decydenta, niedokładnych i niepełnych danych i indywidualnie występującego ryzyka operacyjnego. Można tu przytoczyć przykład generowania ryzyka przy tzw. *insider tradingu* (ang.), który występuje w spółkach giełdowych, przy możliwości wykorzystania informacji niejawnych dotyczących możliwości inwestowania na giełdzie przez osoby mające dostęp do takich informacji.

Decyzje grupowe eliminują większość niedoskonałości decyzji indywidualnych, ale z ich zastosowaniem mogą być związane duże koszty wypracowania decyzji, wydłużenie czasu na podjęcie decyzji, konieczność pogodzenia sprzecznych decyzji, możliwość zdominowania grupy przez jedną osobę, zależności służbowe i czynniki stricte polityczne związane z podległością jednostek nadzorujących zarządy ZU, jak np. KNF czy instytucje celne bezpośrednio podlegające rządowym decydentom z MF.

Cały ten kompleks uwarunkowań wpływa na wydłużenie decyzji i może ją znacząco zniekształcać w kierunku negatywnym.

Trzeci rodzaj strategii jest najbardziej zobiektywizowana formę procesu decyzyjnego. W szeregu licznych przypadkach wyceny ryzyka sondaż opinii ekspertów daje podstawy do wyeliminowania dwóch podstawowych ograniczeń drugiej strategii, jakimi są wyeliminowanie skrajnych opinii ekspertów oraz zespół, zwykle negatywnych cech charakterystycznych dla wypracowania obiektywnej oceny. Ten swoisty syndrom grupowego myślenia jest charakterystyczny dla zespołów zdominowanych przez autokratycznych decydentów. Narzucają oni swój, z reguły błędny punkt widzenia na dany problem.

3. Zależność sposobu oceny ryzyka od celu – dobór metod

Oczywista zależność doboru sposobu oceny ryzyka zależy m.in. od celu badań i ze względu na wielość metod takiej oceny należy uwzględniać także zależność stopnia dokładności i zasadności przyjęcia danej metody oraz tego, w jakiej postaci powinny być wyrażone wyniki. Z tego względu, szczególnie dla nietypowych ryzyk, które powinny być poddane ochronie, także ubezpieczeniowej, nie istnieją jednoznaczne sposoby oceny takiego ryzyka. Wynika to zarówno ze specyfiki otoczenia, w jakich może być zrealizowane dane ryzyko, rożnych form zagrożeń a także m.in. z istnienia systemowej rozmaitości i różnorodności obiektów otaczających takie ryzyko, ich form organizacji a także czysto subiektywnych czynników i nawet behawioralnych, generowanych przez czynnik ludzki, wpływający na reakcje aktywujące zrealizowanie się ryzyka.

Metody oceny ryzyka różnią się między sobą wieloma cechami. Wynikają one m.in. z sposobu postępowania podczas zbierania informacji o ryzyku, posiadanego zasobu informacji przydatnych w ocenie ryzyka, rodzajem stosowanych kryteriów i zakresem ich zastosowań.

Wymogi stawiane przy wyborze określonej metody oceny ryzyka są zależne od splotu wielu okoliczności, których spełnienie jest niezbędne. Dotyczy to takich kwestii jak: adekwatność stosowanej metody w danej linii biznesowej ZU, kwalifikacji ekspertów oceniających ryzyko itp.

Aby dobór metod, od których spełnienia zależy właściwa wycena ryzyka w ZU był odpowiedni, powinny być spełnione obiektywne warunki wyceny tego ryzyka i uregulowania prawne. Także zależy on od wspomnianych już linii biznesowych lub modułów ubezpieczanych ry-

zyk. Z reguły jest on związany z wieloma zespołami warunków i często ma charakter nie do końca formalnie domknięty. Dlatego należy także uwzględnić rodzaj i zakres czynności prowadzonych w linii biznesowej, specyfikę danej linii biznesowej oraz charakterystyczne ujęcie wyceny ryzyka, jak złożony jest proces samej wyceny i liczebość ubezpieczanych ryzyk.

W kontekście klasyfikacji metod oceny ryzyka można wyróżnić wiele różnych metod. W ogólnej systematyce są nimi metody indukcyjne i dedukcyjne. W ich ramach zawarte są oczywiście metody będące obiektem prowadzonych tu rozważań, a więc ilościowe i jakościowe. Do metod, które je charakteryzują zaliczyć można:

- tablicowe, wskaźnikowe, graficzne,
- oceny prawdopodobieństwa/częstości i skutków/konsekwencji,
- oceny obszarów ekspozycji na ryzyko obiektów objętych ochroną ubezpieczeniową, zagrożeń dla zdrowia i środowiska,
- oceny systemów otaczających działalność człowieka, techniki, infrastruktury i środowiska.

Podział metod oceny ryzyka zależy głównie od sposobu opisu dostępnych danych i informacji oraz od rodzaju metod oceny. Wpływa do wyraźnie na rodzaj sposobu oceny.

Dla metod ilościowych kryterium szczegółowym jest wspomniany już zasób dostępnych danych statystycznych, a podział na metody dedukcyjne i indukcyjne wynika z istoty analitycznego, opartego na prawach logiki, sposobu wnioskowania.

W ujęciu dedukcyjnym wykorzystuje się tzw. zasadę „od ogółu do szczegółu" znaną i stosowaną m.in. w modelowaniu zjawisk, gdzie wnioski szczegółowe wynikają z logicznego następstwa zdarzeń (efekt domina). W dedukcyjnym badaniu stosowane jest podejście retrospektywne. W takich uwarunkowaniach możliwe zidentyfikowanie przyczyn dla zdarzeń, które zaistniały. Przykładem zastosowania dedukcji jest m.in. analiza roszczeń z tytułu realizacji określonych okoliczności warunkujących ryzyko. Natomiast przykładową metodę dedukcyjną można zaprezentować w analizie drzewa błędów FTA (Fault Tree Analysis). Jest to metoda używana do analizy przyczyn inicjujących zrealizowanie się ryzyka. Modelowana jest tu wizualizacja logicznych związków pomiędzy rożnymi czynnikami wpływającymi na ekspozycję ubezpieczanego obiektu na ryzyko. Zatem metoda FTA jest zaawansowaną, dedukcyjną techniką. W identyfikacji i analizie czynników, które bezpośrednio eksponują ryzyko ubezpieczeniowe rozważane są ewentualne przyczyny niepożądanych zdarzeń wpływających na realizację takiego ryzyka. Analiza drzewa błędów (FTA) jest graficznym modelem zależności przyczynowo-skutkowych. Różni się ona od swego analogu drzewa zdarzeń ETA (Event

Tree Analysis) kierunkiem budowy i jest budowana w przeciwnym kierunku niż drzewo zdarzeń ETA. Dzięki schematowi FTA zostają zilustrowane przyczyny, których skutek określany jest, jako niepewne zdarzenie bądź ryzyko.

W metodzie drzewa błędów FTA identyfikuje się najpierw zdarzenia końcowe (szczytowe). W dalszej kolejności postępowanie w tej metodzie prowadzi do wyznaczenia ścieżek krytycznych prowadzących do zdarzenia wywołującego zdarzenie związane z realizacją ubezpieczonego ryzyka.

W analizie drzewa zdarzeń (ETA) postępuje się odwrotnie i podąża się od przyczyn do skutków. Zatem drzewo takie jest obrazem wyniku realizacji ryzyka, i opisuje progresję zdarzeń od początkowego do końcowego wywołującego ubezpieczeniowe ryzyko.

Metody indukcyjne wykorzystują tzw. zasadę „od szczegółu do ogółu", gdzie wnioski ogólne wynikają z obserwacji zdarzeń szczegółowych i weryfikacji hipotez. Badania oparte są na podejściu prospektywnym, które pozwala na wykrycie uwarunkowań i przyczyn, które mogą doprowadzić do określonych zdarzeń. Przykładem zastosowania indukcji jest m.in. ocena ryzyka zawodowego, a przykładem metody indukcyjnej – analiza drzewa zdarzeń ETA.

Metody jakościowe służą do jakościowej analizy faktów, zjawisk i procesów, w której cele są wyrażane opisowo za pomocą określeń słownych. Badania koncentrują uwagę na podejściu systemowym, które pozwala na całościową charakterystykę badanych zjawisk, określenie granic systemu, struktury systemu, zbioru elementów i relacji zachodzących między nimi. Przykładowe metody jakościowe to listy kontrolne i analiza „co jeśli". Metody ilościowe służą do ilościowej analizy faktów, zjawisk i procesów, w której cele są wyrażane w odpowiednich jednostkach miary za pomocą wartości liczbowych. Badania koncentrują uwagę na podejściu statystycznym, które pozwala na liczbową charakterystykę badanych zjawisk, weryfikację wiarygodności wyników, dobór odpowiednich miar i wskaźników.

Niektóre metody występują w literaturze pod tą samą nazwą w dwóch wersjach, jedna służy do identyfikacji zagrożeń, druga do oszacowania ryzyka, np. metoda wstępnej analizy zagrożeń PHA, analizy bezpieczeństwa pracy JSA.

Wśród metod oceny ryzyka można wyróżnić m.in. podział na metody służące wyłącznie do oszacowania ryzyka (metoda Score Risk) lub metody łączące identyfikację zagrożeń i oszacowanie ryzyka (np. analiza drzewa zdarzeń ETA, analiza drzewa błędów FTA), zwane także metodami analizy ryzyka.

4. Metody jakościowe szacowania ryzyka

Przy wycenie ryzyka uwzględnić potrzeba możliwe do zebrania dane i informacje o zagrożeniach i rodzaju ryzyka. W prezentowanych niżej przykładach wyceny ryzyka przyjmiemy, że dane i informacje o zagrożeniach i samym ryzyku są zgromadzone metodami ogólnie dostępnymi. Na przykład dla ryzyka zawodowego mogą być stosowane:

- metoda analizy dokumentów i metoda list kontrolnych, które powinny być adekwatne do rodzaju i sposobu wykonywania prostej pracy na stanowisku,
- powyższe metody stosowane dla prostego stanowiska powinny być uzupełnione metodą obserwacji i metoda sondażu, czyli technika wywiadu, jako metody analizy na stanowisku złożonym.

W zakresie obejmującym stanowiska złożone, metody powyższe powinny być zastąpione bardziej zaawansowanymi metodami, takimi jak omówione wyżej metody dedukcyjne i indukcyjne, które mogą mieć charakter zarówno metod ilościowych jak i jakościowych.

W drugim etapie zastosowane powinny być metody identyfikacji zagrożeń – kilka z nich było scharakteryzowanych już we wcześniejszym podrozdziale.

Jako metodę o charakterze indukcyjnym i jakościowym można zastosować metodę WI (*co jeśli*, *jeśli, co się zdarzy*). Przy jej zastosowaniu ustalane są przyczyny i warunki, w jakich występują zagrożenia. W procedurze wywiadu lub „burzy mózgów" można antycypować różne możliwe zaburzenia procesu pracy lub nawet ubezpieczanego mienia materialnego i niematerialnego i oceniać straty powstałe w efekcie ich zaistnienia. Zatem zakres analizy identyfikacji zagrożeń obejmuje tu zarówno poddany ocenie obiekt – stanowisko pracy, jak i czynnik ludzki. W tym przypadku pojawia się w analizie konieczność zrealizowania takich etapów jak: rozpoznanie obiektu, identyfikacja zagrożeń będących podstawą ekspozycji obiektu na ryzyko oraz zlokalizowanie odpowiedzi obiektu na zagrożenia będące przyczyną jego ekspozycji na ryzyko.

Inną możliwą do zastosowania metodą identyfikacji ryzyka może być metoda JSA (Job Safety Analysis), w której analizowane jest bezpieczeństwo pracy. Jest to metoda indukcyjna i może być albo jakościowa albo ilościowa. W tym przypadku identyfikacja zdarzeń wpływających na ekspozycję obiektu na ryzyko łączona jest z realizowanymi zadaniami, których cele powinny być określone i które powinny być skojarzone z czynnościami wykonywanymi przy ich realizacji. Należy ustalić, poprzez odpowiednie rozpoznanie, zagrożenia mogące się pojawiać przy wykonywaniu tych czynności a potem powinno nastąpić określenie wielkości ryzyka wyni-

kającego z ich wykonywania. Zatem jest to typowa metoda indukcyjna. Po zidentyfikowaniu ryzyka można przystąpić do jego analizy i wyceny.

W ostatnich dwóch rozdziałach odniesiemy się do specyficznej metody gromadzenia danych przy zastosowaniu technik telemetrycznych w ubezpieczeniach komunikacyjnych oraz określenie potencjalnego ryzyka na podstawie oszacowanych poziomów zagrożenia.

5. Sposób zbierania danych oparty na technikach telemetrycznych wpływający na ocenę ryzyka komunikacyjnego

Innym podejściem do zagadnieniem oceny ryzyka a jednocześnie umożliwiającym wyznaczanie składki ubezpieczeniowej jest stosunkowo wysoko zmotywowany potrzebami praktyki ubezpieczeniowej zmodyfikowany sposób zbierania danych o zdarzeniach komunikacyjnych. Przykładowo w ubezpieczeniach komunikacyjnych dane reprezentujące portfel polis, są wielowymiarowym konglomeratem, w którym każda polisa opisywana jest przez różnego rodzaju czynniki wpływające na szkodowość. W najprostszym przypadku, gdy portfel wszystkich polis można potraktować jako portfel jednorodny każdej polisie można przypisać jednakową składkę. Powstaje tu konieczność podjęcia jakościowego charakteru decyzji związanej z kwestią rozwiniętą w pytaniach: czy kierowca pojazdu klasy ekonomicznej jest skłonny w ubezpieczeniu AC zapłacić taką wartość składki, która pokryje także wartość wypadku samochodu luksusowego?, czy kierowca jeżdżący ostrożnie jest skłonny w ubezpieczeniu OC zapłacić taką samą składkę jak kierowca brawurowy? Rozstrzygniecie tej kwestii wiążąca się z odpowiedzią na te pytania jest raczej zdecydowanie negatywna. Stąd zakłady ubezpieczeniowe skłaniają się w coraz większym stopniu do takiej wyceny ryzyka a zatem do takiego ustania składki, głownie OC, by proces wyceny był jak najbardziej spersonalizowany. Oczywiście przy takim stanowisku ZU, w wycenie ryzyka dominować muszą metody jakościowej wyceny. Związany z tym efekt polega na sklasyfikowaniu portfela indywidualnie do potrzeb i kondycji finansowej ZU i w konsekwencji prowadzi do powstania subiektywnie wyznaczonych bardzo licznych podgrup portfeli o tej samej składce. W skrajnym przypadku liczba tych podgrup może być równa liczbie polis, gdy każde ryzyko będzie wyceniane indywidualnie, co nastąpi wtedy, gdy każdej polisie będzie odpowiadała inna wartość składki (por. Bühl-

mann i Gisler [2005]). Taki skrajnie zindywidualizowany system wyceny ryzyka jest obserwowany w przypadku polis w ubezpieczeniu komunikacyjnym OC/AC zawieranych na zasadzie Usage-Based (UBI). Oznacza to, iż ubezpieczony godzi się na instalację urządzenia elektronicznego w samochodzie pozwalającego na rzeczywisty pomiar różnego rodzaju czynników pomocnych dla wyceny spersonalizowanej ryzyka. Do zestawu takich czynników w systemie telemetrycznego kodowania można zaliczyć przykładowo faktyczną liczbę przejechanych kilometrów czy charakter obszaru, po którym porusza się w określonym momencie lub okresie pojazd samochodowy. Zakład ubezpieczeń wyznacza wtedy wartość tzw. składki PAYD (*Pay-As-You-Drive*) (zob. Desyllas i Sako [2013], Cieślik [2016]). Taki system zbierania danych jest nazywany telematyką (*telematics*). Na rynku polskim jednym z przykładów jest rozwiązanie *Mobileye* (zob. www1). Taki telemetryczny system kodowania historii przejazdu samochodu może być korzystny zarówno dla użytkownika samochodu tzn. ubezpieczanego jak i dla ubezpieczyciela. Powyższe rozwiązanie jest istotne dla firmy ubezpieczeniowe z uwagi na właściwości kryterium oceny tych firm. Istotne są tu dwie cechy charakteryzujące warunki polisy ubezpieczeniowej: wysokość składki ubezpieczeniowej oraz czas trwania likwidacji szkody. System telemetrycznego zapisu historii zdarzeń związanych z określoną polisą ubezpieczenia komunikacyjnego jest determinantą wpływająca bezpośrednio na z obniżeniem szkodowości a więc jednocześnie co się z tym łączy nierozłącznie wpływa na obniżenie składki ubezpieczeniowej. Jest truizmem stwierdzenie, że dla ubezpieczyciela oznacza to przyrost liczby klientów oraz pozyskanie dobrych kierowców, którzy nie generują szkód, gdyż tylko tacy kierowcy wyrażą zgodę na zapis telemetryczny ich historii przejazdów. Kolejną korzyścią jest zmniejszenie ryzyka tzw. fraudów ubezpieczeniowych, które wynikają z nieprecyzyjne umowy ubezpieczeniowej umożliwiającej popełnianie zwykłego przestępstwa na szkodę ZU. Z takimi przypadkami narażania ubezpieczyciela na nienależne koszty, często nie związanych z żadnym zaszłym zdarzeniem ubezpieczeniowym można się spotkać nie tylko w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Wpływają one negatywnie nie tylko na finanse ubezpieczyciela (zwiększanie wypłat świadczeń), ale również w ubezpieczonych na ubezpieczanych ze względu na wzrost składek.

Dzięki telematyce ubezpieczyciel może znacznie łatwiej zrekonstruować przebieg wypadków. Mając takie dane jak prędkość, kierunek, siła uderzenia czy miejsce, ekspert od rekonstrukcji wypadków drogowych może znacznie łatwiej stwierdzić, czy w danym przypadku dochodzi do próby wyłudzenia (np. samochód został zniszczony nie w wypadku, ale celowo uszkodzony podczas postoju).

Dążenie do coraz większej personalizacji składki ubezpieczeniowej powoduje, iż zakłady ubezpieczeń posiadają coraz więcej informacji, które mogą być brane pod uwagę w procesie wyceny ryzyka. Rodzi się zatem problem w jaki sposób wykorzystać zebrane dane. W obecnej praktyce, w masowych portfelach polis, wyznaczenie wartości składki dla polisy opiera się na modelu statystycznym, w którym estymuje się jego parametry czerpiąc informacje z danych zawartych w portfelu polis. Ujmując to językiem statystycznym, czerpie się informacje z próby. Modele te są modelami regresyjnymi klasy GLM, czyli uogólnionymi modelami liniowymi, por. Antonio i Valdez [2012], Wolny-Dominiak [2014]. Wraz z coraz bardziej szczegółowymi danymi, jak również rozwojem algorytmów numerycznych, uzasadnione jest modyfikowanie stosowanych obecnie modeli statystycznych, por. Muermann i Straka [2011], Weidner i in. [2016]. Właściwym kierunkiem może okazać się tu wspomniana na wstępie jakościowa forma wyceny ryzyka, która w ostatecznej procedurze wyznaczania składki z wyprzedzająca procedurą jej wyceny formalnej I tak ma zawsze charakter jakościowy wynikający z analizy rynku ubezpieczeniowego I obserwacji poziomu składek konkurencji w tej branży. .

6. Określenie potencjalnego ryzyka na podstawie oszacowanych poziomów zagrożenia i podatności zasobu na zagrożenie oraz wartości tego zasobu

Szacując ryzyko metodą jakościową korzysta się często z predefiniowanych zakresów wartości rożnych parametrów procesu szacowania ryzyka jak i z wszelkiego rodzaju miar opisowych (np. możliwość realizacji jakiegoś zagrożenia opisuje się, jako „niską", „średnią" lub „wysoką"). Dla uzyskania konkretnych wartości stosuje się najczęściej metody ankietowe, w których wypełniana ankieta kierowana jest do właścicieli informacji i innych osób, których wiedza może być przydatna w procesie analizy ryzyka. W przykładzie potencjalne ryzyko narażenia obiektu – linii biznesowej na straty powiązane będzie, poprzez takie wartości, z poziomem zagrożenia, poziomem podatności zasobu odpowiadającego danej linii biznesowej – obiektowi wyeksponowaniu na ryzyko oraz wartością tego zasobu linii biznesowej, który w wyniku wyeksponowania na ryzyko może być całkowicie stracony lub tylko częściowo.

Dla uproszczenia przyjmiemy, że:

a) wartość zasobu jest predefiniowana oceną z zakresu od 0 do 3,

b) zidentyfikowanym uprzednio zagrożeniom i grupom zasobów odpowiadających poszczególnym liniom biznesowym, które poddane są ekspozycji na ryzyko przypisuje się miarę poziomu zagrożenia w skali: *niska*, *średnia*, *wysoka*.

Wielkość poziomu zagrożenia może być określona różnorodnie i zależy np. od:

- atrakcyjności zasobu, łatwości zamiany zdobytego zasobu w dobro przynoszące określony zysk pieniężny lub inny, zdolności dokonywania działań wywołujących zagrożenie (w przypadku zamierzonego zagrożenia (np. terrorystycznego) spowodowanego przez czynnik ludzki);
- możliwości wystąpienia zagrożenia (w znaczeniu potocznie stosowanego określenia „prawdopodobieństwa");
- stosowności podatności zasobu na wykorzystanie (technicznej zasobu lub innej);

c) przyjmuje się arbitralnie punktową skalę miary ryzyka w liczbach naturalnych z przedziału [0, 10].

Przykład 1. Szacowania ryzyka wartości zasobu

Dla zasobu z danej linii biznesowej wyznacza się podatność na zagrożenie w skali *N* (niska), *Ś* (średnia) i *W* (wysoka) i odpowiadające jej zagrożenie. Podatności na zagrożenie może nie być przyporządkowane żadne zagrożenie i odwrotnie, zagrożeniu podatność, co oznacza, że nie występuje wtedy ryzyko naruszenia wartości zasobu. W sytuacji występowania takiego ryzyka, wartości zasobu równej np. 2 ze skali (0, 1, 2, 3) przyporządkowuje się poziom zagrożenia np. *Ś* i temu poziomowi w skali też *N*, *Ś*, *W* odpowiada ryzyko według przyjętego schematu od 1 do 10.

Pokazane to jest w przykładzie z dwoma wartościami zasobu.

Szacowane ryzyko	Poziom zagrożenia	Niski			Średni			Wysoki		
	Poziom podatności	*N*	*Ś*	*W*	*N*	*Ś*	*W*	*N*	*Ś*	*W*
Wartość zasobu	2	5	6	7	6	7	8	7	8	9
	3	6	7	8	7	8	9	8	9	10

Źródło: opracowanie własne.

Z tabeli wynika, że najbardziej wyeksponowany na ryzyko (ocenione na 10 w skali od 0 do 10) jest zasób o wartości ocenionej najwyżej na poziomie 3, gdy poziom zagrożenia jest wysoki i w jego zakresie podatność na zagrożenie jest także wysokie.

Natomiast przykładowo, gdy wartość zasobu (linia biznesowa) jest wyceniona na 2, to przy średnim poziomie zagrożenia i niskiej podatności na zagrożenie, wyeksponowanie na ryzyko obiektu z danej linii biznesowej wycenione jest na 6. Rozmiar tej tabeli – wyznaczony jest liczbą kategorii zagrożenia, podatności i wartości zasobów i zależy od wyeksponowania na ryzyko ubezpieczanego obiektu firmy.

7. Ocena ryzyka względem poziomu zagrożenia i wagi (wartości zasobów) niekorzystnych dla firmy skutków zdarzenia

Analiza ryzyka może też mieć na celu jego jakościową ocenę i powinna umożliwić decydentowi stwierdzenie w odpowiedniej hierarchii, jakie zagrożenie wpływające na stopień ekspozycji na ryzyko ma największą wagę mierzoną wartością poziomu zagrożenia oraz jaka jest waga skutków dla firmy (ZU), które wywołuje (zwykle mierzone są one wartością zasobów, które są w obszarze oddziaływania tego zagrożenia). Powstały w wyniku takiej oceny ranking zagrożeń jest podstawą optymalnego zestawienia zagrożeń, co ma wpływ na uproszczenie analizy).

Sposób oceny ryzyka jest w tym przypadku mniej arbitralnie ujęty niż w poprzednim przykładzie i zależy dla danego zagrożenia od wyceny skutków wystąpienia zagrożenia i poziomu zagrożenia, który jest szacowany.

Z zaprezentowanych w poniższej tabeli danych wynika sposób wyceny ryzyka poszczególnych zagrożeń. Dla uproszczenia przyjmiemy, że występują 4 zagrożenia (*A*, *B*, *C*, *D*), dla których oszacowane są skutki wystąpienia zagrożenia (*s*) mierzone wartością zasobów wyrażonych kilkoma kolejnymi liczbami naturalnymi, które mogą się powtarzać, np. dwa różne zagrożenia mogą wywołać te same skutki mierzące wartość zasobu. W taki sam sposób oceniany jest poziom zagrożenia.

Z tabeli wynika, że ekspozycję na ryzyka najbardziej dotyczy zagrożenia *A*. Z ceny skutków *s* wystąpienia zagrożeń *A* i *C* wynika, że są takie same, na poziomie 2, ale inna jest ocena *pz* dla obu zagrożeń. Zagrożenie *A* ma najwyższą ocenę poziomu *pz*. Stąd w rankingu zagrożeń występuje, jako najbardziej wpływające na eksponowanie ryzyka zagrożeń.

W rozpatrywanym tu wariancie oceny jakościowej ryzyka pojawia się możliwość porównania i kolejnościowego ustawienia rożnych zagrożeń według wartości ekspozycji na ryzyko *r*. W tworzeniu tego rankingu nie

jest to uzależnione od wartości zasobu czy skutków wystąpienia zagrożeń ani poziomu podatności na wystąpienia zagrożenia.

Miary zastosowane w tym przypadku wymagały połączenia punktowych miar skutków i możliwości wystąpienia zagrożeń. W praktyce może być konieczne odniesienie realnych kosztów do zastosowanych tu empirycznych miar punktowych.

Rodzaj (*z*) zagrożenia	Ocena (*s*) skutków	Ocena poziomu zagrożenia (*pz*)	Wartość miary ryzyka *r* = (*spz*)	Ranking zagrożeń
A	2	4	8	1
B	4	1	4	3
C	2	1	2	4
D	3	2	6	2

Źródło: opracowanie własne.

W analizie ryzyka można uwzględnić też parametr oceny częstotliwości realizacji zagrożenia, odnoszący się do realizacji zagrożeń na podstawie poziomu zagrożenia i poziomu podatności (tak jak w przykładzie 1). Tak samo się go ocenia dla poziomów zagrożenia *N*, *Ś*, i *W* względem tak samo klasyfikowanych poziomów podatności na zagrożenie (niski, średni, i wysoki). W szacowaniu tego parametru nie jest brana pod uwagę wartość zasobu ani tym bardziej nie jest oceniana atrakcyjność zasobu w przypadku wywołania zdarzenia przez jego potencjalnego inicjatora z pewnych indywidualnych motywów. W tym przypadku mogą to być np. zwierzęta niszczące płody rolne.

Podsumowanie

Podjęty w artykule temat dotyka problematyki analizowanej z różnych punktów widzenia, a dotyczy szacowania zagrożeń wywołujących niekiedy ogromne straty, subiektywnie dobranych miar i ocen ryzyka niemających skwantyfikowanych podstaw w aspekcie formalizmu teorii ryzyka, by uznać je za oceny mogące być podstawą do ich ubezpieczenia zgodnie z ogólnie stosowaną w takich przypadkach formułą przyjmowaną w ZU. Zarys zaprezentowanej tu tematyki łączy się z wieloma podejmowanymi w literaturze próbami opisu sytuacji, gdy ewidentnie występują szkody wywołane rożnymi obserwowanymi w praktyce zagrożeniami. Przykła-

dy subiektywnie wyrażanych ocen ilościowych omówione w rozdziale 5 artykułu wskazują na możliwości ujęcia ryzyka metodami jakościowymi. Badania nad takim ujęciem ryzyka niesformalizowanego, a więc w istocie niepewności, są dla praktyki szacowania strat wywołanych przez trudno wyceniane zagrożenia bardzo ważne ale wielu autorów wskazując na takie zagrożenia nie podaje reguł mogących być podstawą do wyceny składki w ZU dla takich ryzyk. Stąd najczęściej takie ryzyka są ubezpieczane w grupie ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków, a wypłacane odszkodowania są wtedy z reguły silnie zaniżone lub dochodzenie roszczeń rozciąga się niekiedy na długi okres.

Tematyka omówiona w artykule ujęta została teoretycznie, ale ma ona silne odniesienie praktyczne, chociaż w samej pracy nie zostało to szerzej uwidocznione. Dla dalszych badań ten aspekt wymaga właśnie bardziej pogłębionych studiów.

Bibliografia

Jędrzychowska A., Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W. (2015), *Problem ryzyka zakładu ubezpieczeń pochodzących z ubezpieczeń komunikacyjnych,* „Studia Ekonomiczne ZN UE w Katowicach. Ekonomia" (3), nr 242.

Liderman K. (2003), *Oszacowanie jakościowe ryzyka dla potrzeb bezpieczeństwa teleinformatycznego*, „Biuletyn Instytutu Automatyki i Robotyki", nr 19, Warszawa.

Muślewski Ł. (2009), *Evaluation Method of Transport Systems Operation Quality*, „Polish Journal of Environmental Studies", vol. 18, no. 2A, Olsztyn.

Muślewski Ł., Woropay M. (2005), *Theoretical grounds to evaluate of the transport system operation*, Proceedings of the 12th International Congress of the International Maritime Association of Mediterranean – IMAM 2005, Maritime Transportation and Exploitation of Ocean and Costal Recources – Guedes Soares, Garbatov & Fonseca, Taylor & Francis Group, London.

Romanowska-Słomka I., Słomka A. (2008), *Karty oceny ryzyka zawodowego dla 100 stanowisk pracy*, SIGMA-NOT, ATEST, Kraków.

Szopa T. (2002), Podstawy analizy ryzyka zawodowego, Politechnika Warszawska.

Suh N.P. (1995), *Designing-in of Quality Through Axiomatic Design*, „IEEE: Transactions on Reliability", vol. 44, no. 2.

Wieteska S. (2016), *Tendencja kształtowania się ryzyka porażenia prądem ludności w Polsce w latach 2005–2012*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica", no. 1(318), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

[www1] http://www.mobileye.com/pl-pl/rynki/firmy-ubezpieczeniowe.

JAKOŚCIOWE SZACOWANIE PEWNYCH ZAGROŻEŃ GENERUJĄCYCH RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

W artykule podejmowany jest temat ujęcia zagrożeń w ubezpieczeniach w aspekcie systemowego zarządzania bezpieczeństwem ubezpieczanych obiektów (SZBUO). Główna uwaga skupiona zostanie na jakościowym szacowaniu ryzyka z reguły wywołanego zagrożeniami wywołującymi to ryzyko. Istotne przy takim podejściu do problematyki szacowania ryzyka jest dokonanie przeglądu metod szacowania ryzyka, co w praktyce przekłada się na problem projektowania i implementacji realizowany w systemie zarządzania bezpieczeństwem ubezpieczonych obiektów (SZBUO). Najczęściej w takim przypadku ryzyka są ubezpieczane w grupie ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków, a wypłacane odszkodowania są wtedy z reguły silnie zaniżone lub dochodzenie roszczeń rozciąga się niekiedy na długi okres.
Zarządzanie bezpieczeństwem ubezpieczanych obiektów leży, jeśli jest to możliwe w praktycznym interesie Zakładu Ubezpieczeń (ZU) i sprowadza się do doboru adekwatnej metody względem ubezpieczanego ryzyka indywidualnego lub grupy ryzyk (obiektu) w instytucji lub firmie. Z reguły uzasadnione to jest potrzebą stworzenia podstaw dla uzyskania rozwiązań systemowych skierowanych ku doborowi najbardziej odpowiednich zabezpieczeń przed zagrożeniami niemającymi ważnych dla ZU podstaw do ich ubezpieczania.
Słowa kluczowe: system zabezpieczeń, zarządzanie ryzykiem, szacowanie ryzyka.

QUALITY EVALUATION OF CERTAIN OF HAZARDS GENERATING RISK INSURANCE

An article's subject is threats in insurance in systemic risk management aspect of security management of insuranced objects. Main focus in this article is put on quality risk assessment which is usually caused by threats that are causing that risk what is important in such an approach is to verify risk assesment methods which can be problematic in pracice in terms of projecting and implementation in systemic risk management aspectof security mamagement of insuranced objects. The most common in such group are objects insuranced in group of accident and casualty insurances and compensation that is paid is usually significantly low. Managing of security of insuranced objects is in the interest of Social Insurance Institution and lies in choosing an adequate method in regard to insuranced good.
Keywords: security system, risk management, risk assessment.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.13

SYSTEMY BONUS–MALUS JAKO ELEMENT PROCESU TARYFIKACJI W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH OC

Anna Szymańska
dr hab., Katedra Ubezpieczeń,
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Pojęciem ubezpieczeń komunikacyjnych określa się wszystkie ubezpieczenia, które dotyczą pojazdów mechanicznych, a w szczególności posiadaczy tych pojazdów. Należą do nich między innymi ubezpieczenia autocasco (AC) oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych związane z ruchem tych pojazdów, nazywane ubezpieczeniami komunikacyjnymi OC. W Polsce zgodnie z klasyfikacją ustawową [Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej] ubezpieczenia komunikacyjne należą do Działu II *Pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych*, przy czym ubezpieczenia komunikacyjne autocasco (AC) i odpowiedzialności cywilnej (OC) stanowią odpowiednio grupę 3. i 10. Działu II. Ubezpieczenia komunikacyjne odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych i autocasco należą do najczęściej zawieranych ubezpieczeń w Polsce, o czym świadczy udział składki z tytułu tych ubezpieczeń w składce ubezpieczeń majątkowych. Według danych o ubezpieczeniach majątkowych (Raport o stanie sektora ubezpieczeń po I półroczu 2016 r.) w Polsce składka przypisana[1] brutto z tytułu ubezpieczeń komunikacyj-

1 Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, Dz.U. 2009, nr 225, poz.1825, składka przypisana to kwota składki należna za cały okres odpowiedzialności, niezależnie od jego długości.

nych OC i AC stanowiła 56,93% składki ubezpieczeń Działu II, z czego 34,77% to składka z tytułu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej OC, a 22,16% z tytułu ubezpieczeń autocasco.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych jest obowiązkowe w całej Europie, a jego zakres jest ujednolicony przez regulacje Unii Europejskiej. Dlatego konkurencja między towarzystwami nie opiera się na modyfikowaniu produktu, ale głównie na cenie ubezpieczenia oraz jakości obsługi klienta. Celem ubezpieczyciela jest kalkulacja składek jak najlepiej dostosowanych do ryzyka, jakie reprezentują ubezpieczeni. Zbyt wysoka składka może spowodować utratę klientów, zbyt niska składka może doprowadzić do antyselekcji ryzyka w portfelu ubezpieczyciela, czyli ubezpieczania się coraz większej liczby klientów charakteryzujących się wysoką szkodowością. Należy jednak pamiętać, że duży wpływ na wysokość składek mają ceny na lokalnym rynku oraz polityka marketingowa towarzystwa ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel może prowadzić politykę wzrostu udziału przypisu składki w rynku, czego konsekwencją jest obniżenie cen.

Według badań Insurance Europe średnia składka na czynną polisę w Polsce w roku 2013 wynosiła 106 euro i była jedną z niższych w Europie. Stanowiła 45% średniej europejskiej [*European Motor Insurance Markets*, 2013]. Przyczyną tak niskich składek w Polsce była prowadzona przez towarzystwa ubezpieczeniowe „wojna cenowa", której początki sięgają 2003 r. Wówczas Link4 wchodząc na polski rynek rozpoczęło sprzedaż ubezpieczeń przez telefon i Internet, co pozwoliło na obniżenie kosztów prowadzenia działalności, a co za tym idzie ceny produktu. Dla innych ubezpieczycieli funkcjonujących na polskim rynku oznaczało to konieczność dostosowania się do warunków na rynku poprzez obniżenie wysokości składek za ubezpieczenie komunikacyjne OC lub utrzymanie ich na zbliżonym poziomie pomimo wzrostu wartości wypłacanych odszkodowań i świadczeń. Skutkiem prowadzonej „wojny cenowej" była rekordowa strata na wyniku technicznym z tych ubezpieczeń, wynosząca na koniec 2015 r. ponad miliard zł. Po II kwartale 2016 r. strata wynosiła ponad pół miliarda złotych (–0,61 mld zł).

1. Etapy procesu taryfikacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych OC

W ubezpieczeniach komunikacyjnych OC proces taryfikacji składa się z dwóch etapów. W pierwszym z nich wyznacza się składkę *a priori* (składkę netto) za pomocą metod aktuarialnych na podstawie znanych

czynników ryzyka, nazywanych podstawowymi zmiennymi taryfikacyjnymi [Ostasiewicz (red.) 2000]. Tak wyznaczona składka powiększana m.in. o koszty działalności ubezpieczeniowej i dodatek bezpieczeństwa stanowi tzw. składkę bazową. W drugim etapie, nazywanym taryfikacją *a posteriori,* koryguje się składkę bazową poprzez uwzględnienie w niej zwyżek i zniżek uzależnionych od indywidualnych czynników ryzyka ubezpieczonego, otrzymując tzw. składkę przypisaną. Jednym z elementów taryfikacji *a posteriori*, powszechnie stosowanym w Europie są systemy bonus–malus [Lemaire 1995]. System bonus–malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych spełnia dwie funkcje: taryfikacyjną (pozwala na lepsze dopasowanie składki do ryzyka) oraz prewencyjną (wpływając na zmniejszanie w przyszłości indywidualnej szkodowości). System ten uzależnia wysokość płaconej składki od dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia (liczby zgłoszonych szkód w poprzednim okresie ubezpieczenia). Ubezpieczony bez historii szkodowości trafia do klasy podstawowej (startowej), następnie w zależności od liczby zgłaszanych roszczeń, przemieszcza się w kolejnych okresach ubezpieczenia do określonej klasy taryfowej. Kierowcy, którzy nie zgłosili żadnej szkody przechodzą do klas o niższej składce lub pozostają w tej samej klasie, jeżeli znajdują się już w klasie o maksymalnej zniżce. Kierowcy, którzy zgłosili jedną lub więcej szkód przechodzą do klasy o podwyższonej składce zgodnie z regułami przemieszczania się pomiędzy klasami. Klasy taryfowe różnią się między sobą wysokością składki, wyrażoną jako procent składki podstawowej, czyli stawką składki podstawowej. Klasy o stawce składki mniejszej niż 100% to klasy, w których występuje „bonus" (zniżka), klasy o stawce składki większej niż 100% to klasy „malus" (o składce podwyższonej).

Oprócz systemu bonus–malus w procesie taryfikacji zakłady ubezpieczeń mogą stosować inne zniżki i zwyżki w składce uzależnione od dodatkowych zmiennych taryfikacyjnych, takich jak wiek ubezpieczonego, czas posiadania prawa jazdy, posiadanie lub nie dzieci do lat 12, zawód ubezpieczonego, wiek samochodu, używanie samochodu do celów zarobkowych, posiadanie lub nie innego ubezpieczenia w tej samej firmie, kontynuacji ubezpieczenia itd.

Definicyjnie systemem bonus–malus nazywamy metodę wyznaczania indywidualnej składki netto na podstawie historii szkodowości ubezpieczonego (liczby szkód spowodowanej w przeszłości), spełniający następujące założenia:

1. Portfelem nazywamy ustaloną grupę kierowców (ubezpieczonych) podzieloną na klasy ryzyka, zwane klasami taryfowymi. Okresy ubezpieczenia są jednakowej długości i wynoszą jeden rok.
2. Liczba klas taryfowych jest skończona i wynosi r. Oznaczmy przez $R=\{1,2,...,r\}$ zbiór numerów klas taryfowych. Przyjmijmy, że klasa

numer 1 jest obciążana największymi zwyżkami, natomiast klasa o numerze r największymi zniżkami.

3. Ustalone są zasady przejścia pomiędzy klasami w zależności od liczby szkód spowodowanej przez ubezpieczonego w przeszłości. Przynależność ubezpieczonego do klasy w danym roku zależy od klasy, w której znajdował się w roku poprzednim oraz liczby szkód spowodowanych w roku poprzednim. Ubezpieczeni pozostają w danej klasie bonus–malus co najmniej jeden rok. Przy czym kierowcy bez historii szkodowości trafiają do klasy startowej.
4. Liczba szkód w danym roku dla dowolnego kierowcy z danej klasy jest zmienną losową K o znanym i stałym w czasie rozkładzie prawdopodobieństwa. Wysokość szkód pojedynczego kierowcy jest zmienną losową X. Zmienne K i X są niezależne. Zmienna losowa X jest łączną wartością szkód zgłaszanych w pojedynczym okresie czasu, tzn. w ciągu roku.
5. Każdej i-tej klasie taryfowej przyporządkowana jest stawka składki podstawowej b_i, i=1,...,r. Wektor $\mathbf{b} = (b_1,...., b_r)$ nazywamy wektorem stawek składki podstawowej.

System bonus–malus jest więc systemem, w którym ubezpieczyciel musi określić:

- wektor stawek składki podstawowej $\mathbf{b} = (b_1,...., b_r)$,
- klasę startową dla ubezpieczonych bez historii szkodowości,
- zasady przejścia pomiędzy klasami.

Tak określony system bonus–malus spełnia warunki definicyjne systemu.

Historycznie pierwszy system bonus–malus powstał w Wielkiej Brytanii w roku 1910. Kraje Europy Kontynentalnej zaczęły stosować systemy bonus–malus dopiero po1960 roku po ukazaniu się prac na ten temat w ASTIN BULLETIN [Bischel 1960, Bűlmann 1964].

W przypadku kalkulacji składek w ubezpieczeń komunikacyjnych istotną rolę odgrywają regulacje prawne w danym państwie. Regulacje takie mogą dotyczyć zarówno czynników taryfikacji przy ustalaniu składki bazowej, jak i samych systemów bonus–malus. W niektórych krajach, jak na przykład w Belgii, Francji czy Luxemburgu system bonus–malus, jest wprowadzony ustawowo. W innych krajach ubezpieczyciele mają swobodę konstrukcji systemu bonus–malus, jak np. w Austrii, Irlandii, Grecji, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Niemczech czy Polsce. Istnieją również kraje, jak Dania, gdzie towarzystwa ubezpieczeniowe stosują systemy bonus–malus dość luźno. Można jednak zauważyć, że mimo braku regulacji ustawowej, co do systemu bonus-malus, w niektórych państwach zwyczajowo system jest jednakowy lub istnieje typowy system bonus–malus. Do takich krajów należą m.in. Finlandia, Irlandia, Japonia, Niemcy czy

Szwajcaria. W wielu krajach powodem regulacji prawnych, co do systemu bonus–malus, są uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Ogranicza to jednak konkurencyjność na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych i może prowadzić do wzrostu składek.

Funkcjonujące na świecie systemy bonus–malus charakteryzują się bardzo dużą różnorodnością. Dotyczy to zarówno liczby klas funkcjonującego sytemu, jak i proporcji klas zwyżkowych do zniżkowych, zasad przejścia pomiędzy klasami oraz klasy startowej.

Można wskazać państwa o bardzo rozbudowanych systemach bonus–malus, jak Belgia, Francja, Luxemburg, Niemcy czy Szwajcaria. Systemy BM w tych krajach mają powyżej 20 klas oraz specyficzne zasady przejść pomiędzy klasami.

Istnieją systemy bonus–malus tylko o klasach zniżkowych oraz o klasie ze stawką 100% składki netto. Takie systemy funkcjonują w Brazylii, Finlandii, Hiszpanii, Hong-Kongu, Irlandii, Kenii, Szwecji, Wielkiej Brytanii czy Wietnamie, a ich cechą charakterystyczną jest niewielka liczba klas oraz najczęściej utrata zniżek po pierwszej szkodzie.

Stosunkowo rzadko występują systemy bonus–malus tylko o klasach zwyżkowych. Przykładem są tutaj Stany Zjednoczone Ameryki, w których sytemy bonus–malus są zróżnicowane w poszczególnych stanach i zawierają w większości tylko klasy ze zwyżką i stawką 100% stawki netto.

Wyjątkowy system bonus–malus funkcjonuje w Norwegii. Klasy tego systemu nie są stawkami składki netto, ale wartościami składki, wyrażonymi w €. Po każdej szkodzie składka wzrasta o 350 €.

W większości przypadków przynależność do klasy bonus–malus zależy od liczby spowodowanych w przeszłości szkód, najczęściej w okresie jednego roku. Istnieją jednak wyjątki. Przynależność do klasy w niektórych amerykańskich systemach bonus–malus zależy od liczby punktów karnych, które uzyskał ubezpieczony z powodu wykroczeń drogowych w okresie trzech lat poprzedzających zawarcie polisy. Już samo przydzielanie punktów karnych powoduje dość duże zróżnicowanie systemów w poszczególnych stanach. Również w Korei klasa bonus–malus zależy od punktów karnych przypisanych ubezpieczonemu w ostatnim roku poprzedzającym zawarcie polisy.

Najczęściej klasą startową, do której trafiają ubezpieczeni bez historii szkodowości jest klasa ze stawką 100% składki netto. Jednak istnieją wyjątki: na przykład w Belgii klasą startową jest klasa ze stawką 85%, w Wielkiej Brytanii – 75%, w Niemczech – 140%, we Włoszech – 115%.

Na polskim rynku ubezpieczeniowym funkcjonują systemy bonus–malus zróżnicowane pod względem liczby klas, stawek składki oraz reguł przejścia pomiędzy klasami systemu [Szymańska 2014].

2. Podstawy konstrukcji systemów bonus–malus

W ubezpieczeniach komunikacyjnych indywidualna składka netto w okresie t+1 jest wyznaczana na podstawie równania:

$$\Pi(X,K) = (EX)\cdot(EK)\cdot b_{t+1} \tag{1}$$

gdzie: $\Pi(X,K)$– indywidualna składka netto w okresie t+1, EX – wartość oczekiwana pojedynczej szkody w portfelu, EK – wartość oczekiwana liczby szkód dla pojedynczej polisy w portfelu, b_{t+1} – stawka składki w okresie t+1. W literaturze aktuarialnej zakłada się niezależność pomiędzy zmiennymi losowymi liczby i wielkości szkód.

Stawka składki jest zatem ilorazem składki *a posteriori*, nazywanej składką Bayesa oraz składki kolektywnej dla danego portfela, nazywanej składką *a priori*:

$$b_{t+1} = \frac{\Pi(X,K)}{EX\cdot EK}\cdot 100\% \tag{2}$$

System bonus–malus wyznaczony za pomocą analizy bayesowskiej nazywa się optymalnym systemem bonus–malus [Lemaire 1985]. W konstrukcji optymalnych systemów bonus–malus do wyznaczania stawek składki netto wykorzystuje się estymatory bayesowskie indywidualnego parametru ryzyka. Metody konstrukcji takich systemów przedstawiono w pracy [Szymańska 2014].

3. Efektywność systemów bonus–malus

Porównując różne systemy bonus–malus zadajemy pytanie, który z systemów jest najlepszy. Z punktu widzenia ubezpieczającego najlepszym systemem będzie taki, który pozwoli mu płacić najniższe składki. Z punktu widzenia towarzystwa ubezpieczeniowego najlepszy system to taki, który prawidłowo różnicuje składki w zależności od indywidualnego poziomu ryzyka ubezpieczanego (funkcja taryfikacyjna) oraz poprzez wysokie zwyżki zapobiega nadmiernej szkodowości (funkcja prewencyjna). Zarówno dla ubezpieczającego, jak i dla ubezpieczyciela, idealnym

systemem bonus–malus będzie zatem taki, który najlepiej dopasowuje stawki składek do ryzyka reprezentowanego przez ubezpieczonego.

W literaturze aktuarialnej do oceny systemów bonus–malus stosuje się miary efektywności [Lemaire 1985, 1995; Denuit i in. 2007].

Efektywność według *Słownika języka polskiego* [Szymczak (red.) 1978: 516] to „pozytywny wynik, wydajność, skuteczność, sprawność". Zatem efektywny system bonus–malus to taki, który skutecznie spełnia funkcje taryfikacyjną i prewencyjną.

Nie ma uniwersalnej miary pozwalającej ocenić tak rozumianą efektywność systemów bonus–malus. Trudno również zbadać efekt funkcji prewencyjnej systemów bonus–malus ze względu na zbyt wiele czynników wpływających na szkodowość w ubezpieczeniach komunikacyjnych.

Znane z literatury aktuarialnej miary oceny systemów bonus–malus można podzielić na trzy grupy: miary efektywności taryfikacyjnej, miary efektywności ekonomicznej oraz miary oceny stabilności i konstrukcji systemów bonus–malus. W tabeli 1 przedstawiono wybrane miary oceny systemów oraz ich klasyfikację. Zastosowanie większości z prezentowanych miar wymaga przyjęcia założenia, że system bonus–malus jest modelowany za pomocą jednorodnych łańcuchów Markowa.

4. Wady i zalety systemów bonus–malus

Systemy bonus–malus mają wady i zalety. Do zalet należy to, że pozwalają różnicować składki w zależności od indywidualnej szkodowości ubezpieczonego. Pełnią również, jak wspomniano, funkcję prewencyjną. Potencjalna zwyżka składki w pewnym stopniu wpływa na zachowanie kierowców i ogranicza liczbę szkód. Można jednak spotkać się z krytyką systemów bonus–malus. Wielu aktuariuszy uważa, że system ten przeczy podstawowej idei ubezpieczeń, zgodnie z którą ryzyko powinno być rozłożone równomiernie wśród ubezpieczonych w danym portfelu. Według krytyków system bonus–malus wprowadza również niestabilność ekonomiczną spowodowaną osłabieniem teoretycznych zasad wyznaczania składek oraz często bywa przyczyną nierównowagi finansowej ubezpieczyciela z powodu wysokiej koncentracji polis w klasach zniżkowych powodując spadek przeciętnej składki płaconej przez ubezpieczonych. Jest to efekt zbyt łagodnych systemów funkcjonujących na rynku. Ale to rynek poniekąd wymusza na ubezpieczycielach tą łagodność.

Grupa miar	Miary
Efektywności taryfikacyjnej	**Efektywność Loimaranty** [Lemaire 1995; Loimaranta 1972] $\eta(\lambda)=\frac{B'(\lambda)}{B(\lambda)}\cdot\lambda=\frac{dB(\lambda)}{B(\lambda)}\Big/\frac{d\lambda}{\lambda}$ $B(\lambda)=\sum_{i=1}^{s}a_j(\lambda)\cdot b_j$ – oczekiwana stacjonarna składka za pojedynczy okres po osiągnięciu przez system stanu stacjonarnego dla ubezpieczonego o parametrze ryzyka (współczynniku intensywności szkód) λ, gdzie b_j jest stawką w j-tej klasie, $\mathbf{b}=(b_1,\ldots,b_s)$ jest wektorem stawek składki, $\mathbf{a}(\lambda)=[a_1(\lambda),\ldots,a_j(\lambda)]$ jest wektorem, którego składowymi są prawdopodobieństwa przynależności ubezpieczonego do j-tej klasy po osiągnięciu przez system stanu stacjonarnego takie, że $\sum_{j=1}^{s}a_j(\lambda)=1$.
	Elastyczność ogólna (łączna) [Szymańska i Małecka 2013] $\eta=\int_0^{\infty}\eta(\lambda)\pi(\lambda)d\lambda$ gdzie $\pi(\lambda)$ jest funkcją gęstości zmiennej losowej λ.
	Względnym stacjonarny oczekiwany poziomem składki *RSAL* [Lemaire 1985] $RSAL(\lambda)=\frac{B(\lambda)-\min_j(b_j)}{\max_j(b_j)-\min_j(b_j)}$.
	Efektywność zależna od klasy startowej [Lemaire 1985] $\mu_i(\lambda)=\frac{v_i'(\lambda)}{v_i(\lambda)}\cdot\lambda=\frac{dv_i(\lambda)}{v_i(\lambda)}\Big/\frac{d\lambda}{\lambda}$ gdzie: $v_i(\lambda)=b_i+d\sum p_k(\lambda)\cdot v_{T_k(i)}(\lambda),\ i=1,\ldots,s$ b_i – oznacza roczną składkę w klasie i, d – czynnik dyskonta, $T_k(i)=j$ – funkcję transformacji, $\bar{\mathbf{v}}(\lambda)=[v_1(\lambda),\ldots,v_s(\lambda)]$ wektor, którego składowymi są zdyskontowane (na początek ubezpieczenia) oczekiwane składki zależnie od klasy C_i bonus–malus. Jeżeli ubezpieczony startuje z klasy i, to zdyskontowane składki wynoszą $v_i(\lambda)$.
	Współczynnik zmienności oczekiwanej asymptotycznej składki [Bonsdorff 1992] $V=\frac{\sqrt{Var(B(\lambda))}}{E(B(\lambda))}=\frac{\sqrt{\sum_{i=1}^{s}(b_i-B(\lambda))^2a_i(\lambda)}}{E(B(\lambda))}$.
	Efektywność De Prila [De Pril 1979] $e_\tau(\lambda)=\frac{\frac{dE[X_\tau(\lambda)]}{E[X_\tau(\lambda)]}}{\frac{dE[Y_\tau(\lambda)]}{E[Y_\tau(\lambda)]}}=\frac{d\ln E[X_\tau(\lambda)]}{d\ln E[Y_\tau(\lambda)]}$ dla ubezpieczonego o parametrze ryzyka λ w przedziale $[0,\tau)$.
Efektywności ekonomicznej	**Wynik techniczny z działalności ubezpieczeniowej**
	Średni optymalny poziom retencji [Lemaire 1985]
	Oczekiwana stacjonarna składka

Oceny stabilności i konstrukcji	**Wskaźnik zbieżności** $(TV)_n = \sum_{j=1}^{s} \left| p_{ij}^n(\lambda) - a_j(\lambda) \right|.$
	Współczynnik rozpiętości klas [Meyer 2005] $sp = \frac{\max_j(b_j)}{\min_j(b_j)}, \quad j \in \{1,...,s\}.$
	Ogólny wskaźnik stabilności [Kordos 1973] $W_t^{(1)} = \frac{1}{s}\sum_{i=1}^{s} p_{ij}(t)$ gdzie $p_{ij}(t) = \frac{n_{ij}}{n_{i,t}}, \quad i,j = 1,2,...,s, \ \sum_{i=1}^{s} p_{ij} = 1$ oraz n_{ij} oznacza liczbę polis, które przeszły z *i*-tej klasy BM w okresie *t* do *j*-tej klasy BM w okresie *t*+1; $n_{i,t}$ oznacza liczbę polis w klasie *i* w okresie *t*.
	Wskaźnik mierzący kierunek zmiany klasy bonus–malus [Kordos 1973] $W_t^{(2)} = \frac{\sum_{i=1}^{k-1}\sum_{i>j} p_{ij}(t)}{\sum_{i}\sum_{j>i} p_{ij}(t) + \sum_{i}\sum_{j<i} p_{ij}(t)}$ gdzie dla $j > i \quad p_{ij}(t)$ są prawdopodobieństwami przejścia ubezpieczonego do następnej klasy BM, czyli do klasy z mniejszą stawką.
	Miary oparte na prawdopodobieństwie równowagi [Jędrzychowska i Poprawska 2013]
	Wskaźnik koncentracji polis w klasach z maksymalną zniżką [Szymańska 2014] $W_k = \frac{l}{s}$ gdzie *l* jest liczbą lat wymaganych w systemie bonus–malus do uzyskania maksymalnej zniżki dla ubezpieczonego rozpoczynającego od klasy startowej, z bezszkodową historią ubezpieczenia; *s* jest liczbą klas bonus–malus.
	Wskaźnik stabilizacji systemu bonus–malus [Kochański 2000] $\left\| \frac{B(n,\lambda) - B(\lambda)}{B(\lambda)} \right\| < 0{,}03$ gdzie $B(n,\lambda)$ jest średnią składką w kolejnym *n*-tym roku, $B(\lambda)$ jest oczekiwaną stacjonarną składką.
	Wskaźnik oczekiwanej stacjonarnej składki uwzględniający względny czas stabilizacji systemu *Wsk* [Szymańska 2014] $Wsk = \frac{B(\lambda)}{t_s}$ gdzie: $B(\lambda)$ – oczekiwana stacjonarna składka, t_s – czas stabilizacji systemu w latach.

Tabela 1. Wybrane miary oceny systemów bonus–malus
Źródło: opracowanie własne.

System pełniąc rolę marketingową nie może być zbyt restrykcyjny, jeżeli ubezpieczyciel chce pozyskiwać nowych klientów i zatrzymać dotychczasowych. Trudno jednak się nie zgodzić z opinią, że system bonus–malus nie jest jedyną przyczyną nierównowagi finansowej ubezpieczycieli w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych. Wielu ekspertów twierdzi, że składki nie są na przykład odpowiednio indeksowane. Kolejną wadą

systemów bonus–malus wymienianą w literaturze jest tendencja do nie zgłaszania szkód o małej wartości, czyli tzw. łaknienie zniżek (ang. *hunger for bonus*), co zniekształca rozkłady liczby i wielkości szkód. Jednak z drugiej strony uważa się, że zjawisko łaknienia zniżek jest pozytywne. Towarzystwa ubezpieczeniowe mają mniejsze koszty likwidacji szkód i wiele z nich z tego powodu stosuje system bonus–malus [Taylor 1997]. Im system bonus–malus jest bardziej restrykcyjny, tym silniejszy efekt łaknienia zniżek. Dawniej towarzystwa ubezpieczeniowe obawiały się stosowania systemów bonus–malus o rygorystycznych karach dla ubezpieczonych powodujących dużo szkód, ze względu na możliwość utraty klienta, który po zgłoszeniu szkody mógłby zmienić ubezpieczyciela. Jednak obecnie funkcjonują bazy danych umożliwiające sprawdzenie przebiegu ubezpieczenia konkretnego klienta.

Podsumowanie

Przyglądając się taryfikacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych wydaje się uzasadnione, że im więcej zmiennych taryfowych wykorzystuje towarzystwo ubezpieczeniowe, tym mniej skomplikowany może być system bonus–malus. Im zmiennych taryfowych jest mniej, tym system bonus–malus powinien być bardziej rozbudowany. Jednak nie ma tu całkowitej dowolności dla towarzystwa ubezpieczeniowego. Wynika to z dwóch powodów: po pierwsze społecznych, po drugie statystycznych. Pewne zmienne nie mogą być zmiennymi taryfikacyjnymi ze względu na ich poufność, jak na przykład stan majątku czy brak przyzwolenia społecznego, jak na przykład kolor skóry. Z punktu widzenia statystyki zbyt duża liczba zmiennych taryfikacyjnych może prowadzić do bardzo mało licznych klas taryfowych, co spowoduje brak możliwości zastosowania pewnych metod – na przykład oceny zgodności rozkładu za pomocą testu chi-kwadrat czy aproksymacji sumy wypłat. Biorąc to pod uwagę nie można nie stosować żadnego systemu bonus–malus.

Niepokojącym zjawiskiem na polskim rynku ubezpieczeń komunikacyjnych OC jest brak informacji o funkcjonujących systemach bonus–malus. Oznacza to, że nie tylko coraz trudniej oceniać kierunki zmian tego etapu taryfikacji czy samej efektywności funkcjonujących systemów, ale przede wszystkim klient nie jest świadomy potencjalnych zwyżek i zniżek. Sprawia to, że osłabia się funkcja prewencyjna tego instrumentu.

Bibliografia

Bichsel F. (1960), *Une etode pour calculer une ristourne adequate pour annes sans sinistres*, „ASTIN Bulletin", vol. 1.

Bonsdorff H. (1992), *On the Convergence Rate of Bonus-Malus Systems*, „ASTIN Bulletin", vol. 22, no. 2.

Bühlmann H. (1967), *Experience Rating and Credibility*, „ASTIN Bulletin", vol. IV–III.

Denuit M., Marechal X., Pitrebois S., Walhin J.F. (2007), *Actuarial Modelling of Claim Counts. Risk classification, Credability and Bonus-Malus Systems,* J. Wiley & Sons, England.

De Pril (1979), *Optimal Claim Decisions for a Bonus-Malus System: A Continuous Approach*, „ASTIN Bulletin", vol. 10.

European Motor Insurance Markets, Insurance Europe, November 2015, www.insuranceeurope.eu.

Jędrzychowska A., Poprawska E. (2013), *Klasyczne miary efektywności systemów bonus–malus*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 2.

Kochański B. (2000), *Efektywność funkcjonowania systemu bonus-malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych w Polsce i wybranych krajach europejskich,* praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. M. Szredera, Uniwersytet Gdański, Sopot.

Kordos J. (1973), *Metody analizy i prognozowania rozkładów płac i dochodów ludności*, PWE, Warszawa.

Lemaire J. (1985), *Automobil Insurance. Actuarial Models*, Kluwer, Boston.

Lemaire J. (1995), *Bonus–Malus Systems in Automobile Insurance*, Kluwer, Boston.

Loimaranta K. (1972), *Some Asymptotic Properties of Bonus Systems*, „ASTIN Bulletin", vol. 6.

Meyer U. (2005), *Fnal report for the Project Car Insurance Tariffs*, *Part III. Motor Liability Insurance in Europe. Comparative Study of the Economic–Statistical Situation,* http://www.uni-bamberg.de.

Ostasiewicz W. (2000), *Modele Aktuarialne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. O. Langego we Wrocławiu, Wrocław.

Raport o stanie sektora ubezpieczeń po I półroczu 2016 r., Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2016,www.knf.gov.pl.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, Dz.U. 2009, nr 225, poz. 1825.

Szymańska A., Małecka M. (2013), *Zastosowanie metody trapezów w ocenie efektywności taryfikacyjnej systemów bonus–malus ubezpieczeń komunikacyjnych OC,* [w:] Z. Zieliński (red.), *Rola informatyki w naukach ekonomicznych i społecznych. Innowacje i implikacje interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlowej, Kielce.

Szymańska A. (2014), *Statystyczna analiza systemów bonus-malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
Szymczak M. (red.) (1978), *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa.
Taylor G. (1997), *Setting A Bonus–Malus Scale in the Presence of Other Rating Factors*, „ASTIN Bulletin", vol. 27.
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz.U. 2015, poz. 1844, Załącznik do ustawy z dnia 11 września 2015 r.

SYSTEMY BONUS–MALUS JAKO ELEMENT PROCESU TARYFIKACJI W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH OC

Systemy bonus–malus są jednym z elementów procesu taryfikacji w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Bezpośrednio wpływają na wysokość składki, co sprawia, że często decydują o konkurecyjności ubezpieczyciela na rynku. Trudno jest jednak oceniać ich efektywność. Celem pracy jest przybliżenie pojęcia systemu bonus–malus, miar oceny systemów oraz przedstawienie ich wad i zalet.
Słowa kluczowe: ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, system bonus–malus.

BONUS–MALUS SYSTEMS AS THE ELEMENT OF RATEMAKING PROCESS IN THE MOTOR THIRD LIABILITY INSURANCE

Bonus–malus systems are one of the elements of ratemaking process in the motor third liability insurance. They directly affect the amount of the premium, which often determines competitiveness of the insurer on the market. However, it is difficult to assess their effectiveness. The aim of this paper is to introduce the concept of bonus–malus system, measures of the systems assessment and to present their advantages and disadvantages.
Keywords: MTLP insurance, bonus–malus system.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-628-5.14

FUNDAMENTALNY PORTFEL PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH JAKO ALTERNATYWA DLA MODELU MARKOWITZ'A

Waldemar Tarczyński
prof. zw. dr hab., Katedra Ubezpieczeń i Rynków Kapitałowych,
Instytut Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania,
Uniwersytet Szczeciński

1. Analiza portfelowa

Analiza portfelowa zajmuje się technikami inwestowania w więcej niż jeden walor. Zasadniczym motywem kupowania więcej niż jednego papieru wartościowego jest chęć zmniejszenia do zera ryzyka dywersyfikowalnego i zoptymalizowanie przychodu i ryzyka inwestycji. Można wykazać, że poprawnie skonstruowany portfel papierów wartościowych pozwala na osiągnięcie tych właśnie celów. Metody analizy portfelowej zalicza się do grupy metod pozwalających dokonywać długoterminowych inwestycji. Wynika to z generalnie małej elastyczności i płynności portfela. Niewątpliwie sprawia to, że metody analizy portfelowej są bliższe metodom analizy fundamentalnej niż metodom analizy technicznej.

W praktyce papiery wartościowe o wysokiej stopie zwrotu charakteryzują się wysokim ryzykiem. Inwestor poszukuje takich możliwości lokowania kapitału, w których przy zwiększaniu stopy zwrotu zmniejsza się również ryzyko. Możliwość zrealizowania tak sformułowanego założenia stwarza portfel papierów wartościowych.

Przez portfel papierów wartościowych należy rozumieć dowolny zestaw papierów wartościowych, które posiada inwestor. Oznacza to, że liczba składników danego portfela jest dokładnie równa tyle, ile różnych rodzajów papierów wartościowych zawiera portfel. Należy podkreślić, że teoria portfela papierów wartościowych to jeden z najważniejszych działów nowoczesnych finansów.

Podstawy teorii zarządzania portfelowego i metody wyboru efektywnego doboru aktywów oraz sposobu ich finansowania stworzył w swoich pracach Markowitz [1952; 1959]. Idee Markowitz'a zostały rozwinięte przez Sharpe'a (który wprowadził między innymi w 1963 roku model jednowskaźnikowy, upraszczający klasyczną teorię Markowitz'a, i zaproponował model równowagi rynku kapitałowego [Sharpe 1963]), Lintnera [Lintner 1965a, 1965b] i Mossina [Mossin 1966].

Zgodnie z pracami Markowitz'a, przy konstruowaniu portfela papierów wartościowych największą wagę przywiązuje się do jakościowych korzyści osiąganych, przez dywersyfikację inwestycji w papiery wartościowe. Model Markowitz'a jest oparty na metodach ilościowych. Założenia modelu Markowitz'a można znaleźć na przykład w pracy Markowitz [1952].

Dywersyfikacja inwestycji w papiery wartościowe zmniejsza rozpiętość stóp zwrotu. Zysk z inwestycji w papiery wartościowe przybiera dwojaką postać. Pierwsza to dywidenda wypłacona przez spółkę, druga to zysk wynikający ze wzrostu wartości rynkowej papierów wartościowych. Zysk z zainwestowania w papiery wartościowe wyznacza stopa zwrotu z inwestycji.

Sposobem na zmniejszenie ryzyka portfela papierów wartościowych jest dywersyfikacja zaproponowana przez Markowitz'a, która polega na zwiększeniu liczby papierów wartościowych w portfelu. W wyniku dywersyfikacji portfela (zwiększania liczby elementów wchodzących w skład portfela) można zmniejszać aż do zera udział wariancji poszczególnych akcji w ryzyku całkowitym portfela. Ryzyko całego portfela najmniejsze z możliwych nie może być z kolei niższe niż kowariancja, której udziału w ryzyku całkowitym nie można zmniejszyć.

Model zaproponowany po raz pierwszy przez Markowitz'a można zapisać w następującej uproszczonej postaci:

$$S_p \rightarrow \min, \tag{1}$$

$$R_p = \sum_{i=1}^{n} R_i,$$

$$\sum_{i=1}^{n} x_i = 1,$$

$$x_i \geq 0,$$

gdzie:
R_p – oczekiwana stopa zwrotu portfela,
S_p – oczekiwane ryzyko portfela,
n– liczba akcji w portfelu,
x_i – udział *i-te*j akcji w portfelu (konieczny do wyznaczenia R_p i S_p).

Za pomocą modelu Markowitz'a nie można dokładnie określić optymalnego portfela inwestycyjnego, lecz można na jego podstawie otrzymać zbiór portfeli opłacalnych pod względem stopy zysku i ryzyka. Są to portfele dające maksymalne zyski przy danym poziomie ryzyka lub minimalne ryzyko dla danej wysokości zysków. W praktyce z analiz są odrzucane portfele o ujemnej stopie zwrotu. Jest to możliwe do rozwiązania dzięki zastosowaniu techniki programowania dualnego (nieliniowa funkcja celu przy liniowych ograniczeniach).

Główne zastrzeżenie do modelu Markowitz'a dotyczy niemożności zastosowania go w praktyce. Aby stworzyć optymalny portfel, należy zebrać ogromną liczbę danych nawet dla małej liczby papierów wartościowych w portfelu. Ponadto obliczenia te nie należą do najprostszych. Nie kwestionując zalet portfela papierów wartościowych, w praktyce rzadko stosuje się model Markowitz'a. Późniejsze badania nad zagadnieniem tworzenia optymalnego portfela papierów wartościowych doprowadziły do powstania wielu modeli o większym znaczeniu praktycznym niż klasyczny model Markowitz'a.

2. Fundamentalne kryterium budowy portfela papierów wartościowych

Oceniając klasyczne koncepcje portfela papierów wartościowych z punktu widzenia pragmatyki, można stwierdzić, że są to techniki analiz i dokonywania inwestycji długoterminowych. Wynika to przede wszystkim z małej elastyczności portfela papierów wartościowych. Bezcelowe jest konstruowanie portfela, gdy jego budowa może zająć czasami nawet kilka tygodni, a zmiana nastąpi na przykład po miesiącu. Nawet jeżeli stwierdzimy, na podstawie oceny aktualnej sytuacji rynkowej, konieczność przekonstruowania portfela, to praktyczne przeprowadzenie tego procesu, z uwagi na ograniczoną płynność giełdy papierów wartościowych (na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie przeciętnie na jednym notowaniu w obrocie jest 1% akcji każdej spółki), jest niemożliwe w krótkim okresie. Wydaje się zatem oczywiste, że portfel papierów wartościowych powinien być konstruowany długoterminowo. Z analizy giełdy wynika, że kryterium stopy zwrotu i ryzyka wyznaczanego na podstawie koncepcji wariancji stopy zwrotu nie są najlepszymi miarami ze względu na ich niestabilność. Jest to szczególnie widoczne na rynkach rozwijających się (do takich należy polski rynek), z niewielką płynnością, gdzie klasyczne portfele nie pozwalają na osiąganie ponadprzeciętnych przychodów.

Jest to bodźcem do poszukiwania nowych rozwiązań, pozwalających na budowanie portfela papierów wartościowych w sposób naturalny wykorzystującego długoterminowe podstawy do decyzji inwestycyjnej. Wydaje się, że celowe może być połączenie metod analizy fundamentalnej z ideą konstruowania portfela papierów wartościowych. Nie jest to możliwe w sposób bezpośredni, ponieważ analiza fundamentalna jest zbyt obszerna i sformalizowanie jej na potrzeby budowy portfela papierów wartościowych wymaga znacznych uproszczeń. Analiza fundamentalna jako typowa technika analiz na potrzeby inwestycji długoterminowych wydaje się być dobrą podstawą do konstruowania portfela papierów wartościowych. Problemem, który musi zostać rozwiązany jest doprowadzenie wieloelementowych rezultatów analizy fundamentalnej do postaci umożliwiającej wykorzystanie jej do budowy portfela papierów wartościowych. Gwarancją rozwiązania tak postawionego problemu jest zaproponowana taksonomiczna miara atrakcyjności inwestycji *TMAI*.

Nowa koncepcja konstruowania portfela papierów wartościowych jest to propozycja budowania fundamentalnego portfela papierów wartościowych, który będzie portfelem długoterminowym, uwzględniającym ważne zalety analizy fundamentalnej, czyli uwzględniającym rzeczywistą siłę spółek kosztem rezygnacji z podmiotów słabych z finansowo-ekonomicznego punktu widzenia, określanych mianem spółek spekulacyjnych. Portfel zbudowany na takich podstawach będzie stabilny i bezpieczny. Wydaje się, że dla inwestorów długoterminowych zalety takiego podejścia są oczywiste. Zasadniczym kryterium podlegającym optymalizacji jest suma wartości syntetycznych miar opisujących siłę fundamentalną spółek wchodzących w skład portfela ważona udziałami akcji w portfelu. Wartość tak pojmowanego kryterium jest maksymalizowana. Taka konstrukcja funkcji celu ma zapewnić stabilność i bezpieczeństwo portfela w długim okresie. Pierwsze propozycje konstruowania takiego portfela można znaleźć w pracach Tarczyńskiego [Tarczyński 1995a; 1995b; 1996; 1997].

Etapy konstruowania fundamentalnego portfela papierów wartościowych można ująć w następujące punkty: analiza makroekonomiczna, analiza sektorowa, ocena kondycji ekonomiczno-finansowej spółek, wyznaczenie wartości *TMAI*, skonstruowanie funkcji celu uwzględniającej *TMAI* i wyznaczenie warunków ograniczających dla modelu.

Takie podejście umożliwia obiektywną ocenę kondycji finansowo-ekonomicznej spółek giełdowych i skonstruowanie portfela papierów wartościowych uwzględniającego siłę fundamentalną spółek i długoterminowy charakter inwestycji. Na gruncie tak zbudowanego portfela papierów wartościowych możliwe są dalsze prace, mogące na przykład zmierzać do opracowania uniwersalnych i stabilnych kryteriów dla syn-

tetycznej miary i warunków ograniczających, które będą niewrażliwe na etap rozwoju rynku kapitałowego w danym kraju.

W proponowanej metodzie budowy fundamentalnego portfela papierów wartościowych wartości *TMAI* są kryterium podlegającym optymalizacji. Jest to zasadnicza zmiana w stosunku do klasycznych koncepcji opartych na stopie zwrotu i ryzyku. Portfel oparty na kryterium *TMAI* jest optymalny z fundamentalnego punktu widzenia, czyli wybiera układ najlepszy ze względu na kondycję ekonomiczno-finansową spółek.

Proponowana funkcja celu i warunki ograniczające w wariancie rozbudowanym może zostać zapisana następująco:

$$f = \sum_{i=1}^{n} TMAI_i \cdot x_i \rightarrow max, \tag{2}$$

$$\sum_{i=1}^{n} R_i \cdot x_i \geq R, \tag{3}$$

$$\sum_{i=1}^{n} S_i \cdot x_i \leq S, \tag{4}$$

$$\sum_{i=1}^{n} x_i = 1, \tag{5}$$

$$x_1, x_2, ..., x_n \geq 0, \tag{6}$$

gdzie:
$TMAI_i$ – taksonomiczna miara atrakcyjności inwestycji w *i-tą* spółkę,
x_i – udział akcji *i-tej* spółki w portfelu,
R_i – tygodniowa stopa zwrotu dla *i-tej* spółki,
R – pożądana przez inwestora średnia tygodniowa stopa zwrotu portfela,
S_i – tygodniowe ryzyko inwestycji dla *i-tej* spółki wyznaczone jako odchylenie standardowe stopy zwrotu,
S – akceptowane przez inwestora średnie tygodniowe ryzyko portfela,
n – liczba spółek.

Zaproponowany model wymaga nałożenia kilku dodatkowych ograniczeń oraz wyjaśnienia wystąpienia niektórych warunków ograniczających.

Pierwsze, to ograniczenie potencjalnych papierów wartościowych mogących wejść w skład portfela do tych, dla których w przyjętym okresie analizy stopa zwrotu jest większa od zera. Oczywiście, w skrajnym

przypadku można pominąć to ograniczenie i do analiz przyjąć wszystkie papiery wartościowe dostępne na rynku. Można wykorzystać też formalne kryteria, jak na przykład analizę dyskryminacyjną, która pozwala na wyodrębnienie grupy spółek spełniających określone warunki.

Drugie, to zdefiniowanie okresu objętego analizą. Przyjęta w modelu zasada tygodniowych odcinków czasu dla stopy zwrotu nie musi być kanonem. Okres ten może być dłuższy lub krótszy, co jest uzależnione przede wszystkim od charakteru inwestycji. Generalnie przy długookresowym charakterze portfela wynikającym z jego istoty merytorycznej najkrótszy okres powinien być tygodniowy, zaś najdłuższy miesięczny.

Trzecie, to konieczność określenia już na początku poziomu akceptacji ryzyka przez inwestora oraz oczekiwane przez niego stopy zwrotu z inwestycji. Model jest w tym zakresie bardzo elastyczny. Wartości *R* i *S* pożądane przez inwestora mogą być przyjęte zgodnie z efektem portfelowym stopy zwrotu i efektem portfelowym ryzyka, czyli *R* jako minimalna stopa zwrotu ze spółek branych pod uwagę przy budowie portfela, *S* jako maksymalne odchylenie standardowe stopy zwrotu ze spółek branych pod uwagę przy budowie portfela. Jako wielkości graniczne można też przyjąć poziomy tych miar wyznaczone w inny sposób (np. średnia arytmetyczna ze stóp zwrotu i ryzyk dla spółek branych pod uwagę przy konstruowaniu portfela lub stopa zwrotu i ryzyko rynku mierzone indeksem giełdowym).

Jeżeli chodzi o warunki ograniczające (3), (4), (5) – udziały poszczególnych akcji w portfelu sumują się do jedności, i (6), są one oczywiste i nie wymagają wyjaśnień.

Stopę zwrotu i ryzyko portfela wyznaczonego wzorami (2)÷(6) można obliczyć według wzorów, jak dla modelu Markowitz'a:

$$S_p^2 = \sum_{i=1}^{N}\sum_{j=1}^{N} x_i \cdot x_j \cdot \operatorname{cov}(x_i, x_j) \rightarrow \min, \tag{7}$$

$$R_p = \sum_{i=1}^{N} x_i \cdot R_i, \tag{8}$$

Pozwala to na porównanie fundamentalnego portfela papierów wartościowych z klasycznymi portfelami. Wadą takiego sposobu pomiaru stopy zwrotu i ryzyka, zarówno w klasycznych modelach, jak i w podejściu fundamentalnym, jest fakt, że wielkości te nie są prognozą a jedynie egzemplifikacją przeszłości. Idealne byłoby rozwiązanie wykorzystujące prognozy. Wartości obliczone na podstawie danych historycznych, jak pokazują doświadczenia praktyczne, nie należą do najlepszych i należy do nich podchodzić z dużą rozwagą.

Proponowany model nie uwzględnia możliwości krótkiej sprzedaży – warunek (6). Usunięcie tego warunku z modelu będzie równoznaczne z dopuszczeniem zastosowania w praktyce krótkiej sprzedaży (udziały akcji w portfelu mogą być ujemne, ale w dalszym ciągu ich suma będzie równa jedności).

Formuła modelu nie narzuca ostatecznych ograniczeń i w zależności od preferencji inwestora można wprowadzić do modelu również inne warunki ograniczające. Należy jednak pamiętać, ze najważniejsza informacja jest zawarta w warunkach (3) i (4) i dalsze rozbudowywanie modelu wcale nie musi prowadzić (i tak jest najczęściej) do poprawy jego jakości, która jeżeli już wystąpi, to nie jest na tyle istotna, aby uzasadniało to komplikowanie modelu nowymi warunkami ograniczającymi.

W przypadku samych wartości *TMAI* występujących w funkcji celu, aby uchwycić jak najlepiej kondycję firm, można wyznaczyć wartości poszczególnych wskaźników ekonomiczno-finansowych jako pewną średnią z trzech lub pięciu ostatnich lat, co faktycznie odda istotę kondycji firmy. W przypadku trudności z uzyskaniem wiarygodnych prognoz tych wielkości takie podejście jest bardzo wskazane. Można wreszcie podjąć się próby analizowania ciągu wartości *TMAI* dla firmy za kilka okresów i przyjmowanie do modelu również pewnych średnich tych wielkości. W przypadku stabilnej gospodarki i rynku kapitałowego w danym kraju można zaproponować prognozowanie wartości *TMAI* i na tej podstawie dopiero budowanie portfela fundamentalnego.

Zmodyfikowany fundamentalny portfel papierów wartościowych zawiera miarę ryzyka w funkcji celu. Ryzyko portfela jest minimalizowane z uwzględnieniem siły fundamentalne spółek wchodzących w skład portfela. Prowadzi to do następującego modelu:

$$S_p^2 = \sum_{i=1}^{N}\sum_{j=1}^{N} x_i \cdot x_j \cdot \operatorname{cov}(x_i, x_j) \cdot (1 - TMAI_i) \cdot (1 - TMAI_j) \to \min, \qquad (9)$$

$$R_p = R_0,$$

$$\sum_{i=1}^{n} x_i = 1,$$

$$x_i \geq 0,$$

gdzie poszczególne oznaczenia są zgodne z wcześniejszymi wzorami.

Tak zbudowany portfel łączy klasyczny portfel Markowitz'a z elementami oceny siły fundamentalnej spółek wchodzących w skład portfela. Oddaje to istotę długookresowego charakteru inwestowania jakim jest niewątpliwie analiza portfelowa.

3. Analiza empiryczna proponowanych modeli

W pierwszym kroku dokonano klasyfikacji spółek wykorzystując do tego celu syntetyczny miernik rozwoju *TMAI*. Kryterium klasyfikacji stanowią miary kondycji ekonomiczno-finansowej firmy w obszarach: płynności, rentowności, zadłużenia i sprawności zarządzania. Do bazy przyjęto 20 najlepszych spółek. Obliczenia przeprowadzono dla danych rocznych na koniec 2005 roku. Uwzględniono wszystkie spółki, dla których były dostępne dane ekonomiczno-finansowe oraz które były notowane co najmniej do końca 2015 roku. Syntetyczny miernik rozwoju *TMAI* wyznaczono na podstawie wzorów podanych w pracy [Tarczyński 2002].

W tabeli 1 zamieszczono wartości *TMAI* dla 20 spółek o najwyższym poziomie tej miary. Fundamentalny portfel dla spółek zamieszczonych w tabeli 1 zbudowano wykorzystując wzory (2)–(6) i narzędzie *solver* z arkusza kalkulacyjnego *Excel*. Wyniki zamieszczono w tabeli 2. W tabeli 2 zamieszczono również składy wszystkich badanych portfeli (fundamentalny portfel papierów wartościowych – *FP*, model Markowitz'a – *MM*, zmodyfikowany fundamentalny portfel papierów wartościowych – *MFP*). Do porównań efektywności analizowanych portfeli przyjęto stopy zwrotu dla portfeli zbudowanych dla spółek z tabeli 1 na podstawie modelu Markowitz'a, fundamentalnego portfela papierów wartościowych, zmodyfikowanego fundamentalnego portfela papierów wartościowych oraz indeksu giełdowego *WIG20* na koniec lat 2006–2016 (wyniki analizy efektywności zamieszczono w tabeli 3). Zakupu każdego portfela dokonano w dniu 30.12.2005 roku. W każdym wariancie (za wyjątkiem fundamentalnego portfela) jako reprezentanta metody wybrano portfel o minimalnym poziome współczynnika zmienności losowej portfela V_s:

$$V_s = \frac{S_p}{R_p}. \tag{10}$$

Wszystkie obliczenia wykonano dla tygodniowej stopy zwrotu. Analiza oczekiwanych stop zwrotu i oczekiwanego ryzyka portfeli zamieszczona w tabeli 2 prowadzi do wnioski, że żaden ze zbudowanych portfeli nie powinien być kupowany ponieważ posiadają one oczekiwane parametry (stopę zwrotu i ryzyko) gorsze od stopy zwrotu indeksu giełdowego *WIG20* (niższy zysk przy wyższym ryzyku). Na koniec 2005 roku tygodniowe: stopa zwrotu i ryzyko dla indeksu giełdowego *WIG20* wyniosły odpowiednio 0,0058 i 0,0438. Oznacza to, że w proponowanych rozwią-

zaniach zastosowanie klasycznych metod opartych na oczekiwanej stopie zwrotu nie jest właściwe, ponieważ nie uwzględnia zasadniczej siły podejścia, którym jest uwzględnienie siły fundamentalnej, która nie jest mierzona historyczną stopą zwrotu, a syntetycznymi miernikiem atrakcyjności inwestowania *TMAI*.

Z danych zamieszczonych w tabeli 3 wynika, że zmodyfikowany fundamentalny portfel papierów wartościowych (*MFP*) i model Markowitz'a dla spółek wybranych na podstawie *TMAI* są znacznie lepsze od indeksu giełdowego *WIG20*. W analizowanym okresie 2006–2016, który zawiera w sobie okresy hossy (2004–2006) i kryzysu (2007–2009) najlepszy zmodyfikowany fundamentalny portfel (*MFP*) osiągnął stopę zwrotu za cały okres inwestycji równą 204,2%, co daje średnią roczną 18,6% (podczas kiedy indeks *WIG20* przyniósł stratę –26,6%, roczna strata –2,4%). Bardzo dobrze zrealizował się klasyczny model Markowitz'a zbudowany z uwzględnieniem kryteriów fundamentalnych (doboru spółek do bazy danych, dla której budowany jest portfel 195,7 %).

Nie sprawdził się natomiast klasyczny fundamentalny portfel papierów wartościowych (*FP*), który osiągnął stratę –18,2%. Badania potwierdziły, że praktyczne zastosowanie fundamentalnego portfela papierów wartościowych tylko z *TMAI* w funkcji celu nie prowadzi do zadowalających wyników. Jednak zmodyfikowanie funkcji celu z modelu Markowitz'a o elementy fundamentalne daje bardzo dobre rezultaty. Pamiętać też należy, że model określony jako model Markowitz'a powstał również w pierwszym etapie konstrukcji z wykorzystaniem *TMAI*. Dlatego różnice między tymi modelami są nieznaczne. Zastosowanie klasycznego modelu Markowitz'a do wszystkich spółek notowanych giełdzie w długim horyzoncie czasowym nie daje możliwości uzyskania tak dobrych rezultatów jak w modelach rozpatrywanych w artykule jako *MM* i *MFP*.

Podsumowanie

W pracy zaproponowano koncepcję zmodyfikowanego fundamentalnego portfela papierów wartościowych. Jest to alternatywa dla klasycznego modelu Markowitz'a. W badaniu empirycznym rozpatrzono dwa warianty fundamentalnego portfela (*FP* i *MFP*) oraz model Markowitz'a zbudowany dla bazy danych stworzonych na postawie *TMAI* przy stopie zwrotu z indeksu *WIG20* jako benchmarku. Badaniami objęto lata 2005–2016. Badania potwierdziły zasadność łączenia analizy portfelowej z elementami analizy fundamentalnej. Wyniki zachęcają do dalszych ba-

dań w tym kierunku. To co teoretycznie wydaje się poprawne (połączenie analizy portfelowej z analizą fundamentalną) znalazło swoje potwierdzenie w praktyce. Zaletą proponowanego portfela *MFP* jest jego prostota, łatwość konstrukcji, transparentność i wysoka efektywność. Dziesięcioletni okres oceny efektywności badanych portfeli pozwala też sformułować wniosek, że portfel bez rekonstrukcji powinien być utrzymywany nie krócej niż 3 lata i nie dłużej niż 5 lat.

Lp.	Spółka	*TMAI*
1	ZYWIEC	0,4192
2	WAWEL	0,3785
3	KGHM	0,3697
4	ATM	0,3591
5	STALPROD	0,3560
6	SANOK	0,3222
7	APATOR	0,3182
8	ZPUE	0,3146
9	ORBIS	0,3028
10	PEPEES	0,2727
11	LPP	0,2651
12	ALMA	0,2631
13	KOPEX	0,2625
14	TVN	0,2622
15	SWIECIE	0,2556
16	RELPOL	0,2545
17	PERMEDIA	0,2536
18	ADVADIS	0,2511
19	COMARCH	0,2508
20	INDYKPOL	0,2479

Tabela 1. Spółki o najwyższym poziomie *TMAI* dla danych za 2005 rok
Źródło: obliczenia własne.

Fundamentalny portfel papierów wartościowych (*FP*)											
ZYWIEC	ATM	ADVADIS							V_p	R_p	S_p
0,5444	0,2586	0,1971							0,1317	0,0438	0,0058
Model Markowitz'a (*MM*)											
WAWEL	KGHM	ATM	APATOR	PEPEES	LPP	TVN			V_p	R_p	S_p
0,1222	0,1054	0,1507	0,2348	0,0941	0,1489	0,1439			1,3470	0,0150	0,0202
Zmodyfikowany fundamentalny portfel papierów wartościowych (*MFP*)											
WAWEL	KGHM	ATM	APATOR	PEPEES	LPP	ALMA	KOPEX	TVN	V_p	R_p	S_p
0,1643	0,1484	0,1676	0,2173	0,0763	0,1280	0,0073	0,0005	0,0903	0,9054	0,0150	0,0136

Tabela 2. Składy analizowanych portfeli oraz oczekiwana stopa zwrotu i ryzyko
Źródło: obliczenia własne.

Lata	*FP*	*MM*	*MFP*	*WIG20*
2006	0,6082	0,5187	0,5710	0,2375
2007	0,1352	0,6327	0,6419	0,3017
2008	–0,2698	–0,2474	–0,2637	–0,3259
2009	–0,0895	0,2333	0,2803	–0,1003
2010	0,0437	0,6976	0,8147	0,0336
2011	–0,2271	0,4714	0,5686	–0,1923
2012	–0,1979	1,6095	1,7604	–0,0271
2013	–0,1361	2,7792	2,8625	–0,0957
2014	–0,2239	2,2597	2,3190	–0,1277
2015	–0,2743	1,9197	2,0171	–0,2997
2016	**–0,1819**	**1,9569**	**2,0420**	**–0,2663**
Średnia roczna	**–0,0165**	**0,1779**	**0,1856**	**–0,0242**

Tabela 3. Stopy zwrotu analizowanych portfeli i indeksu giełdowego *WIG20*
Źródło: obliczenia własne.

Bibliografia

Markowitz H. (1952), *Portfolio Selection*, „Journal of Finance", vol. 7.

Markowitz H. (1959), *Portfolio Selection: Efficient Diversification of Investment*, Yale University Press, New Haven.

Lintner J. (1965a), *Security Process, Risk and Maximal Gains from Diversification*, „Journal of Finance", vol. 20.

Lintner J. (1965b), *The valuation of risky assets and the selection of risky investments in stock and capital budgets*, „Review of Economics and Statistics", vol. 47.

Mossin J. (1966), *Equilibrium in a capital asset market*, „Econometrica", vol. 34.

Sharpe W.F. (1963), *A Simplified Model for Portfolio Analysis*, „Management Science", vol. 19.

Tarczyński W. (1994), *Taksonomiczna miara atrakcyjności inwestycji w papiery wartościowe*, „Przegląd Statystyczny", nr 3.

Tarczyński W. (1995a), *Wielowymiarowa analiza porównawcza na giełdzie papierów wartościowych*, [w:] Mikroekonometria w teorii i praktyce, Materiały konferencje, ZN US Nr 6, Szczecin.

Tarczyński W. (1995b), *O pewnym sposobie wyznaczania składu portfela papierów wartościowych*, „Przegląd Statystyczny", nr 1.

Tarczyński W. (1996), *Analiza portfelowa na giełdzie papierów wartościowych*, PTE, Szczecin.

Tarczyński W. (1997), *Rynki kapitałowe. Metody ilościowe,* vol. 2, Placet, Warszawa.

Tarczyński W. (2002), *Fundamentalny portfel papierów wartościowych*, PWE, Warszawa.

FUNDAMENTALNY PORTFEL PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH JAKO ALTERNATYWA DLA MODELU MARKOWITZ'A

W pracy zaproponowano fundamentalny portfel papierów wartościowych. Jest to alternatywa dla klasycznego modelu Markowitz'a, w której połączono analizę fundamentalną z analizą portfelową. Zasadnicza idea metody polega na wykorzystaniu w funkcji celu syntetycznego miernika *TMAI***,** a w warunkach ograniczających ryzyka i stopy zwrotu portfela (procedura wyznaczania *TMAI* została przestawiona np. w pracy Tarczyński [1994]). Dwa warianty fundamentalnego portfela zostały rozpatrzone w badaniu empirycznym. Efektywność proponowanych rozwiązań odniesiono do klasycznego portfela zbudowanego za pomocą modelu Markowitz'a oraz stopy zwrotu indeksu giełdowego *WIG20*. Wszystkie portfele zostały zbudowane na podstawie danych o stopach zwrotu za 2005 rok. Ich efektywność oceniono dla lat 2006–2016. Badany okres obejmuje końcówkę hossy, kryzys lat 2007–2009, hossę 2010 roku i kryzys roku 2011. Pozwala to na ocenę elastyczności proponowanych rozwiązań w różnych skrajnych sytuacjach. Przy konstruowaniu funkcji celu fundamentalnego portfela papierów wartościowych i *TMAI* wykorzystano dane ekonomiczno-finansowe o wybranych wskaźnikach z *Notoria Serwis* za 2005 rok.
Słowa kluczowe: fundamentalny portfel papierów wartościowych, analiza portfelowa, giełda papierów wartościowych.

THE FUNDAMENTAL PORTFOLIO AS AN ALTERNATIVE TO THE MARKOWITZ MODEL

The paper proposes the fundamental portfolio of securities. This portfolio is an alternative for the classic Markowitz model, which combines fundamental analysis with portfolio analysis. The method's main idea is based on the use of the *TMAI* synthetic measure and, in limiting conditions, the use of risk and the portfolio's rate of return in the objective function [Tarczyński 1994]. Different variants of fundamental portfolio have been considered under empirical study. The effectiveness of the proposed solutions has been related to the classis portfolio constructed with the help of the Markowitz model and the *WIG20* market index's rate of return. All portfolios were constructed with data on rates of return for 2005. Their effectiveness in years 2006–2016 was then evaluated. The studied period comprises the end of the bull market, the 2007–2009 crisis, the 2010 bull market and the 2011 crisis. This allows for the evaluation of the solutions' flexibility in various extreme situations. For the construction of the fundamental portfolio's objective function and the *TMAI*, the study made use of financial and economic data on selected indicators retrieved from *Notoria Serwis* for 2005.
Keywords: fundamental portfolio, portfolio analysis, stock exchange.