

Rozprawy Ubezpieczeniowe

ZESZYT 16(1/2014)

RZECZNIK UBEZPIECZONYCH
FUNDACJA EDUKACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Redakcja

Dr Stanisław Rogowski (redaktor naczelny), prof. dr hab. Jan Monkiewicz (zastępca redaktora naczelnego, redaktor tematyczny), dr Dariusz Fuchs (zastępca redaktora naczelnego, redaktor tematyczny), dr Joanna Rutecka (zastępca redaktora naczelnego, redaktor tematyczny), Ewa Maleszyk (zastępca redaktora naczelnego), Martyna Gondek (sekretarz redakcji)

Rada Naukowa

Przewodniczący: prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz

Członkowie rady: mec. Aleksander Daszewski, prof. dr hab. Romuald Holly, prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk, prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski, dr hab. Maria Kuchlewska, dr hab. Jacek Lisowski, prof. Ing. PhD. Anna Majtánová (Bratysława), dr Małgorzata Maliszewska, Halina Olendzka, dr hab. Marcin Orlicki, prof. dr hab. Jadwiga Pazdan, prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec, prof. dr hab. Wanda Sułkowska, dr Aleksandra Wiktorow

Recenzenci

Dr Dariusz Fuchs, dr Roman Fulneczek, dr Maria Gasińska, prof. dr hab. Urszula Kalina-Prasznic, dr Ilona Kwiecień, dr hab. Jacek Lisowski, dr Katarzyna Ludwichowska-Redo, prof. dr hab. Jerzy Łańcucki, dr Małgorzata Maliszewska, dr Władysław Wojciech Mogilski, prof. dr hab. Jan Monkiewicz, dr Stanisław Nowak, dr Justyna Orlicka, prof. dr hab. Kazimierz Ortyński, dr Magdalena Osak, dr Jakub Pokrzywniak, dr inż. Ryszard Pukała, dr Aleksander Raczyński, dr Joanna Rutecka, dr Dariusz Stańko, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz, dr Barbara Więckowska,

Redakcja językowa

MODESTIA Katarzyna Sarna, Milena Rafalska

Redakcja statystyczna:

Prof. dr hab. Tadeusz Bednarski

Korekta

Karolina Gondek

© Copyright by
Rzecznik Ubezpieczonych
Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej
Warszawa 2014

Kontakt z redakcją:

Martyna Gondek
tel. (22) 333-73-26; 333-73-27
e-mail: m.gondek@rzu.gov.pl
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa

Czasopismo jest wpisane na listę czasopism naukowych przez MNiSW (3 pkt.)

Wersja pierwotna tekstów znajduje się w niniejszym zeszycie.
„Rozprawy Ubezpieczeniowe” są również dostępne na stronie internetowej:
<http://www.rzu.gov.pl/publikacje/rozprawy-ubezpieczeniowe>

ISSN 1896-3641

Nakład 600 egz. Czasopismo dystrybuowane bezpłatnie.

Druk: Wydawnictwo TiO

SPIS TREŚCI

I. ROZPRAWY I ARTYKUŁY

Bogusław Hadyniak

Procesowe zarządzanie przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym
i jego proceduryzacja 5

Dorota Leśniak, Bartosz Wojno

Nadzór nad obrotem znaczącymi udziałami w instytucjach finansowych
na przykładzie rynku ubezpieczeniowego 22

Joanna Rutecka

Doubezpieczenie emerytalne w racjonalizowaniu systemu zabezpieczenia
społecznego 43

Paweł Wawszczak

Zobowiązanie ubezpieczyciela z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC
posiadaczy pojazdów mechanicznych do zwrotu spełnionych
przez kierującego świadczeń pieniężnych w wykonaniu środka karnego
o charakterze kompensacyjnym 54

Tomasz Młynarski

Problem przedawnienia roszczeń wobec Ubezpieczeniowego Funduszu
Gwarancyjnego w kontekście uchwały Sądu Najwyższego
z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13) 70

Mateusz Kościelniak

Wpis postanowienia umowy do rejestru klauzul abuzywnych
– prawomocność orzeczenia 80

Marcin Banasik

Sądowa waloryzacja świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia zawartych
z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej
na przykładzie ubezpieczenia renty odroczonej 94

Damian Walczak, Sylwia Pieńkowska-Kamieniecka

Ogólne warunki ubezpieczenia – wybrane aspekty prawne i społeczne 105

II. INNE OPRACOWANIA

1. *Pro memoria*

Elżbieta Lukrecja Połczyńska (oprac. Krystyna Krawczyk)..... 117

2. Alternatywne metody rozwiązywania sporów ubezpieczeniowych.

Szanse i zagrożenia w praktyce – zapis debaty zorganizowanej przez Rzecznika
Ubezpieczonych oraz redakcję „Rozpraw Ubezpieczeniowych”
(oprac. Ewa Maleszyk) 119

3. Orzecznictwo

Przedawnienie roszczeń wobec Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13)

- a) Wprowadzenie (*Aleksander Daszewski*) 129
- b) Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13) wraz z uzasadnieniem 134

III. RECENZJE, NOTY RECENZYJNE I NOWOŚCI WYDAWNICZE

- Małgorzata Więcko-Tułowicka, „Ochrona konsumentów w umowach ubezpieczenia”, LexisNexis, Warszawa 2014, 344 s. (*Marcin Orlicki*) 141
- Nicholas Barr, Peter Diamond, „Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik”, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2014, 364 s. (*Joanna Rutecka*) 144
- Nowości wydawnicze (*oprac. Barbara Sękowska*) 146

IV. SPRAWOZDANIA I INFORMACJE

- Sprawozdanie z konferencji „Zadośćuczynienie na rzecz poszkodowanego i najbliższych członków rodziny w orzecznictwie sądów powszechnych i Trybunału Konstytucyjnego”, Warszawa, 20 stycznia 2014 r. (*Tomasz Młynarski*) 149
- Sprawozdanie z europejskiej konferencji „Ochrona konsumenta w usługach finansowych”, Bukareszt, 13 marca 2014 r. (*Małgorzata Więcko-Tułowicka*) 153
- Sprawozdanie z XVII międzynarodowej konferencji „Przestępczość ubezpieczeniowa”, Szczecin, 3–4 kwietnia 2014 r. (*Bartłomiej Chmielowiec*) 157
- Sprawozdanie z konferencji „*Bancassurance* – Rekomendacja U – szanse i zagrożenia”, Warszawa, 21 maja 2014 r. (*Iwona Szymańska*) 160
- Sprawozdanie z VIII międzynarodowej konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”, Rydzyna, 19–21 maja 2014 r. (*Magdalena Osak*) 166
- Sprawozdanie z konferencji „Rozwój społeczno-ekonomiczny Ziemi Świętokrzyskiej na tle strategii rozwoju Polski (uwarunkowania)”, Kielce, 4 czerwca 2014 r. (*Jarostaw W. Przybytniowski, Sylwia E. Buczma*) 169
- XIII edycja Konkursu Rzecznika Ubezpieczonych, Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej oraz „Gazety Ubezpieczeniowej” na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych (*Piotr Budzianowski*) 173

I. ROZPRAWY I ARTYKUŁY

Bogusław Hadyniak

Procesowe zarządzanie przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym i jego proceduryzacja

Opracowanie dotyczy problemów związanych z wdrażaniem najnowszych rozwiązań z zakresu zarządzania – zarządzania procesowego. Autor przedstawia na wstępie przemiany gospodarcze (produkcja masowa, rynek konsumenta) oraz koncepcje teoretyczne (łańcuch wartości, kanban), które leżą u podstaw rozwoju i upowszechniania się zarządzania procesowego. Następnie autor omawia istotę i strukturę procesu biznesowego z uwzględnieniem specyfiki ubezpieczeniowej, a także poziomy sprocesowania biznesu, by przejść do realizacji procesu poprzez transakcje. Zwraca uwagę na wagę strumienia transakcyjnego dla tworzenia stanowisk i organizowania struktury przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Na końcu autor omawia podstawowe problemy proceduryzacji biznesu.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia, zarządzanie, proces, procedura.

Wprowadzenie

W ciągu ostatniego półwiecza radykalnie zmienił się sposób działania przedsiębiorstw. Niezmienna pozostała tylko ich istota – funkcja zarobkowa. Choć zmiany zaczęły się w przemyśle samochodowym, z czasem objęły wszystkie dziedziny gospodarki, w tym usługi finansowe. W branży tej, a więc i w ubezpieczeniach, także otoczenie stało się bardzo zmienne. Siłą przebicia na rynku mogła zapewnić tylko zdolność spełniania różnych i zmieniających się oczekiwań klientów. Dotychczasowe, dziewiętnastowieczne metody zarządzania, gdzie wszystkie decyzje były w rękach kierownictwa, stały się nieefektywne. Struktury organizacyjne musiały się stać płaskie, a pracownicy musieli zyskać znaczną samodzielność. Wymagało to innej koordynacji działań. Zapewniły ją misje, strategie, plany i procedury.

Opracowanie niniejsze ma przybliżyć kadrom ubezpieczeniowym zmiany, które dokonały się w ostatnim półwieczu, oraz pokazać ich przyczyny, które choć pojawiły się poza branżą ubezpieczeniową, wpłynęły na całą gospodarkę, w tym ubezpieczenia. Przedstawiona zostanie idea procesowego zarządzania, które to stało się nowym, powszechnym modelem zarządzania przedsiębiorstwami. Na koniec opisane zostaną zasady proceduryzowania działalności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, które mogą być wykorzystane w praktyce.

1. Ewolucja warunków działania przedsiębiorstwa i jej skutki

W warunkach gospodarki pieniężnej z gospodarstwa domowego wyłoniła się jego czysto zarobkowa część – przedsiębiorstwo¹. Warunki jego funkcjonowania, takie jak rynki, sposób produkcji, organizacja przedsiębiorstwa i dystrybucja, zmieniały się nieustannie. Przedsiębiorstwa–organizacje zatrudniały coraz większą liczbę najemnych pracowników. Nowożytna rewolucja wprowadzająca wolność gospodarczą (rejestrację przedsiębiorstw²) i ograniczenie ryzyka eksperymentu biznesowego (spółki z o.o.) upowszechniły duże przedsiębiorstwa przemysłowe³. Dzięki temu rzesze ludzi zaczęły napływać do miast i urządzać się na wzór oraz podobieństwo poprzedników. W czasach postępującej urbanizacji wystarczyło produkować taniej i więcej znanych towarów. Przedsiębiorstwa były jak armaty, które dowódcy wstrzeliwali w nieruchomy cel, a „żołnierze” mieli tylko wykonywać polecenia.

Przedstawiając w *Bogactwie narodów* sugestywny obraz korzyści płynących z podziału pracy i specjalizacji, A. Smith sprawił, że uwaga ekonomistów ery uprzemysławiania skupiła się na doskonaleniu pracy. Powstała naukowa organizacja pracy (F.W. Taylor, F.B. Gilbreth), w której liczyły się przede wszystkim wydajność i bezbrakowość pracy robotnika. Dzięki naukowej organizacji pracy oraz mechanizacji produkcji zaczęto wytwarzać dobra masowo. Łączenie poszczególnych operacji w całość zapewniały procesy technologiczne, a reszta była sztuką menadżerską.

Masowość produkcji zmieniła świat, doprowadziła do szybkiego nasycania rynku. Zniknęła pewność zbytu, a znane produkty przestały zapewniać sukces. Czas nieruchomych armat przeminał. Zaczęło się ustawiczne polowanie na nowe produkty, nowe rynki, nowe sposoby zbytu. Potrzebny stał się nowy sposób zarządzania. Oparto go na trzech elementach:

- rozpoznawaniu problemów klientów i szukaniu rozwiązań lepszych od konkurencji (badania i rozwój⁴),
- rozwijaniu tej wiedzy w złożoną ofertę rynkową zapewniającą satysfakcję klientom oraz docieranie z nią do klienta (marketing),
- integrowaniu wszelkich działań przedsiębiorstwa wokół spełniania oczekiwań klientów (proces biznesowy).



¹ Por. B. Hadyniak, *Ryzyko w przedsiębiorstwie*, (w:) B. Hadyniak, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 1, *Podstawy*, Poltext, Warszawa 2010, s. 13–14.

² Przedtem założenie organizacji wymagało zezwolenia władcy.

³ Dzięki temu możliwa była rewolucja przemysłowa.

⁴ Nie chodzi o B+R dotyczące technologii wytwarzania, lecz o badania i analizy rynku.

Rozpoznawanie problemu. Kluczowym pojęciem stała się wartość dla klienta. Jedną z najtrafniejszych jej definicji podał M. Hammer: „jest to rozwiązanie problemów klienta”⁵. Wartością nie jest po prostu pralka, ale zapewnienie czystych ubrań, łatwość zakupu tego rozwiązania, łatwość dostarczenia go do domu, a także wrażenie, jakie ono zrobi na domownikach lub znajomych; słowem wszystko to, co spowoduje, że znajdzie się nabywca. Zadowolony klient zakupi następną rzecz albo zachęci do tego innych. Pod terminem „wartość dla klienta” rozumieć należy rozwiązanie wielu powiązanych ze sobą problemów. Wiedza ta musi być odniesiona do tego, jak radzi sobie z takimi sprawami konkurencja, oraz do tego, co może dać nad nią przewagę. Aby zaś przewaga nie była ulotna, stały dopływ informacji musi uaktualniać tę kluczową wiedzę.

Pojęcie „wartość dla klienta” rozciągnięto w nowych systemach zarządzania na klientów pośrednich (np. agentów) i wewnętrznych (stanowiska przejmujące wynik operacji) oraz uzupełniono koncepcją „wartości dla inwestora”, bez którego nie ma przedsiębiorstwa. Tworząc wartość dla klientów, trzeba robić to tak, aby swoją wartość uzyskał także inwestor. W ubezpieczeniach nie można też zapomnieć o „wartości dla nadzoru”, ponieważ bez spełnienia oczekiwań nadzoru, nie można działać na rynku. Nie chodzi więc o jedną wartość (dla klienta), ale wiązkę wartości konkurujących o zasoby firmy. Trzeba je godzić, a skutki źle rozpoznanej i źle zrównoważonej wiązki wartości mogą być poważne. Zwiększając niepewność zbytu, podnoszą koszty pozyskiwania klientów, kapitału i... utrudniają osiągnięcie wysokiej rentowności.

Rozwój oferty. Oferta rynkowa to dzisiaj całość tego, co firma musi zrobić, aby potencjalni klienci branży stawali się jej klientami. Brak dobrej oferty rynkowej wynika często z niezrozumienia nowych warunków prowadzenia biznesu. J.P. Womack i D.T. Jones ilustrują to podejście następująco: „Dyrektorzy na całym świecie na ogół mówią: »Ten produkt jest tym, co potrafimy wyprodukować, wykorzystując środki trwałe, które już zakupiliśmy, a więc jeśli klienci nie będą zainteresowani, dostosujemy cenę albo dodamy dzwonki i gwizdki«”⁶. Jest to działanie na chybił trafił, więc jego skutki są... losowe. Przedsiębiorstwo dryfuje tak, jak mu na to pozwalają ci gracze rynkowi, którzy wiedzą więcej o kliencie. Nawet przy wielu ograniczeniach, w tym ekonomicznych, nieporównanie lepiej redukuje się niepewność zbytu, gdy zna się dobrze problemy klientów oraz możliwości konkurencji i jest się w stanie dopasować do tego swoją ofertę⁷.

Integracja wszystkich działań w tworzeniu oferty. Jeśli mamy podążać za wiązką oczekiwań i realizować je wspólnie, nie powodując niezamierzonego dyskomfortu adresatów naszych starań, konieczne jest stabilne integrowanie wszystkich działań. Metodą prowadzącą do tego jest zarządzanie procesem biznesowym, rozumianym jako stopniowe tworzenie wartości dla klienta. Filozoficzną podstawą tego zarządzania jest łańcuch wartości.

2. Łańcuch wartości

W 1950 r. mało wtedy znana na świecie firma Toyota stała na krawędzi bankructwa. Firma miała problemy z jakością i zarządzaniem dostawami (koszty magazynowania), generowała wysokie koszty. Pomóc mogły tylko radykalne rozwiązania. Pracujący w Toyota Motomachi Taiichi Ōno, zainspirowany prawie bezmagazynowym funkcjonowaniem amerykańskiego przemysłu lotniczego i amerykańskich supermarketów, opracował w 1960 r. system *kanban* (jap. ‘widocz-

⁵ M. Hammer, *Reinżynieria i jej następstwa*, PWN, Warszawa 1999, s. 79.

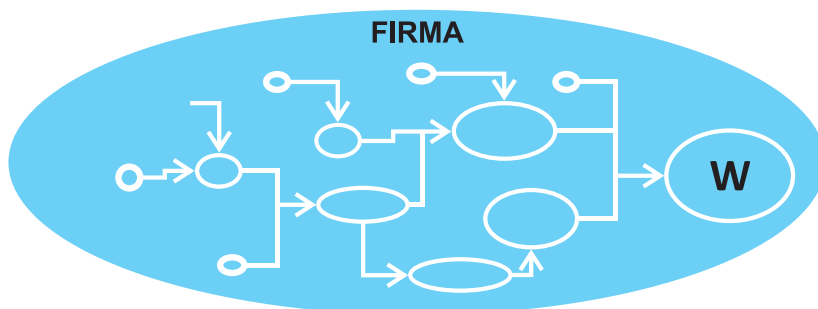
⁶ J.P. Womack, D.T. Jones, *Odchudzanie firm*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2001, s. 20.

⁷ Uzyskiwanie tej wiedzy często nie wymaga zamawiania kosztownych badań, wystarczy pozyskiwać wiedzę od własnych kadr, dobrze ją przetwarzać i udostępniać tam, gdzie jest potrzebna.

na kartka')⁸. Główną cechą tej metody było zwiększanie wydajności dzięki zarządzaniu całością procesu tworzenia wartości (w tym przede wszystkim jakości). Proces produkcji przestał być problemem czysto technologicznym, stał się podstawowym problemem organizacyjnym. Stał się kręgosłupem organizacji.

Lata 60. i 70. XX wieku były czasem dużych zmian w przemyśle Stanów Zjednoczonych. M. Porter podsumował te doświadczenia w koncepcji łańcucha wartości dodanej (1985)⁹. Według niego wartość dla klienta nie pojawia się na końcu procesu produkcji jak dżin z butelki. Jest ona budowana na każdym etapie procesu biznesowego, integrującego wszelkie działania firmy niezbędne do wytworzenia produktu. Obejmuje on wszystkie działania załogi, w tym procesy administracyjne. W realiach przedsiębiorstwa procesy uruchamiane w różnych miejscach i w różnym czasie łączą się, dając końcową wartość. Prostota koncepcji łańcucha wartości pozwala zwrócić uwagę na to, że wartość finalna jest budowana na każdym kroku i w całej działalności firmy, a jeśli coś w tym przeszkadza lub nie przyczynia się do budowania wartości, to jest zbędne.

Rysunek nr 1. Proces tworzenia wartości w postaci diagramu (W= wartość)



Źródło: Opracowanie własne.

Porter wyróżnił procesy, w których wartość tworzona jest bezpośrednio (procesy biznesowe lub podstawowe), i procesy, które nie tworzą wartości bezpośrednio (niespecyficzne dla branży), ale bez których procesy biznesowe nie mogłyby być zrealizowane (procesy pomocnicze lub wspomaganie).

W ubezpieczeniach do procesów biznesowych zaliczyć można:

- procesy poznawania klienta i rynku (rozpoznawanie rynku, technologii, metod zarządzania itd.),
- procesy tworzenia i aktualizacji misji, strategii i planów,
- tworzenie i rozwój oferty (produkt całkowity),
- marketing sprzedaży (budowa marki, wspomaganie akwizycji itd.),
- sprzedaż (budowa sieci akwizycji i jej rozwój, obsługa tej sieci, akwizycja → logistyka wnioskowa → underwriting → polisowanie → logistyka polisy),

⁸ Później *Toyota Production System* (TPS), którego częścią była triada *muda-mura-muri* (jap. 'zbędność-zmienność-przeciążenie'). *Muda* drugiego rodzaju to nadprodukcja, zapasy, defekty, czekanie, zbędne działanie, zbędne przemieszczanie, niewykorzystane moce. System *kanban* zredukował zapasy o 75%, braki o 95%, podniósł produkcję o 25%. Na te sukcesy duży wpływ miało wdrażanie do japońskiego przemysłu lat 50. amerykańskich systemów zapewniania jakości.

⁹ Ang. *Value Added Chain*. Źródłem tej koncepcji były analizy finansowe.

- ubezpieczanie (kształtowanie rezerw techniczno–ubezpieczeniowych, zbieranie składki, reasekuracja, utrzymanie polis, obsługa ubezpieczonych),
- procesy inwestycyjne (lokowanie aktywów, ALM¹⁰),
- obsługa świadczeń (logistyka roszczeń, ocena roszczeń, wypłaty świadczeń).

Procesy pomocnicze to:

- rozwój zasobów ludzkich i zarządzanie nimi (rekrutacja, obsługa umów, należności pracowników i zobowiązania pracowników, adekwatność kompetencji, rozwój),
- zarządzanie sprawnością procesów (utrzymanie ciągłości, rozwój modeli procesów, proceduryzacja, tworzenie i rozwój stanowisk, struktura organizacyjna, kontrola, audyt itd.),
- zarządzanie informacją (tworzenie i rozwój obiegu informacji, baz danych i zasobów dokumentowych, tworzenie i rozwój systemów informatycznych, utrzymanie i obsługa tych systemów, budowa i utrzymanie hardware’u),
- zarządzanie finansami i obsługa finansowa (księgowość, należności i zobowiązania, analityka finansowa, podatki itd.),
- logistyka i administracja (zapewnienie i utrzymanie pomieszczeń, wyposażenia biurowego, dostaw materiałów, czystości, BHP itd.),
- obsługa prawna (administracja, kadry, akty normatywne, praca zarządu, zobowiązania itd.).

Idea stopniowego budowania oczekiwanej wartości w toku wszystkich działań stała się podstawową zasadą zarządzania procesami. W latach 90. XX wieku na tej bazie (po raz pierwszy w instytucji pożyczkowej) sformułowano metodę „odchudzonego zarządzania” (ang. *lean management*)¹¹, opartą na: 1) identyfikacji wartości oczekiwanej przez klientów, 2) budowaniu modelu procesu tworzenia wartości, z którego pozbywano się działań i nakładów nietworzących wartości, 3) zapewnianiu płynnej realizacji procesu poprzez zarządzanie informacją i czasem, 4) inicjowaniu transakcji zamówieniami. Była to koncepcja elastycznego i skutecznego reagowania na oczekiwania rynku (zamówienia). Tak właśnie działają ubezpieczyciele (wniosek → proces produkcyjny).

3. Proces biznesowy

Twórcy naukowego zarządzania skoncentrowani byli co prawda na doskonaleniu samej pracy, ale stworzyli też terminy przydatne w zarządzaniu procesami. Są to tak podstawowe pojęcia jak: czynność, operacja i proces.

Czynność to najmniejszy akt pracy. Jest nią ruch elementarny, taki jak: szukanie/znajdowanie, wprowadzenie/zapisanie, usunięcie, wybieranie, przeniesienie, połączenie, rozdzielenie, powrót, obliczenie, kontrolowanie. Każda czynność może powodować skutek albo może on pojawiać się dopiero w wyniku połączenia kilku czynności. Jeśli dana czynność nie wnosi nic do końcowego efektu – jest zbędna. Pojedyncza czynność lub ich sekwencja składają się na operację.

Operacja to tok powiązanych przyczynowo czynności, prowadzący do zamierzonego wyniku. W optymalnie zaprojektowanej operacji czynności muszą być w całości wykonane, aby operacja przyniosła oczekiwany skutek (brak jest zbędnych czynności). Operacje tworzące istotną wartość pośrednią lub końcową są operacjami biznesowymi (podstawowymi), inne to operacje pomocnicze (składowania i kontrolne).

¹⁰ Ang. *Asset Liability Management* – zarządzanie aktywami dopasowujące upływnianie aktywów do zobowiązań.

¹¹ J.P. Womack, D.T. Jones, *op. cit.*

Proces¹² to tok powiązanych przyczynowo operacji, prowadzący do kluczowego wyniku (niekoniecznie końcowego). Proces powinien być logicznym i możliwie najprostszym ciągiem działań. Optymalny proces zawiera tylko te operacje, które przyczyniają się do uzyskania zamierzonego wyniku, musi więc być w całości wykonany. Wynik procesu jest istotnym obiektem biznesowym (np. w procesie akwizycji jest to wniosek, w procesie przyjmowania ryzyka – polisa, w procesie obsługi roszczeń – wypłata świadczenia).

Czynność, operacja, proces, proces biznesowy mają taką samą logikę. Wszystkie działania tworzą łańcuch przyczynowo–skutkowy; wykonywane są tylko działania tworzące wartość; operacje i procesy są możliwie najprostsze, najbardziej ekonomiczne i najszybsze; wszystkie operacje i procesy kończą się wynikiem (realizacją wartości). Czynności, operacje i procesy różnią się tym, że jedne są częścią drugich, co z punktu widzenia zarządzania umożliwia kontrolę na dostatecznie krótkich odcinkach, by zredukować ewentualne straty.

Każdy proces rozpoczyna się uruchamiającym go zdarzeniem – wyzwalaczem; to sygnał, że określone działanie musi się rozpocząć. Proces kończy się zdarzeniem zamykającym – zamykaczem, który z kolei zmusza do zakończenia działania. Brak zdefiniowania wyzwalacza może spowodować unieruchomienie niezbędnych czynności (np. brak określenia minimalnej liczby potencjalnych klientów na liście akwizycyjnej może spowodować, że może ich być na niej zbyt mało, by pozyskać dostatecznie dużo klientów miesięcznie do ubezpieczenia). Brak zdefiniowania zamykacza może powodować, że istotne czynności nie zostaną wykonane (np. brak wprowadzenia informacji o uzyskaniu powiadomienia o doręczeniu polisy).

Nie można dobrze zarządzać procesem, jeśli nie ma „punktu kontrolnego” odpowiedzialnego za realizację działań w całym procesie, za doskonalenie jego modelu i jego przestrzeganie, czyli gdy nie ma właściciela procesu. Jak pisze M. Hammer „wahadło władzy chyli się ku właścicielowi procesu; nie jest on już koordynatorem personelu, lecz »liniowym« decydem. [...] proces wysuwa się na czoło i właściciel procesu przejmuje rolę kierowniczą”¹³.

Najważniejszą cechą procesu jest jego sprawność (skuteczność + ekonomiczność + optymalność czasowa). W pierwszym rzędzie musi być zapewniony jak najwyższy stopień realizacji zamierzonych wyników (skuteczność). Przy maksymalnej skuteczności proces powinien być oszczędny w zużyciu zasobów i wydajny w ich wykorzystywaniu (ekonomiczność) oraz musi zapewniać wykonanie zadania jak najszybsze lub dokładnie na czas (optymalność czasowa). Kontrola i doskonalenie procesu wymagają określenia mierników realizacji procesu (np. liczba błędów, braków, opóźnień, średni koszt wykonania transakcji), które powinny być okresowo analizowane, a każda taka analiza powinna się kończyć wnioskami wykonawczymi. Procesy nie są bowiem dane raz na zawsze, pracuje się nad nimi nieustannie.

Optymalnym procesem biznesowym jest tylko taki splot działań, w którym na każdym kroku buduje się wartość przyciągającą klienta (jego satysfakcję) i satysfakcjonującą inwestora (EVA – ang. *economic value added* – ekonomiczna wartość dodana).

4. Poziomy sprocesowania biznesu

Pozornie każda firma działa według logiki procesowej. Wysiłek jej kierowany jest przecież na wspólny wynik. Organizacja jest wręcz definiowana jako takie zespolenie części w całość, że przyczyniają się one do powodzenia całości. Rzecz jednak w tym, jak sprocesowana jest orga-

¹² Terminy te (czynność, operacja, proces) pozornie odzwierciedlają podział procesu na elementy. W gruncie rzeczy są narzędziami pozwalającymi go dekomponować i integrować tak, abyśmy rozumieli porządek złożonego zjawiska, jakim jest proces biznesowy.

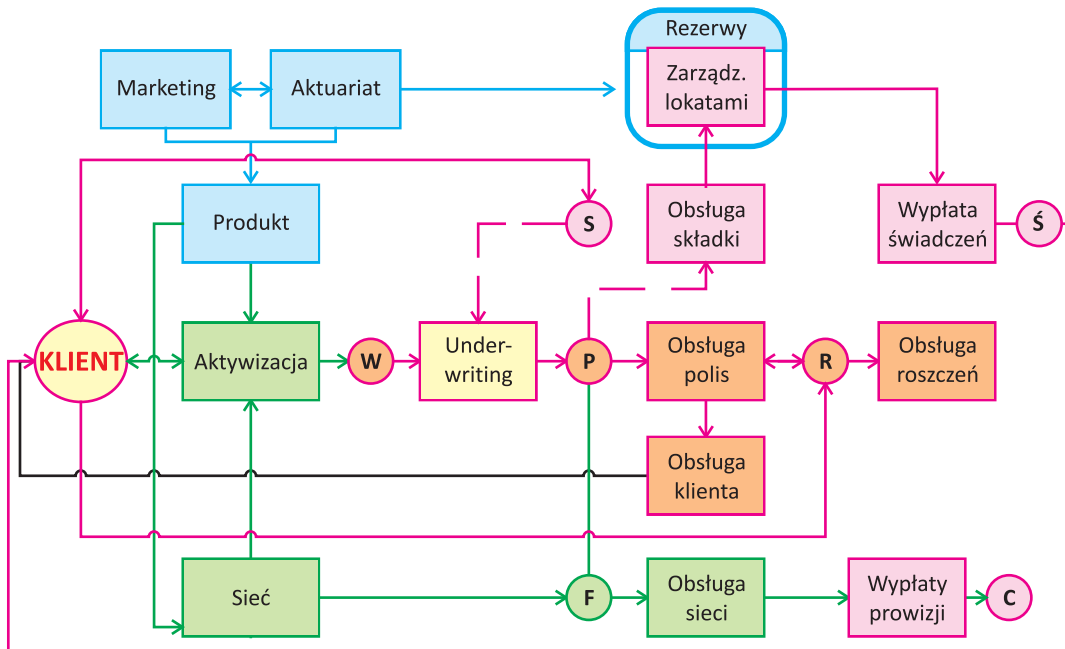
¹³ M. Hammer, *op. cit.*, s. 73.

nizacja. Tym problemem zajął się G.A. Hansen¹⁴. Wyróżnił on pięć poziomów sprocesowania przedsiębiorstwa.

Pierwszy poziom sprocesowania to jego najbardziej pierwotna postać. Wynika z naturalnych starań kierownictwa, aby „zlepić” działalność firmy w całość, w ramach tradycyjnie dominującej struktury pionów i działów. Przebieg procesu jest tu znany, ale nie jest opisany. Każdy pion, dział, pracownik nadal pilnuje swego „podwórka”, z wyraźnie zaznaczonym zakresem zadań. Wiedza uczestników procesu biznesowego o stanie realizacji zadań (transakcji) jest bardzo słaba. Komunikacja między uczestnikami procesu prawie nie istnieje, jest monopolizowana przez kierowników, ujawnia się ją dopiero wtedy, gdy dzieje się źle. Zarządzanie jest tu ciągłą walką z niespójnościami. Wyniki nie są do końca przewidywalne, nawet gdy uczestnicy starają się dobrze wykonywać swoje obowiązki i to oni są obwiniani za niepowodzenie. Kontrola jest możliwa tylko na końcu procesu, więc nadzór bywa akcyjnie restrykcyjny, choć niczego to nie poprawia.

Drugi poziom sprocesowania to sytuacja, w której istnieje zarys sposobu wykonania zadań, ogólnie znani bywają wsad i dostawcy (wniosek i agenci), określony jest produkt (np. polisa), zidentyfikowani są odbiorcy produktu (klienci). Ta postać sprocesowania umożliwia powtarzalność działań. Jednak jakość nie jest kontrolowana i brak jest timingu procesu oraz synchronizacji (np. agenci czekają na rozliczenia, gdyż ktoś przetrzymuje informację o wynikach ich pracy). Ten poziom zdefiniowania procesu może stanowić punkt wyjścia do opracowania procedur.

Rysunek nr 2. Model ubezpieczeniowego procesu biznesowego (drugi poziom sprocesowania)



Źródło: B. Hadyniak, *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, (w:) J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010, s.158.

¹⁴ G.A. Hansen, *Automating Business Process Reengineering*, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J. 1997, s. 29–102.

Trzeci poziom sprocesowania jest sformalizowaną, obowiązującą postacią procesu, czyli procedurą. Na tym poziomie zdefiniowane są:

- zdarzenia inicjujące proces,
- obiekty procesu (czyli encje, np. wnioszek, polisa),
- zbiory wszystkich operacji i czynności procesu (przyjęcie, rejestracja, ocena, klasyfikacja itd.),
- zasilenia (stanowiska) zarówno jakościowo, jak i ilościowo (dostawcy, dane, dokumenty itd.),
- wysyłki (ze stanowiska) zarówno jakościowo, jak i ilościowo (dostawcy, dane, dokumenty itd.),
- sekwencje zadań, ścieżki czynności (krok po kroku), odwzorowanie na *flow-chart*,
- zdarzenia kończące proces,
- timing etapów/kroków i procesu.

Na trzecim poziomie istnieje pełen obraz działań w procesie i timing jego realizacji.

Czwarty poziom sprocesowania to procesy sparametryzowane czasowo i ekonomicznie.

Definiuje się następujące parametry procesów:

- wielkość i koszt każdego z zasileń (w tym amortyzacji) w danym czasie (np. dziennie),
- obsadę i koszt pracy w danym czasie,
- czas wykonywania każdego z zadań i finalnego produktu w procesie,
- czas przejścia od zadania do zadania (czas przestawień),
- wydajność pracy w określonej operacji, zespole operacji, procesie, a także czynniki wpływające na wydajność,
- ryzyko przestoju: statystyki, prawdopodobieństwo, a także czynniki wpływające na zakłócenie płynności działania,
- ryzyko błędów: statystyki, prawdopodobieństwo, a także czynniki wpływające na powstawanie błędów.

Na czwartym poziomie procesy stają się ekonomicznie mierzalne.

Piąty poziom sprocesowania polega na istotnej automatyzacji procesów. Stosuje się tu odwzorowanie procesu w aplikacji wspomagającej działania i śledzącej/kontrolującej proces. Realizacja procesu jest wspomagana i kontrolowana przez system. Jednak sama automatyzacja, bez osiągnięcia poziomów od pierwszego do czwartego, nie oznacza piątego poziomu sprocesowania. Brak timingu i parametryzacji procesów nie pozwala na ich optymalizowanie.

5. Proces w akcji – transakcje

W walcowni blach procesem produkcyjnym jest walcowanie, ale wstęga stopionego metalu nie płynie nieustannie przez walce. Na walce wrzucane są kolejne kęsy metalu. W ubezpieczeniach przetwarzane są także kolejne „kęsy” w postaci zgłoszonych ryzyk. Tok obróbki jednego takiego wsadu nazywany jest transakcją¹⁵. Transakcję ubezpieczenia rozpoczyna pozyskanie ryzyka i kończy wygaśnięcie, upadek polisy albo wyczerpanie świadczenia.

Cała transakcja ubezpieczenia dzielona może być na subtransakcje i subsubtransakcje (np. podpisanie wniosku, dostarczenie wniosku, rejestracja wniosku, ocena ważności wniosku, ocena kompletności i poprawności wniosku, ocena ryzyka, akceptacja wniosku, wpłata składki). Ta defragmentacja transakcji odpowiadać powinna defragmentacji modelu procesu na operacje (czasami nawet na czynności). Dzięki defragmentacji transakcje mogą być kontrolowane na krótkich odcinkach, by popełniony błąd nie ujawniał się dopiero na końcu.

¹⁵ W informatyce transakcją nazywa się wykonanie określonej operacji w systemie.

Wykonanie kolejnego elementu transakcji zmienia stan realizacji całej transakcji, co określane jest jako zmiana statusu transakcji (w transakcji zawierania umowy ubezpieczeniowej kolejnymi statusami mogą być: wniosek podpisany, wniosek dostarczony, wniosek zarejestrowany, wniosek ważny, wniosek kompletny, wniosek prawidłowy, wniosek oceniony, wniosek spolisowany = polisa wystawiona). Wyróżnianie statusów¹⁶ jest szczególnie przydatne przy wspomaganii informatycznym, gdyż każdy kończony nowym statusem krok jest utrwalany. W razie popełnienia błędu na jakimś etapie nie kasuje się całego ciągu transakcji od samego początku, lecz tylko tę część, która zawiera błąd.

Anatomia każdej transakcji jest taka sama; pojawia się wyzwalacz (zdefiniowany w modelu procesu) → następuje rozpoczęcie transakcji → jest ona wykonywana → gdy osiąga wynik i pokazuje się zamykacz → transakcja zostaje zakończona. Aby zmienić się status transakcji, wykonane muszą być wszystkie przewidziane w danym procesie działania transakcyjne.

Warunki, jakie powinny spełniać pojedyncze transakcje (subsubtransakcje), opisują zasady ACID¹⁷:

- całośćka – każda transakcja jest wykonana w całości albo nie jest wykonywana w ogóle,
- integralność – po wykonaniu transakcji jej rezultaty powinny być spójne,
- rozłączność – transakcje realizowane równoległe nie wprowadzają wzajemnie zmian,
- kontynuacja – spójne i aktualne dane są zapisane i trwale dostępne.

Realizatorzy takich samych rodzajów transakcji wykonują je równoległe. Transakcje wykonywane równoległe tworzą strumień transakcyjny.

6. Strumień transakcji w procesie

Aby określić precyzyjnie strukturę organizacyjną wraz z liczbą stanowisk, potrzebna jest wiedza o wielkości strumienia transakcji. Przekrój strumienia transakcji to liczba transakcji obrabianych w tym samym czasie.

W przypadku ubezpieczeń na życie przekrój strumienia transakcji biznesowego procesu zawierania ubezpieczenia można mierzyć liczbą dostarczanych wniosków. Przy wpływie 25 wniosków dziennie proces polisowania może obsłużyć jeden underwriter. Realizuje on etapy: 1. (przyjmuje wniosek, bada jego ważność, kompletność i poprawność, rejestruje), 2. (dokonuje oceny ryzyka, klasyfikuje ryzyko i podejmuje decyzje o jego przyjęciu [w standardzie lub substandardzie] i spolisowaniu, odroczeniu lub odrzuceniu) oraz 3. (drukuję polisę i inne dokumenty, pakietuje je i ekspediuje). Przy 100 wnioskach dziennie proces może się odbywać na trzech typach stanowisk: a) stanowisku rejestratora wniosków (wykonywany jest etap 1.), b) dwóch stanowiskach underwriterów (etap 2.), c) stanowisku ekspedytora (etap 3.). Im większy strumień transakcji, tym podział pracy może być głębszy, ale jest mniej elastyczny. Nie jest to groźne przy mniejszej zmienności przekroju strumienia.

Powiększanie się lub pomniejszanie się przekroju strumienia transakcji skutkuje zmianami organizacji firmy. Wielkość przekroju strumienia transakcji decyduje o funkcjonowaniu firmy nie mniej niż sam model procesu. Dlatego strukturę stanowisk opisuje się na podstawie strumienia transakcji.

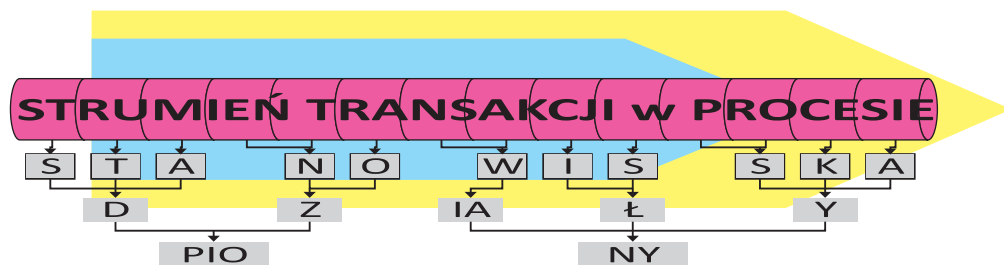
¹⁶ Statusy to punkty pośrednie (ang. *safe point*), które są rejestrowane i pozwalają na naprawę błędów bez całkowitego anulowania transakcji.

¹⁷ Ang. *Atomicity, Consistency, Isolation, Durability*.

7. Stanowiska pracy w zarządzaniu procesowym

Stanowisko w zarządzaniu procesowym wynika z wydzielonego odcinka procesu. Liczba stanowisk o jednakowej lub podobnej specjalizacji składa się na dział. Działy są grupowane w pionowy funkcjonalne. Struktura taka była klasycznym narzędziem kontroli działalności organizacji. Obecnie ramy te nadal pozostają, ale nie są one już kluczowe. Najważniejszy jest proces.

Rysunek nr 3. Opisanie stanowisk na podstawie strumienia transakcyjnego procesu



Źródło: B. Hadyniak, *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, (w:) J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010, s. 162.

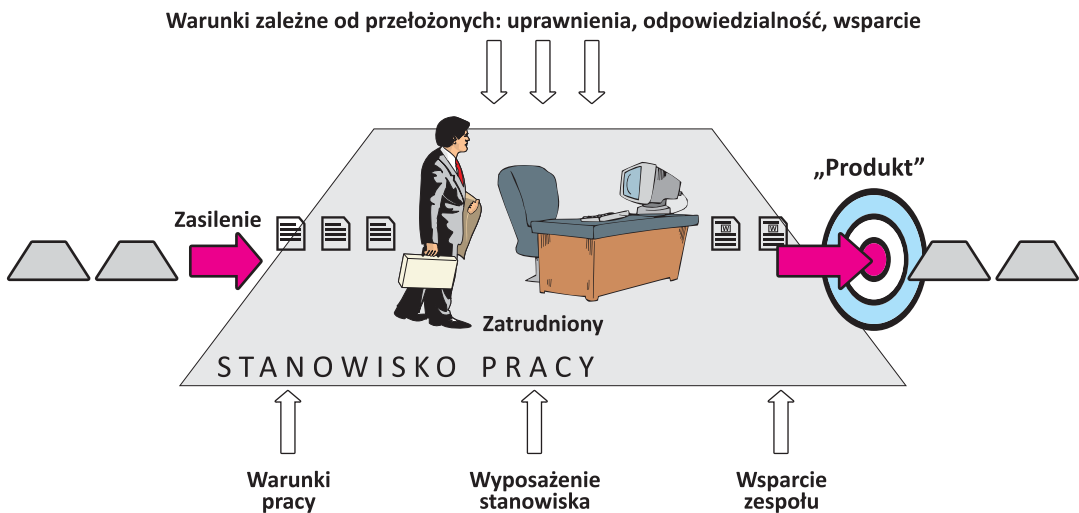
Jedno stanowisko obsługuje co najmniej jeden wycinek procesu (operację, podproces), może jednak obsługiwać podobne w charakterze wycinki różnych procesów. Stanowisko doradcy medycznego obsługuje nie tylko proces sprzedaży ubezpieczenia (opinie medyczne do wniosków), ale także proces obsługi świadczeń (opinie medyczne do roszczeń), proces rozwoju produktu (ekspertyzy medyczne) oraz zaangażowane jest w projekty, w których wymagana jest wiedza medyczna.

Każde stanowisko realizuje określone zadania procesowe za pomocą określonych operacji. Na każde stanowisko trafia określone zasilenie (dane, dokumenty itd.) z innych stanowisk lub z określonych zasobów (np. ze zbioru dokumentacji lub z systemu informatycznego). Na każdym odcinku obsługiwanego przez stanowisko procesu wytwarzane są produkty, które przekazywane są do określonych odbiorców lub do zasobów.

Jakość działania na danym stanowisku zależy od: dobrego zdefiniowania operacji (procedur), właściwych zasileń, stworzonych warunków pracy, wyposażenia, wsparcia zespołu, uprawnień i ich przestrzegania (przez przełożonych), zakresu odpowiedzialności, wsparcia przełożonych i predyspozycji oraz kwalifikacji pracownika. Na każde stanowisko obsługujące procesy musi być zrekrutowana odpowiednia osoba (mająca właściwe predyspozycje, kwalifikacje, potencjał), nadto powinna być dokonywana ocena aktualnych wymagań i ich spełniania, wreszcie należy określić ścieżkę doskonalenia kompetencji. Dopełnieniem jest system zarządzania kadrą (zasady komunikacji, systemy motywacyjne).

Firma nie może sprawnie realizować procesów biznesowych, jeśli stanowiska nie są dobrze zdefiniowane. Zrekrutowanie osoby o odpowiednich kwalifikacjach to tylko wstęp. Pracownik musi być faktycznie wprowadzony do firmy i wdrożony w procesy, dysponować pełnym manuałem stanowiska i mieć zapewnione odpowiednie zasilenie, a o to ostatnie dbać musi jego przełożony.

Rysunek nr 4. Stanowisko pracy



Źródło: Opracowanie własne.

W systemie zarządzania procesowego stanowiska są łańcuchem połączonych podmiotów, nie zaś odrębnymi „zagrodami”. Każde takie ogniwo decyduje o jakości całego łańcucha, bo jedno zależy od drugiego. Opisuje to koncepcja klienta wewnętrznego¹⁸, podkreślająca powiązanie stanowisk. Stanowiska formują wzdłuż procesu ciąg składający się z sekwencji: dostawca → klient.

Tradycyjne stanowisko pracy było miejscem wyekwipowanym do wykonywania pracy, z określonym zakresem obowiązków pracownika, resztę załatwiali polecenia służbowe. W ujęciu procesowym stanowisko pracy jest wyodrębnioną wiązką fragmentów procesów (procedur), którą dość samodzielnie obsługuje pracownik o dopasowanych predyspozycjach i kwalifikacjach, z odpowiednim wyposażeniem i zasilaniem. Stanowisko opisywane jest za pomocą:

- a) realizowanych procedur (operacji) i wynikających z nich zadań (miejsca w procesach),
- b) przypisanych do operacji dostaw od określonych dostawców (WE) oraz produktów i określonych ich odbiorców (WY),
- c) wymaganych predyspozycji i umiejętności niezbędnych do wykonywania operacji i zadań,
- d) określonych uprawnień i odpowiedzialności przypisanych do procesów na stanowisku,
- e) określenia niezbędnej aparatury działania (uzbrojenie stanowiska),
- f) określenia miejsca stanowiska w strukturze decyzyjnej przedsiębiorstwa (podległość).

Poza nadzwyczajnymi sytuacjami zakres prac wykonywanych na stanowisku jest w znacznym stopniu z góry zdefiniowany¹⁹. W tradycyjnej organizacji piony, działy i stanowiska uczestniczą w grze o zasoby. W zarządzaniu procesowym przydzielanie zasobów opiera się na przypisaniu środków i ludzi do odcinka procesu (stanowiska lub stanowisk).

¹⁸ Wprowadzona przez J.M. Juran; por. J.M. Juran, F.N. Gryna, *Juran's quality control handbook*, McGraw-Hill, New York, 1988.

¹⁹ W tradycyjnej organizacji wystarcza tzw. zakres obowiązków i na ogół do tego sprowadza się tu definicja stanowiska.

8. Procedura i proceduryzacja

Procedura to sformalizowany, normatywny²⁰ i obowiązujący model przebiegu procesu lub fragmentu procesu, według którego realizowane są poszczególne transakcje i który prowadzi do zamierzonego finalnego wyniku procedury. Odzwierciedla ona cały proces (np. zawieranie umowy ubezpieczenia od pozyskania klienta do wystawienia polisy, albo jego fragment, np. rejestrowanie dostarczonych wniosków: odbiór wniosku, weryfikacja ważności, weryfikacja kompletności i poprawności, wprowadzenie do systemu, nadanie numeru systemowego/rejestracja). Podział procesu na procedury powinien być taki, aby każda procedura kończyła się istotnym dla procesu wynikiem (statusem).

Procedurę musi rozpoczynać zdarzenie inicjujące (wyzwalacz), po którego pojawieniu się procedura zostaje uruchomiona. Jeśli dana procedura jest kontynuacją poprzedzającej ją procedury, to powinno to być w niej wskazane (lub powinno być w niej stwierdzone, że brak jest procedur poprzedzających i że jest to procedura początkowa).

Zasilenia procedury są dostarczane w wyniku działania procedury poprzedzającej lub zapewniane z inicjatywy zaopatrywanego, mogą też być pobierane samodzielnie przez wykonawcę (przy zapewnionym dostępie do zbioru dokumentacji lub do danych zawartych w systemie).

Procedura może być liniową sekwencją następujących po sobie kroków, ale może też się zwać – np. odbiór polisy oraz zapłacenie pierwszej składki uruchamia ochronę ubezpieczeniową – lub się rozwidlać – np. po klasyfikacji ryzyka mogą wystąpić cztery decyzje: 1) o przyjęciu w standardzie, 2) o przyjęciu w substandardzie, 3) o odroczeniu, 4) o odrzuceniu; z każdej tej decyzji wynika inna ścieżka dalszego postępowania. Ścieżki te muszą być jednoznacznie określone, dzięki czemu możliwe jest kontynuowanie procedury. Jeśli nie można jednoznacznie określić toku dalszego postępowania, trzeba się odwołać do innych pomocy (np. manual oceny roszczeń, instrukcja oceny poprawności wniosku, zalecenia underwritingowe, polityka inwestycyjna). Produkty takich operacji powinny być jednak jasno określone (np. nieprzyznanie świadczenia = odmowa lub przyznanie świadczenia = wycena i wypłata). Procedura musi być opisana jednoznacznie, tak aby nie było wątpliwości, jak ma być wykonywana.

Pojawienie się zamykacza kończy procedurę, co nie musi oznaczać końca procesu. Procedura niekończąca procesu jest kontynuowana przez kolejne procedury. Te następniki powinny być określone w danej procedurze. Niezależnie od tego, czy procedura kończy proces, czy też nie, istnieje zawsze podmiot, do którego adresowany jest wynik procedury, czyli klient procedury. Procedura winna określać swoich klientów, a także sposób i czas dostarczenia im produktów.

Właściciel procesu jest zawsze właścicielem procedur należących do tego procesu. Odpowiada on za ich wykonywanie, aktualizowanie i udoskonalanie. Do jego kompetencji należy zmiana procedury, ale regulacje wewnętrzne mogą wymagać zatwierdzenia zmian przez odpowiedniego członka zarządu lub prezesa zarządu.

Proceduryzacja działalności firmy ubezpieczeniowej polega na dokładnym i kompletnym, zwięzłym, jednoznacznym oraz jasnym opisanu toku procesów niezbędnych do stworzenia oferty rynkowej z wszystkimi elementami.

Projekty proceduryzacji powinny być nadzorowane przez członka władz spółki, który odpowiada za rozwój jej zdolności wykonawczych. Ze względu na naturalny konflikt interesów front office'u i back office'u w firmie ubezpieczeniowej nie może to być osoba, której podlega jedna

²⁰ Sformalizowany – opisany w dokumencie, według którego należy działać; tylko właściciel procedury może go zmienić. Obowiązujący – realizator musi go wykonywać zgodnie z opisem w dokumencie; realizacja procesu musi być zgodna z procedurą.

z tych części firmy. Najlepiej, gdy w firmie jest wyznaczona osoba odpowiedzialna za realizację proceduryzacji, wyposażona w kompetencje do zaglądania w każdy zakamarek firmy (jak audytor²¹), której pracownicy firmy mają obowiązek powiedzieć o swojej pracy wszystko, co niezbędne. Choć proceduryzacja w dużym stopniu jest pracą zespołową, nie dokonuje się w drodze uzgadniania procesu na demokratycznych spotkaniach. Celem procedury nie jest wygoda wykonawców (choć dbanie o to nie jest złe), ale skuteczność realizacji wartości, przy czym proceduryzacja służy optymalizowaniu działania firmy jako całości.

Wstępna faza proceduryzacji to opis istniejącego stanu. Potem następuje przekształcanie tego stanu w optymalny proces. Ażymutem proceduryzacji jest wartość dla klienta, wyrażona w ofercie rynkowej, gdzie określone jest, jakich efektów klienci spodziewają się w kluczowych stadiach procesu biznesowego (w procesie zakupu ubezpieczenia: od momentu uzyskania polisy do jej wygaśnięcia, z chwilą pojawienia się roszczenia). Dopiero po opisaniu istniejącego stanu może się rozpocząć proceduryzacja procesu biznesowego. Nie ma jedynej właściwej procedury ubezpieczeniowej. Różne oferty mogą wymagać różnych wersji procesu biznesowego. Trzeba ustalić zbiorę ofert o bardzo zbliżonym procesie realizacji²², zdiagnozować różnice między nimi i ocenić, czy wystarczy stworzyć odmienne wersje określonych fragmentów procedury (co oszczędza nakładów na proceduryzację), czy też opracować odrębne procedury.

Logicznie byłoby zaczynać proceduryzację od systemu zbierania informacji o problemach klientów i przetwarzaniu ich w ofertę (co obejmuje rozwój produktów), przechodząc potem kolejno przez procesy sprzedaży aż do procesów roszczeniowych. Jednak od czegokolwiek nie zacznie się proceduryzacji i tak trzeba będzie wracać do sproceduryzowanych już procesów, aby zsynchronizować całość. Może stać się to nagłą potrzebą (dysfunkcje) albo możliwe będzie dokonanie tego po przejściu całej ścieżki proceduryzacji. Procesy pomocnicze najlepiej opracowywać po sproceduryzowaniu procesu biznesowego.

Organizacja proceduryzacji zależy od organizacji samej firmy ubezpieczeniowej. Są jednak zadania, które powinny być wykonane, aby proceduryzacja dała pozytywne wyniki. Każdy, kto chce przeprowadzić proceduryzację, musi:

- 1) ustalić, jaki ma być produkt procesu, aby oferta rynkowa mogła być w pełni zrealizowana,
- 2) zidentyfikować wszystkich uczestników danego procesu,
- 3) opracować ogólny model procesu (jego odnogi i etapy), korzystając z wiedzy osób zajmujących stanowiska kierownicze, zweryfikować model z właścicielem procesu, opracować ogólny diagram procesu,
- 4) następnie, „idąc wzdłuż procesu”, opisać (z zaznaczeniem wykonawcy):
 - a) co uruchamia proces,
 - b) jaki jest przebieg procesu (na każdym odcinku dla każdego wykonawcy),
 - c) jak przekazywane są wyniki, co jest przekazywane (dokumenty, informacje itd.), kto i komu przekazuje wyniki, w jaki sposób (mailem, doręczanie itd.), czy obowiązują terminy przekazywania,
 - d) jak poszczególne stanowiska są przygotowane do wykonywania konkretnych zadań w procesie (wyposażenie biurowe, łączność, wspomaganie informatyczne itd.),
 - e) co kończy proces,
 - f) kto i jak kontroluje wykonanie procesu i jego wyniki oraz jak zapewnia się zgodność z ofertą rynkową, rzetelność i terminowość,

²¹ Nie może to być jednak audytor, gdyż stałby się kontrolerem własnej pracy.

²² Wyróżnikami są co najmniej produkty, ale mogą nim być dodatkowo segmenty klientów czy specyficzne regiony.

- 5) przejść przez cały proces z kolejnymi jego wykonawcami (z niektórymi wielokrotnie), a jeśli pewne czynności lub operacje proste są wykonywane równolegle, to z każdym, który wykonuje tę samą operację,
 - 6) pytać, aż do pełnego zrozumienia, jak inni pojmują każdą operację, jej sens i wymagania co do jej wyniku,
 - 7) pytać każdego realizatora procesu:
 - a) o to, co mu brakuje do dobrego wykonywania zadania, jakie spotyka problemy utrudniające wykonywanie operacji,
 - b) co powoduje, że efekt końcowy odbiega od oczekiwanego, jak często pojawiają się takie odchylenia, z jakich przyczyn, jakie to rodzi skutki i jak pracochłonne jest ich usuwanie,
 - c) co mogłoby usprawnić wykonywanie operacji lub polepszyć ich rezultat,
 - d) jak często (ile razy dziennie) i jak regularnie (ile średnio, ile minimalnie, ile maksymalnie) wykonywane są dane operacje,
 - e) jeśli występują różnice w wykonywaniu operacji przez różnych wykonawców, dlaczego wykonawca realizuje daną operację tak, a nie inaczej i czy można ją lepiej wykonać w inny sposób,
 - 8) myśleć przez cały czas, co zrobić, aby wynik był zawsze zgodny z oczekiwaniami, jak wykonać daną operację prościej, szybciej i taniej,
 - 9) usunąć wszystkie czynności, których wyrzucenie nie pogorszy oferty rynkowej, pozbyć się kumulacji transakcji i przeciążeń, przyczyn braków i błędów,
 - 10) sporządzić diagram „odchudzonej” procedury i sporządzić procedurę,
 - 11) omówić procedurę z właścicielem procesu, a jeśli ten ją wstępnie zatwierdzi,
 - 12) opracować program wdrożenia procedury (każdy zainteresowany powinien zgłosić uwagi do procedury, z podaniem przyczyn i korzyści, jakie wyniesie klient z zaproponowanej zmiany).
- Największą barierą utrudniającą przeprowadzenie dobrej proceduryzacji jest obawa przed zadawaniem pytań, które mogłyby świadczyć o niewiedzy pytającego. Otóż pytający nie może wiedzieć, co dzieje się w procesie, może tylko snuć domysły, a to za mało. Najlepiej proceduryzują ci, którzy uznają, że badają rzeczy sobie nieznane. Pytania, niezmaczone przekonaniem o tym, jak jest lub jak być powinno, prowadzą do odkrywania najlepszych rozwiązań.

Zakończenie

Zarządzanie procesowe jest obecnie najlepszym narzędziem spinania w całość wszystkich wysiłków organizacji podejmowanych w celu spełniania oczekiwań klientów. Jego kotwicą jest diagnozowanie oczekiwań klientów. Nie ma oczywiście systemów, które w pełni trafnie diagnozują wartość dla klienta. Nie znika więc niepewność zbytu. Jednak poziom niepewności w firmach zarządzanych procesowo jest niższy niż w firmach zarządzanych tradycyjnie, na podstawie fachowych przekonań i... przypadkowej wiedzy o rynku. Towarzystwa zarządzane tradycyjnie nie widzą często potrzeby zmiany oferty²³, starają się wstrzelić w stały, w miarę stabilny punkt rynku, podczas gdy firmy zarządzane procesowo stają się myśliwymi polującymi na pojawiające się okazje. Ich systemy stałego monitorowania wartości klientów w porę pokazują zmiany preferencji. Gdy presja zmian zaczyna być stała, szkoda czasu i nakładów na ciągłą zmianę sztywnych ram pionów i działów. Szybciej i taniej jest podążyć za logiką procesów, stale doskonalić procedury i dostosowywać je do zmieniających się ofert rynkowych. Nowe zarządzanie za pomocą wartości i procesów nie likwiduje ryzyka przedsiębiorczości, ale pozwala znacznie lepiej je kontrolować, a to zawsze było motorem postępu w zarządzaniu.

²³ Oraz szans, jakie się z tym wiążą.

Słowniczek

Aparatura działania	to, czym posługuje się działający: narzędzia, urządzenia (ang. <i>equipment</i>).
Atrybut	cecha pozwalająca jednoznacznie coś klasyfikować (stan, etap, obiekt) (ang. <i>attribute</i>).
Błędy	zadania, które muszą być poprawione (ang. <i>errors</i>).
Braki	zadania, które muszą zostać wykonane ponownie (ang. <i>reworks</i>).
Cel działania	zamierzone zdarzenie, stan, wartość, wynik (ang. <i>goal</i>).
Cykliczne działanie	czynności powtarzające się regularnie (ang. <i>cyclical action</i>).
Czas przestoju	czas przerwy w działaniu (brak zasobu, zdolności) (ang. <i>downtime</i>).
Czas wykonania [operacji, procesu]	czas, w jakim osiąga się cel działania (ang. <i>run time</i>).
Czas trwania	średni czas realizacji zadania (ang. <i>duration</i>).
Czynność	ruch elementarny, np.: szukanie/znajdowanie, wprowadzenie/wpisanie, usunięcie, wybieranie, przenoszenie, powrót, obliczenie, kontrolowanie, łączenie, rozłączenie (ang. <i>action, act of doing</i>).
Dekompozycja procesu	podział procesu na podprocesy (ang. <i>process decomposition</i>).
Dostawa	zasilenie zewnętrzne (ang. <i>delivery</i>).
Dziedzina	zbiór zasad (ang. <i>domain</i>).
Działanie	celowe, świadome zachowanie, czynność, operacja, proces (ang. <i>action</i>).
Ekonomiczność działania	stosunek między korzyściami i stratami (K/S) (ang. <i>economy of action</i>).
Encja	wyodrębniony obiekt o szczególnym znaczeniu dla procesu (np. polisa) (ang. <i>entity</i>).
Klient procesu	odbiorca wyników procesu (ang. <i>process client</i>).
Korzyść	pozytywny efekt działania, przychód wartości (ang. <i>profit</i>)
Korzystny [np. działanie]	cechujący się przewagą korzyści nad stratami ($K - S > 0$) (ang. <i>profitable</i>).
Koszt	koszt pracy, materiałów, środków (amortyzacja) (ang. <i>cost</i>).
Jednostka działania	jednostka w przedsiębiorstwie (stanowisko, zespół stanowisk itd.) (ang. <i>action unit</i>).
Metoda działania	powtarzalny sposób działania (ang. <i>action mode</i>).
Nakład	zasób niezbędny lub zużyty dla osiągnięcia wyniku (ang. <i>input, outlay, expenditure</i>).
Niekompletny dokument	dokument bez niezbędnych elementów (np. niekompletnie wypełniony wniosek), które muszą być uzupełnione (ang. <i>incomplete document</i>).
Niepoprawny dokument	dokument wadliwy (np. błędnie wypełniony wniosek), który musi być poprawiony (ang. <i>incorrect document</i>).
Nieważny dokument	dokument bez podpisu i/lub daty (np. wniosek bez podpisu wnioskodawcy) (ang. <i>invalid document</i>).
Operacja	tok czynności realizujący jedno zadanie (proces elementarny) (ang. <i>operation</i>).

Operator	osoba, stanowisko lub zespół wykonujące operację (ang. <i>operator</i>).
Procedura	spisany i obowiązujący w firmie tok działań (ang. <i>procedure</i>).
Proces	tok powiązanych przyczynowo operacji prowadzących do celu (ang. <i>process</i>).
Produkt	obiekt (informacja, dokument, decyzja) będący wynikiem operacji lub procesu (ang. <i>product</i>).
Przedmiot działania	informacja lub rzecz poddane działaniu (ang. <i>action object</i>).
Repozytorium	zbiór danych, dokumentów (ang. <i>repository</i>).
Samozasilanie	swobodny dostęp do danych, dokumentów, środków (ang. <i>self-supply</i>).
Skuteczność	stopień realizacji zamierzonego celu (W/Z) (ang. <i>efficacy</i>).
Sposób działania	zakres i powiązanie czynności (ang. <i>mode of action</i>).
Sprawność działania	walory działania (skuteczność, korzystność, ekonomiczność) (ang. <i>efficiency</i>).
Stan [obiektu]	dane cechy obiektu (ang. <i>condition</i>).
Status	zdefiniowany stan obiektu (ang. <i>status</i>).
Środki działania	rzeczy niezbędne do wykonania zadania, operacji, procesu (ang. <i>action means</i>).
Tok czynności	szyk, w jakim czynności następują po sobie (ang. <i>action course</i>).
Warunki [działania]	okoliczności, w których odbywa się działanie (ang. <i>conditions</i>).
Wąskie gardło	najpowszechniejszy odcinek procesu (ang. <i>bottleneck</i>).
Wejście (We)	wpływ zasobów do procesu (informacja, zapytanie, dokument itd.) (ang. <i>input</i>).
Właściciel procesu	osoba odpowiedzialna za zadania realizowane przez proces (ang. <i>process owner</i>).
Wyjście (Wy)	wpływ z procesu (informacja, zapytanie, dokument itd.) (ang. <i>output</i>).
Wynik działania	zdarzenie, stan, wartość, efekt będące skutkiem czynności, operacji, procesu (zamierzone lub niezamierzone) (ang. <i>result</i>).
Wyzwalacz	zdarzenie uruchamiające proces, procedurę (ang. <i>trigger</i>).
Zadanie	założony cel operacji (do osiągnięcia przez podwładnego), zdarzenie, stan, wartość, wynik do osiągnięcia (ang. <i>task</i>).
Zamykacz	zdarzenie kończące proces, procedurę (ang. <i>click, stopper</i>).
Zapas	nadwyżka zasobów ponad bieżące zużycie (ang. <i>reserve</i>).
Zasada Pareto	znaczný efekt z niewielu źródeł (ang. <i>Pareto principle</i>).
Zasilanie	dostępni zasoby niezbędnych do realizacji zadań (ang. <i>supply</i>); samozasilanie, dostawa.
Zasób	dostępni ludzie, informacje, materiały, urządzenia (ang. <i>resources</i>).
Zdarzenie	wyodrębniona, zauważalna zmiana (ang. <i>event</i>).
Związek	relacja jednej rzeczy do innej, sposób powiązania dwóch rzeczy (ang. <i>relation</i>).

Summary of the article

Process management of an insurance undertaking and its procedural abstraction

The article addresses issues related to implementation of the latest management solution – process management. The author first presents the economic transitions (mass production, the consumer market) and theoretical concepts (value chain, kanban), which underlie the development and dissemination of process management. Then, the author presents the nature and structure of the business process, taking into account the specificities of the insurance market as well as levels of procedural abstraction of business to follow up with realization of the process by transactions. The author further refers to the transaction flow for the creation of positions, and organization of the structure of an insurance company. Finally, the author describes basic problems related to procedural abstraction of business.

Keywords: insurance, management, process, procedure.

Dr Bogusław Hadyniak

Dorota Leśniak, Bartosz Wojno

Nadzór nad obrotem znaczącymi udziałami w instytucjach finansowych na przykładzie rynku ubezpieczeniowego*

Zagadnienie obrotu znaczącymi udziałami w instytucjach finansowych, w tym w krajowych zakładach ubezpieczeń, poddane jest szczegółowemu reżimowi prawnemu. Omawiany obszar reglamentacji prawnej rynku ubezpieczeniowego znajduje swoje umotywowanie w standardach międzynarodowych, przede wszystkim w prawie europejskim, czego przejawem są regulacje wprowadzone dyrektywą 2007/44/WE, implementowane do ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Uprawnienia organu nadzoru związane z planowaną zmianą struktury właścicielskiej krajowego zakładu ubezpieczeń obejmują od strony merytorycznej w szczególności badanie potencjalnego nabywcy, osób mających kierować działalnością zakładu ubezpieczeń w wyniku planowanej transakcji, a także aspekt spełniania przez zakład ubezpieczeń wymogów ostrożnościowych. Uprawnienia te skorelowane są z obowiązkami potencjalnego nabywcy znaczącego udziału w zakładzie ubezpieczeń, tj. przede wszystkim z obowiązkiem zawiadomienia o zamiarze przeprowadzenia transakcji oraz z koniecznością przedłożenia stosownych dokumentów umożliwiających organowi nadzoru dokonanie oceny. Dopełnieniem całości rozwiązań reglamentacyjnych są przepisy ustanawiające sankcje za naruszenie unormowań dotyczących zmian właścicielskich w zakładzie ubezpieczeń.

Analiza regulacji odnoszących się do poruszonego w artykule aspektu funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego prowadzi do konstatacji o szczególnie istotnym znaczeniu aktywności nadzorczej w tym aspekcie. Poprzez ingerencję w stosunki właścicielskie krajowego zakładu ubezpieczeń, czyli w sferę chronioną konstytucyjnie, Komisja Nadzoru Finansowego realizuje ustawowo przypisane cele, polegające na ochronie interesów klientów zakładów ubezpieczeń. Omawiane regulacje dowodzą zatem prymatu tej ostatniej wartości nad wolnością gospodarczą i stanowią jednocześnie próbę zachowania między nimi względnej równowagi, czego dowodem jest obciążenie organu nadzoru licznymi obowiązkami proceduralnymi, w szczególności wprowadzenie ścisłego terminu na wydanie decyzji.

Słowa kluczowe: znaczący udział, krajowy zakład ubezpieczeń, nabycie, sprzeciw, nadzór, Komisja Nadzoru Finansowego.

* Artykuł jest wyrazem osobistych poglądów autorów, które nie mogą być utożsamiane ze stanowiskiem Komisji Nadzoru Finansowego ani Urzędu KNF.

Wstęp

Komisji Nadzoru Finansowego – w ramach wykonywania nadzoru nad podmiotami rynku finansowego – przysługuje możliwość korzystania z licznych instrumentów prawnego oddziaływania na te podmioty, a instrumenty te zostały określone w poszczególnych ustawach sektorowych. Rzeczony instrumenty mają bardzo rozmaity charakter, jeżeli chodzi o stopień ingerencji w sferę praw i obowiązków podmiotu nadzorowanego. Z jednej strony wskazać można instrumenty o charakterze typowym dla stosunków nadzorczych: wydawanie różnego rodzaju zaleceń czy rekomendacji, nakładanie sankcji finansowych, zatwierdzanie pewnych aktów czy czynności. Z drugiej strony prawodawca przypisał Komisji możliwość sięgania po środki prawne będące wyrazem jego szczególnej troski o stosunki na rynku finansowym, wykraczające poza sferę kontroli i sanacji nieprawidłowości. Do takich środków zalicza się z całą pewnością instrumentarium prawne służące do reglamentowania składu akcjonariuszy (udziałowców)¹ instytucji finansowych.

Możliwość wpływania przez organ nadzoru na stosunki własnościowe w instytucji finansowej jest niewątpliwie bardzo daleko idącym ograniczeniem swobody obrotu gospodarczego. Reglamentując tę sferę, organ władzy publicznej ingeruje w jedno z najbardziej podstawowych praw każdego podmiotu – prawo do kształtowania swojej własności. Oznacza to, że zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku finansowego jest dla prawodawcy wartością na tyle istotną, że muszą przed nią ustąpić (niekiedy) nawet fundamentalne dobra konstytuujące autonomię uczestników obrotu prawnego. Obrazuje to jednocześnie, jak wielka odpowiedzialność ciąży na organie, któremu powierzono zadania nadzorcze. Organ nadzoru powinien nie dopuszczać do kręgu właścicieli instytucji finansowej podmiotów, które ze względu na swój status czy predyspozycje nie gwarantują, że instytucja ta będzie należycie zarządzana, a jednocześnie nie może stawać barier w obrocie gospodarczym wówczas, kiedy nie jest to konieczne.

Oczywiście możliwość wpływania przez organ nadzoru na wskazane stosunki prawne jest ściśle ograniczona ramami prawnymi (ukształtowanymi w oparciu o standardy opracowane na forach międzynarodowych – o czym szerzej dalej). Ograniczenia te dotyczą tak sytuacji, w których mogą być podejmowane działania nadzorcze (ze szczególnym naciskiem na odwołania do klauzul generalnych i pojęć niedookreślonych przy opisywaniu tych sytuacji), jak i form oddziaływania nadzorczego. Stąd też warto poddać tę materię bardziej wnikliwej analizie. Jej wyniki, które na przykładzie wycinka kompetencji KNF ukazują cele funkcjonowania oraz formy aktywności tego organu, mogą jednocześnie stanowić przyczynek do odpowiedzi na pytanie o miejsce organu nadzoru nad rynkiem finansowym w strukturze organów sprawujących w Polsce władztwo publiczne. Jak już bowiem stwierdzono wyżej, reglamentacja kręgu właścicielskiego instytucji finansowych jest wyrazem wyjątkowej troski prawodawcy o stosunki na rynku finansowym, a jednocześnie stanowi jedną z najdalej idących ingerencji w autonomię podmiotów prawa, co sprawia, że tezy o wyjątkowej naturze prawnej (wymagającej politycznej, w tym funkcjonalnej, organizacyjnej i finansowej niezależności) organu odpowiedzialnego za tę sferę, o potrzebie zapewnienia mu społecznego zaufania, wreszcie o gwarancjach jego profesjonalnego i przejrzystego działania są szczególnie uzasadnione. Problematyka kompetencji KNF zostanie przedstawiona na przykładzie wybranego sektora rynku finansowego (ubezpieczeniowego), choć zastrzec należy, że regulacje obowiązujące w pozostałych sektorach są bardzo zbliżone, a wręcz (jeśli nie liczyć sektora emerytalnego, rozumianego jako działalność otwartych

¹ Używane w niniejszym opracowaniu określenie „znaczący udział” oznacza liczbę akcji lub udziałów pozwalającą na wykonywanie prawa głosu (lub zapewniającą partycypację w kapitale zakładowym) w skali co najmniej równej poziomom implikującym reglamentację publiczną.

funduszy emerytalnych) bliźniacze – z uwagi na tożsamość rozwiązań przyjętych na poziomie Unii Europejskiej.

1. Uwarunkowania regulacji krajowej

Reglamentacja prawna obrotu znaczącymi udziałami w zakładach ubezpieczeń przewidziana w przepisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (dalej: u.d.u.)² w znaczącej mierze determinowana jest wymogami prawa unijnego. Na mocy przepisów poszczególnych dyrektyw sektorowych³ wymaga się, aby w porządkach prawnych państw członkowskich przewidziano obowiązek notyfikowania organowi nadzoru właściwemu według miejsca siedziby zakładu ubezpieczeń zamiaru nabycia albo objęcia akcji pozwalających na osiągnięcie lub przekroczenie określonego progu (20%, 30%⁴ lub 50%) zaangażowania w prawa głosu na walnym zgromadzeniu lub w kapitale zakładowym zakładu ubezpieczeń (taki sam obowiązek dotyczy zamiaru podjęcia działań innych niż osiągnięcie lub przekroczenie danego progu, powodujących uzyskanie statusu podmiotu dominującego względem zakładu ubezpieczeń⁵). W ściśle określonym terminie (60 dni roboczych) organy nadzoru mogą się sprzeciwić realizacji takiego zamiaru, jeżeli jest to konieczne dla zapewnienia prawidłowego i ostrożnego zarządzania (ang. *sound and prudent management*) zakładem ubezpieczeń.

Wypada zaznaczyć, że w ostatnich latach – to jest od dnia wejścia w życie dyrektywy 2007/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 września 2007 r.⁶ – regulacja europejska omawianego zagadnienia uległa istotnemu uszczegółowieniu. *Nota bene* trzeba zwrócić uwagę, że postanowienia dyrektyw sektorowych wprowadzone mocą przepisów dyrektywy 2007/44/WE zostały implementowane do polskiego porządku prawnego ze znacznym opóźnieniem: ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy – Prawo bankowe, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o funduszach inwestycyjnych, ustawy o obrocie instrumentami finansowymi oraz ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym⁷, na mocy której doszło do stosownej nowelizacji ustaw sektorowych, weszła w życie w dniu 14 sierpnia 2010 r., choć termin, w którym państwa członkowskie były zobowiązane do implementacji dyrektywy, upłynął 21 marca 2009 r.⁸ W okre-

² Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 950 z późn. zm.

³ W przypadku rynku ubezpieczeniowego są to: dyrektywa 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotycząca ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. WE L 345/1 z dnia 19 grudnia 2002 r. z późn. zm.) oraz dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecia dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) (Dz. Urz. EWG L 228/1 z dnia 11 sierpnia 1992 r. z późn. zm.).

⁴ Przepisy prawa europejskiego dają państwom członkowskim możliwość stosowania progu jednej trzeciej zamiast progu 30%.

⁵ Dyrektywy wprowadzające nie wskazują, choćby przykładowo, o jakie działania chodzi, jednakże odwołanie się do definicji podmiotu dominującego (zawartej w art. 1 i 2 siódmej dyrektywy 83/349/EWG Rady z dnia 13 czerwca 1983 r. w sprawie skonsolidowanych sprawozdań finansowych, wydanej na podstawie art. 54 ust. 3 lit. g) Traktatu; Dz. Urz. EWG L 193/1 z dnia 18 lipca 1983 r. z późn. zm.) pozwala przyjąć, że może to być na przykład uzyskanie – w drodze choćby uprzywilejowania akcji lub nabycia akcji już uprzywilejowanych – uprawnienia do powoływania co najmniej połowy organu zarządzającego zakładu ubezpieczeń.

⁶ Dyrektywa 2007/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 września 2007 r. zmieniająca dyrektywę Rady 92/49/EWG oraz dyrektywy 2002/83/WE, 2004/39/WE, 2005/68/WE i 2006/48/WE w zakresie zasad proceduralnych i kryteriów oceny stosowanych w ramach oceny ostrożnościowej przypadków nabycia lub zwiększenia udziałów w podmiotach sektora finansowego (Dz. Urz. UE L 247/1 z dnia 21 września 2007 r.).

⁷ Dz. U. Nr 126, poz. 853.

⁸ Por. art. 7 ust. 1 dyrektywy 2007/44/WE.

sie do dnia 14 sierpnia 2010 r. przy analizach stanu polskiego ustawodawstwa należało zatem mieć na względzie obowiązujące wymogi prawodawcy europejskiego, a w szczególności – ze względu na zasadę prymatu prawa unijnego oraz zasadę lojalności – odrzucać stosowanie norm niezgodnych z dyrektywą, a pozostałe w razie potrzeby wyklądać w sposób proeuropejski.

Na gruncie dyrektyw sektorowych w brzmieniu ustalonym dyrektywą 2007/44/WE zasadą jest – w przypadku powzięcia przez określony podmiot zamiaru nabycia albo objęcia znaczącego udziału w zakładzie ubezpieczeń – obowiązek uprzedniego zawiadomienia organu nadzoru o zamierzonej transakcji. Powiadomienie o tym zamiarze powinno mieć formę pisemną i winny mu towarzyszyć dane o wielkości udziału, którego dotyczy zamiar nabycia/objęcia, a także – co jest istotną nowością wprowadzoną dyrektywą 2007/44/WE – zestaw informacji, których zakres powinien być przez państwo członkowskie publicznie udostępniony. Informacje te służyć mają dokonaniu tzw. oceny ostrożnościowej (ang. *prudential assessment*) podmiotu notyfikującego zamiar pod kątem zapewniania prawidłowego i ostrożnego zarządzania zakładem ubezpieczeń (w przypadku gdyby okazały się one niewystarczające, dyrektywy przewidują możliwość zażądania przez organ nadzoru dodatkowych informacji). Po zmianach wprowadzonych dyrektywą 2007/44/WE sprecyzowane zostały również kryteria tej oceny. Prawodawca europejski wskazuje mianowicie, że organ nadzoru ma brać pod uwagę:

- a) reputację potencjalnego nabywcy;
- b) reputację i doświadczenie wszelkich osób, które będą kierować działalnością zakładu ubezpieczeń w wyniku planowanego nabycia;
- c) kondycję finansową potencjalnego nabywcy, w szczególności w odniesieniu do rodzaju działalności prowadzonej i planowanej przez zakład ubezpieczeń, którego akcje mają zostać nabyte;
- d) czy zakład ubezpieczeń będzie w stanie spełnić, jak również spełniać w przyszłości, wymogi ostrożnościowe wynikające z dyrektyw⁹, w szczególności czy struktura grupy, której stanie się częścią, umożliwi sprawowanie skutecznego nadzoru, skuteczną wymianę informacji między właściwymi organami oraz podział odpowiedzialności między właściwymi organami;
- e) czy istnieją poważne podstawy, by podejrzewać, iż w związku z planowanym nabyciem dokonano lub usiłowano dokonać prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu w rozumieniu art. 1 dyrektywy 2005/60/WE¹⁰, lub czy planowane nabycie może zwiększyć takie ryzyko.

Do czasu wejścia w życie dyrektywy 2007/44/WE prawo europejskie w sposób bardzo fragmentaryczny odnosiło się do przebiegu procedury oceny podmiotu, który poinformował organ nadzoru o zamiarze nabycia/objęcia znaczącego udziału w zakładzie ubezpieczeń. Przed zmianami wynikającymi z tej dyrektywy prawodawca unijny poprzestawał na określeniu terminu, w którym organ nadzoru mógł sprzeciwić się realizacji notyfikowanego zamiaru (3 miesiące), jak również przewidywał obligatoryjną konsultację z organami nadzoru z innych państw członkow-

⁹ Chodzi zarówno o normy ostrożnościowe *solo* przewidziane w dyrektywach dotyczących ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń *non-life*, jak też normy ostrożnościowe na poziomie skonsolidowanym (*solo plus*), wynikające z dyrektywy 98/78/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 1998 r. w sprawie dodatkowego nadzoru nad zakładami ubezpieczeń i zakładami reasekuracji w grupach ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych (Dz. Urz. WE L 330/1 z dnia 5 grudnia 1998 r. z późn. zm.).

¹⁰ Dyrektywa 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz. Urz. UE L 309/15 z dnia 25 listopada 2005 z późn. zm.).

skich Unii Europejskiej¹¹ w sytuacji, gdy podmiot notyfikujący zamiar był instytucją finansową mającą siedzibę w państwie członkowskim, względnie był podmiotem dominującym wobec takiej instytucji finansowej lub posiadał w niej znaczący udział. Na mocy przepisów dyrektywy 2007/44/WE skrócono termin oceny do 60 dni roboczych¹², jak również wskazano w sposób wyraźny, że biegnie on od dnia potwierdzenia przez organ nadzoru wpływu pisemnej informacji o powziętym zamiarze, wraz z kompletem wymaganych dokumentów (przy czym potwierdzenie to powinno nastąpić w terminie 2 dni roboczych od dnia wpływu tej informacji). Ów termin 60 dni roboczych ulegać ma zawieszeniu na nie dłużej niż 20 dni roboczych¹³ w razie zażądania przez organ nadzoru dodatkowych informacji (zawieszenie trwa od dnia wystąpienia z żądaniem do dnia udzielenia odpowiedzi, ale nie dłużej niż rzecone 20 dni). Ponadto wprowadzono termin 2 dni roboczych na poinformowanie zainteresowanego podmiotu o decyzji w przedmiocie zgłoszenia sprzeciwu wobec zamierzonej transakcji.

Znowelizowane dyrektywą 2007/44/WE przepisy prawa europejskiego wskazują również poniekąd bardziej precyzyjnie podstawy ewentualnego sprzeciwu (są to „uzasadnione powody” istniejące na gruncie analizy wymienionych wcześniej kryteriów oceny, ewentualnie „niekompletne informacje” dostarczone przez podmiot występujący z notyfikacją zamiaru). Decyzja kończąca postępowanie powinna nadto zawierać „wszelkie opinie lub zastrzeżenia wyrażone przez właściwy organ odpowiedzialny za potencjalnego nabywcę”.

Dyrektywy wskazują także na potrzebę wprowadzenia w krajowych porządkach prawnych sankcji związanych z naruszeniem przepisów dotyczących zawiadamiania organu nadzoru o zamiarze nabycia/objęcia znaczącego udziału w zakładzie ubezpieczeń (w tym w szczególności wynikających z niedopełnienia obowiązku zawiadomienia organu nadzoru albo nabycia/objęcia znaczącego udziału pomimo sprzeciwu organu nadzoru).

2. Obowiązek zawiadomienia o zamiarze nabycia/objęcia akcji albo podjęcia innych działań powodujących uzyskanie statusu podmiotu dominującego względem krajowego zakładu ubezpieczeń

Struktura właścicielska krajowego zakładu ubezpieczeń, a także uprawnienia wynikające ze statusu podmiotu dominującego są jednymi z kluczowych elementów wpływających na stabilność i prawidłowość prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Teza taka wypływa z dwóch zasadniczych powodów: po pierwsze, właściciele wprowadzają do podmiotu konkretne środki finansowe, po wtóre zaś, poprzez posiadane akcje albo uprawnienia przysługujące w związku z zajmowaniem dominującej pozycji podmioty te mają znaczący wpływ na kształtowanie newralgicznych aspektów działalności zakładu ubezpieczeń. Powyższe fakty w zestawieniu ze specyfiką działalności ubezpieczeniowej, związanej z gospodarowaniem środkami pieniężnymi powierzonymi przez klientów i wypłatą należnych świadczeń w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w sposób szczególny uzasadniają zainteresowanie nadzorcze w za-

¹¹ Wprowadzoną dyrektywą 2002/87/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie dodatkowego nadzoru nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń oraz przedsiębiorstwami inwestycyjnymi konglomeratu finansowego i zmieniającą dyrektywy Rady 73/239/EWG, 79/267/EWG, 92/49/EWG, 92/96/EWG, 93/6/EWG i 93/22/EWG oraz dyrektywy 98/78/WE i 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz. Urz. UE L35/1 z dnia 11 lutego 2003 r. z późn. zm.).

¹² Kwestia sposobu rozumienia wyrażenia „dzień roboczy” została omówiona w dalszej części artykułu, w rozdziale dotyczącym podstawowych zasad postępowania w sprawie oceny ostrożnościowej.

¹³ W niektórych szczególnych przypadkach, związanych z zaangażowaniem w transakcję podmiotu spoza państwa członkowskiego Unii Europejskiej, okres ten wynosi 30 dni roboczych.

kresie będącym przedmiotem niniejszej analizy. Z tego też względu stosowna weryfikacja ma miejsce już w momencie licencjonowania działalności, dokonywanego przez Komisję Nadzoru Finansowego. Przedmiot zainteresowań nadzorczych byłby przy tym niepełny i częściowy, gdyby ograniczał się jedynie do procedury związanej z wydawaniem zezwolenia na wykonywanie działalności. Istotne jest bowiem, aby nie tylko na etapie inicjalnym, ale także w toku wykonywanej działalności podmioty wnoszące kapitał do krajowego zakładu ubezpieczeń i wyposażone w określone prawa oraz obowiązki z tym związane, a także wykonujące uprawnienia związane ze statusem podmiotu dominującego dawały gwarancję zabezpieczenia interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. W przypadku zmian w strukturze właścicielskiej na straży dóbr podlegających prawnej ochronie ustanowiono przepisy reglamentacyjne związane z nabywaniem albo obejmowaniem określonych pakietów akcji, tudzież podejmowaniem działań innych niż osiągnięcie lub przekroczenie danego progu, powodujących uzyskanie statusu podmiotu dominującego względem krajowego zakładu ubezpieczeń.

W tym miejscu zasadne jest ponowne zwrócenie uwagi, iż zgodnie z dyrektywą 2007/44/WE wymóg złożenia zawiadomienia adresowany jest do każdej osoby fizycznej albo prawnej bądź kilku osób działających w porozumieniu, które postanowiły (ang. *any natural or legal person or such persons acting in concert who have taken a decision*) zarówno nabyć bezpośrednio lub pośrednio znaczący udział w zakładzie ubezpieczeń, jak też zwiększyć bezpośrednio lub pośrednio swój udział w zakładzie ubezpieczeń, w wyniku czego osiągnie lub przekroczy (osiągną lub przekroczą) 20%, 30%¹⁴ albo 50% praw głosu lub posiadanego kapitału albo w wyniku czego zakład ubezpieczeń stanie się podmiotem zależnym takiej osoby (takich osób). W myśl natomiast art. 35 u.d.u. obowiązek zawiadomienia aktualizuje się wobec:

- 1) podmiotu, który zamierza, bezpośrednio lub pośrednio, nabyć lub objąć akcje lub prawa z akcji krajowego zakładu ubezpieczeń w liczbie zapewniającej osiągnięcie albo przekroczenie odpowiednio 10%, 20%, jednej trzeciej, 50% ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu lub udziału w kapitale zakładowym;
- 2) podmiotu, który zamierza, bezpośrednio lub pośrednio, stać się podmiotem dominującym zakładu ubezpieczeń w sposób inny niż przez nabycie albo objęcie akcji lub praw z akcji krajowego zakładu ubezpieczeń w liczbie zapewniającej większość ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu;
- 3) zastawnika i użytkownika akcji, jeżeli zgodnie z art. 340 § 1 k.s.h.¹⁵ są oni uprawnieni do wykonywania prawa głosu z akcji;
- 4) podmiotu, który uzyskał prawo głosu na walnym zgromadzeniu na poziomach określonych w pkt 1 w wyniku zdarzeń innych niż objęcie lub nabycie akcji lub praw z akcji krajowego zakładu ubezpieczeń, w szczególności w wyniku zmiany statutu lub w następstwie wygaśnięcia uprzywilejowania lub ograniczenia akcji co do prawa głosu, a także nabycia akcji lub praw z akcji zakładu ubezpieczeń w liczbie zapewniającej osiągnięcie albo przekroczenie poziomów określonych w pkt 1 w ogólnej liczbie głosów na walnym zgromadzeniu lub udziału w kapitale zakładowym w wyniku dziedziczenia;
- 5) wszystkich stron porozumienia (łącznie), którego przedmiotem jest wykonywanie prawa głosu z akcji na poziomach określonych w pkt 1 lub wykonywanie uprawnień podmiotu dominującego krajowego zakładu ubezpieczeń.

¹⁴ Z zastrzeżeniem możliwości stosowania progu 30% lub jednej trzeciej.

¹⁵ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 1030 z późn. zm.).

Nadmienić wypada, że wspomniane obowiązki notyfikacyjne nie tylko pozostają w sferze za-interesowań prawodawcy europejskiego¹⁶, lecz także są przedmiotem analiz prowadzonych na szeroko pojętym forum międzynarodowym, w ramach prac Międzynarodowego Stowarzyszenia Nadzorów Ubezpieczeniowych (ang. *International Association of Insurance Supervisors – IAIS*). Tytułem uzupełnienia przedstawionych powyżej rozwiązań normatywnych warto zwrócić uwagę, że także sformułowane na poziomie IAIS zasady podkreślają istnienie obowiązku wystąpienia o zatwierdzenie przez organ nadzoru nabycia znacznego pakietu właścicielskiego lub pakietu kontrolnego w zakładzie ubezpieczeń (*Supervisory approval is required for proposals to acquire significant ownership or an interest in an insurer that results in that person (legal or natural), directly or indirectly, alone or with an associate, exercising control over the insurer*)¹⁷. Podmiotami obowiązany są tu zatem osoby fizyczne albo prawne, których transakcja dotyczy bezpośrednio albo pośrednio, działające indywidualnie lub w ramach porozumienia z innymi podmiotami. Podkreślenia wymaga, że sformułowane obowiązki obejmują moment przed przeprowadzeniem transakcji (wyraźnie mowa jest o zamiarze – *proposal*).

W tym kontekście warto zauważyć, iż od strony podmiotowej zarówno obowiązki ustanowione w art. 35 ust. 1 u.d.u., jak i w dyrektywie 2007/44/WE oraz sformułowane w opracowaniu IAIS dotyczą bezpośredniego, jak i pośredniego nabywcy bądź podmiotu stającego się dominującym względem zakładu ubezpieczeń w inny sposób. O ile określenie nabywcy bezpośredniego nie powoduje większych trudności, o tyle w odniesieniu do nabywcy pośredniego (czy dominującego pośredniego) w art. 35 ust. 2 u.d.u. wprowadzono definicję, zgodnie z którą pośrednio stającym się dominującym podmiotem zakładu ubezpieczeń albo pośrednio nabywającym lub obejmującym akcje lub prawa z akcji zakładu ubezpieczeń jest:

- a) podmiot dominujący w stosunku do tego, który bezpośrednio nabywa albo obejmuje akcje lub prawa z akcji zakładu ubezpieczeń;
- b) podmiot, który podejmuje działania powodujące, że stanie się on podmiotem dominującym w stosunku do podmiotu, który ma status dominującego wobec krajowego zakładu ubezpieczeń albo posiada akcje lub prawa z akcji zakładu ubezpieczeń¹⁸.

Normatywna definicja obejmuje zatem swoim zakresem znaczeniowym zarówno okoliczności, gdy dany podmiot będzie wywierał wpływ na zakład ubezpieczeń poprzez czynności podejmowane przez podmiot od niego zależny, jak i okoliczności, gdy dany podmiot będzie podejmował działania, w wyniku których stanie się podmiotem dominującym wobec podmiotu, który jest już podmiotem dominującym w stosunku do zakładu ubezpieczeń.

Z perspektywy zamierzającego pośrednio nabyć znaczący udział obowiązek złożenia zawiadomienia będzie spoczywał na tym, kto w danej strukturze nie będzie posiadał nad sobą żadnego innego podmiotu dominującego i oczywiście będzie miał podmiot zależny wobec siebie, o statusie bezpośrednio nabywającego akcje (udziały) krajowego zakładu ubezpieczeń.

Takie rozwiązanie niewątpliwie sprzyja przejrzystości regulacji oraz usuwa powstające na gruncie poprzedniego stanu prawnego wątpliwości co do oznaczenia kręgu podmiotów obo-

¹⁶ Por. dyrektywa 2007/44/WE, a także *Guidelines for the prudential assessment of acquisitions and increases in holdings in the financial sector required by Directive 2007/44/EC*; dostępne na stronie <http://www.eiopa.org>.

¹⁷ IAIS – *Insurance core principles, standards, guidance and assessment methodology*, 1 October 2011, s. 43; dostępne na stronie <http://www.iaisweb.org>.

¹⁸ Nie można przy tym zapominać, że zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 8 u.d.u. pod pojęciem „podmiot dominujący” należy rozumieć podmiot dominujący w znaczeniu nadanym przez ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 1382).

wiązanych, w sytuacji istnienia rozbudowanej struktury właścicielskiej, charakteryzującej się występowaniem łańcucha powiązań pomiędzy poszczególnymi jednostkami.

Zarówno z regulacji europejskich, jak i krajowych wynika, że obowiązek zawiadomienia wiąże się z zamiarem przeprowadzenia transakcji, a zatem aktualizuje się przed jej faktycznym wykonaniem. Należy przy tym zauważyć, że ani przepisy dyrektywy 2007/44/WE, ani ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie zawierają legalnej definicji pojęcia „zamiar”. Z tego też względu punktem wyjścia winno tu być odnalezienie językowego znaczenia przywołanego określenia. I tak w języku polskim „zamiar” definiowany jest jako ‘to, co ktoś zamierza; projekt, plan, intencja zrealizowania czegoś’¹⁹. Obowiązek złożenia zawiadomienia determinowany jest więc zamysłem dokonania transakcji, która objęta jest reglamentacją na podstawie art. 35 u.d.u. Zamiar ów nie może odnosić się jedynie do sfery wewnętrznej podmiotu, lecz wykraczając poza nią, winien znajdować odbicie w czynnościach o charakterze zewnętrznym. Tezę tę uzasadnia w szczególności treść art. 35a ust. 2 u.d.u, który na podmiot składający zawiadomienie nakłada obowiązek podania w zawiadomieniu informacji o sposobie realizacji zamiaru oraz przedłożenia dowodów wskazujących na istnienie tegoż zamiaru – np. stosownej umowy czy porozumienia.

Skoro obowiązek zawiadomienia związany jest z zamiarem przeprowadzenia określonej transakcji, powstaje pytanie o moment, w którym rzeczony zawiadomienie winno być złożone organowi nadzoru. Przepisy prawa w zasadzie nie dają odpowiedzi na to pytanie (jedynie w odniesieniu do przypadków wskazanych powyżej w pkt 3 i 4 ustawodawca wprost przesądził, że obowiązek złożenia notyfikacji powstaje przed przystąpieniem do wykonywania prawa głosu z akcji albo wykonywania uprawnień podmiotu dominującego wobec zakładu ubezpieczeń). Niemniej jednak nie może budzić wątpliwości, że podmiot występujący z zawiadomieniem winien uczynić to z uwzględnieniem określonego przepisami prawa terminu, w jakim KNF dokonuje oceny. Wypracowane na tym tle orzecznictwo pozwala na stwierdzenie, że zawiadomienie powinno być dokonane w czasie pozwalającym organowi nadzoru ocenić w ustawowym terminie zamierzone przedsięwzięcie, o którym zawiadamia podmiot dokonujący notyfikacji²⁰. Tym samym jest oczywiste, iż wystąpienie z zawiadomieniem po dokonaniu transakcji nie spełnia warunku „zamiaru” i wiąże się z brakiem przedmiotu postępowania prowadzonego przez organ nadzoru, którego celem jest przecież zbadanie dopuszczalności transakcji z punktu widzenia przesłanek przewidzianych przepisami prawa. Podobny skutek należy wiązać z sytuacją złożenia zawiadomienia co prawda przed wystąpieniem zdarzeń objętych obowiązkiem notyfikacji, ale sfinalizowania transakcji przed upływem terminu, który organ nadzoru ma na jej ocenę, względnie przed wydaniem decyzji o braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu. Także i w tym przypadku nie będzie bowiem możliwe dokonanie oceny i skuteczne zgłoszenie sprzeciwu w sytuacji niespełnienia ustanowionych prawem wymogów (por. uwagi w dalszej części publikacji).

Istotną kwestią rysującą się na tle omawianej regulacji jest określenie charakteru prawnego zawiadomienia. Rozważenia bowiem wymaga, czy zawiadomieniu temu należy przypisać charakter jedynie informacyjny, czy też może jest ono równoznaczne z wnioskiem inicjującym postępowanie administracyjne. Punktem wyjścia dla dokonania analizy tego zagadnienia winien być cel, jakiego służy ustanowienie reglamentacji, a także związane z nim prerogatywy organu

¹⁹ M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego PWN*, t. 3 R-Z, PWN, Warszawa 1995, s. 867.

²⁰ Por. wyroki NSA z dnia 11 grudnia 2007 r. (II GSK 161/07, LEX nr 437867) oraz WSA w Warszawie z dnia 31 marca 2008 r. (VI SA/Wa 128/08, LEX nr 510045). Warto w tym miejscu nadmienić, iż w stanie prawnym ukształtowanym przez przepisy dyrektywy 2007/44/WE prezentowany pogląd ulegnie pewnej modyfikacji w zakresie określenia czasu dokonywania oceny, niemniej jednak sama zasada dotycząca terminu złożenia zawiadomienia nie straci na aktualności.

nadzoru. Zważywszy, iż cel wprowadzenia art. 35 ust. 1 i nast. u.d.u. został nakreślony w dotychczasowej części opracowania, w tym miejscu należy zwrócić uwagę na drugi z aspektów, tj. prerogatywy nadzorcze organu nadzoru, wiążące się ze złożeniem zawiadomienia. Notyfikacja przedsięwzięcia, o którym mowa w art. 35 u.d.u., aktualizuje obowiązek organu nadzoru dokonania jego oceny z punktu widzenia zaistnienia przesłanek obligujących KNF do zgłoszenia sprzeciwu. Szczególnie istotny jest tu fakt, iż przepisy prawa z rzeczonym zawiadomieniem wiążą skutek prawny w postaci obligatoryjnego wydania decyzji wyrażającej sprzeciw co do notyfikowanego przedsięwzięcia, jeżeli nie są spełnione wymogi przewidziane w art. 35h ust. 1 i 2 u.d.u. W przypadku zaś pozytywnej kwalifikacji rozwiązania ustawowe ustanawiają możliwość wydania decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu (wydając tę decyzję, organ nadzoru może ustalić maksymalny termin sfinalizowania transakcji). Stanowi to zatem podstawę do stwierdzenia, iż złożenie do KNF zawiadomienia zgodnie z wymogiem ustanowionym w art. 35 u.d.u. uruchamia postępowanie administracyjne, którego celem jest weryfikacja zamierzonego przedsięwzięcia i którego skutkiem jest obowiązek – w przypadku wyrażenia sprzeciwu – albo uprawnienie – w sytuacji niewyrażenia sprzeciwu – wydania przez organ nadzoru władczego rozstrzygnięcia. Wypada zwrócić uwagę, że także w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego prezentowany jest pogląd łączący ze złożeniem zawiadomienia zainicjowanie postępowania administracyjnego²¹. Tym samym brak jest podstaw do przypisania rzeczonemu zawiadomieniu jedynie funkcji informacyjnej.

3. Okoliczności badane przez organ nadzoru w toku oceny ostrożnościowej

Jak już wyżej wskazano, zawiadomienie ze strony podmiotu zamierzającego nabyć/objąć znaczący udział w zakładzie ubezpieczeń inicjuje procedurę tzw. oceny ostrożnościowej, w toku której organ nadzoru bada okoliczności podmiotowe i przedmiotowe sprawy, a następnie wypowiada się – w sposób pozytywny albo negatywny (o czym szerzej dalej) – co do planów uzyskania przez podmiot dokonujący notyfikacji określonego wpływu na zakład ubezpieczeń. Wspomniano już także, że obecnie prawo europejskie w sposób dość szczegółowy wymienia kryteria oceny ostrożnościowej. Jest to nowość w stosunku do regulacji sprzed wejścia w życie dyrektywy 2007/44/WE, kiedy to prawodawca europejski poprzestawał na ogólnym wskazaniu, iż organy nadzoru powinny brać pod uwagę potrzebę zapewnienia prawidłowego i ostrożnego zarządzania danym zakładem ubezpieczeń.

Aktualna regulacja prawa polskiego w tym zakresie ukształtowana została na zasadzie wskazania przesłanek uprawniających organ nadzoru do ewentualnego zgłoszenia sprzeciwu, przy czym (zgodnie zresztą z wymogami dyrektywy) przesłanką zgłoszenia sprzeciwu jest nie tylko negatywny wynik oceny ostrożnościowej, lecz także nieprzekazanie przez podmiot składający zawiadomienie informacji koniecznych do dokonania tej oceny. Zgodnie z art. 35h ust. 1 u.d.u. „organ nadzoru zgłasza, w drodze decyzji, sprzeciw co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji lub co do stania się podmiotem dominującym krajowego zakładu ubezpieczeń, jeżeli:

- 1) podmiot składający zawiadomienie nie uzupełnił w wyznaczonym terminie braków w zawiadomieniu lub załączanych do zawiadomienia dokumentów i informacji;
- 2) podmiot składający zawiadomienie nie przekazał w terminie dodatkowych informacji lub dokumentów żądanych przez organ nadzoru;

²¹ Por. wyroki NSA z dnia 25 marca 2009 r. (GSK 830/08, <http://www.nsa.gov.pl>) oraz z dnia 5 kwietnia 2006 r. (II GSK 8/06, LEX nr 202385).

- 3) uzasadnione jest to potrzebą ostrożnego i stabilnego zarządzania krajowym zakładem ubezpieczeń, z uwagi na możliwy wpływ podmiotu składającego zawiadomienie na krajowy zakład ubezpieczeń lub z uwagi na ocenę sytuacji finansowej podmiotu składającego zawiadomienie”.

Ostatnia z wymienionych przesłanek, to jest „potrzeba ostrożnego i stabilnego zarządzania zakładem ubezpieczeń”, została rozwinięta w art. 35h ust. 2 u.d.u., który stanowi, że „w ramach oceny istnienia przesłanki, o której mowa w ust. 1 pkt 3, organ nadzoru bada, czy podmiot składający zawiadomienie wykazał, że:

- 1) daje rękojmię wykonywania swoich praw i obowiązków w sposób należyte zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- 2) osoby, które będą kierować działalnością zakładu ubezpieczeń dają rękojmię prowadzenia spraw zakładu ubezpieczeń w sposób należyte zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz posiadają odpowiednie doświadczenie zawodowe;
- 3) jest w dobrej kondycji finansowej, w szczególności w odniesieniu do aktualnego zakresu prowadzonej działalności, jak również wpływu realizacji planów inwestycyjnych na przyszłą sytuację finansową podmiotu składającego zawiadomienie i przyszłą sytuację finansową zakładu ubezpieczeń;
- 4) zapewni przestrzeganie przez zakład ubezpieczeń wymogów ostrożnościowych wynikających z przepisów prawa, w tym wypłacalności, kontroli wewnętrznej, zarządzania ryzykiem, a w szczególności, że struktura grupy, której zakład ubezpieczeń stanie się częścią, umożliwiać będzie sprawowanie efektywnego nadzoru oraz skuteczną wymianę informacji pomiędzy właściwymi władzami nadzorczymi i ustalenie zakresów właściwości tych władz;
- 5) środki finansowe związane z nabyciem albo objęciem akcji lub praw z akcji lub podjęciem innych działań zmierzających do stania się podmiotem dominującym, powodujących, że zakład ubezpieczeń stanie się podmiotem zależnym, nie pochodzą z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł oraz nie mają związku z finansowaniem terroryzmu ani w związku z zamierzonym nabyciem albo objęciem akcji lub praw z akcji lub podjęciem innych działań zmierzających do stania się podmiotem dominującym nie zachodzi zwiększone ryzyko popełnienia przestępstwa, a także wystąpienia innych działań, związanych z wprowadzaniem do obrotu środków finansowych pochodzących z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł lub finansowaniem terroryzmu”.

Dwie pierwsze przesłanki zgłoszenia sprzeciwu mają charakter formalny, a ustalenie, że w danym stanie faktycznym wystąpiły, nie powinno nastręczać trudności. Jeżeli natomiast chodzi o przesłankę materialną, to zaznaczenia wymaga, że w ramach art. 35h ust. 2 u.d.u. została ona uszczegółowiona poprzez sprecyzowanie pięciu okoliczności, odpowiadających niemalże dosłownie kryteriom oceny ostrożnościowej wprowadzonym dyrektywą 2007/44/WE. W ramach postępowania przed organem nadzoru podmiot składający zawiadomienie zobowiązany jest wykazać, że owe pięć okoliczności zachodzi. Przy takim ujęciu regulacyjnym w sytuacji, w której przez składającego zawiadomienie nie zostanie wykazana choćby jedna z okoliczności wymienionych w art. 35h ust. 2 u.d.u., ocena ostrożnościowa dokonywana przez organ nadzoru powinna zakończyć się wynikiem negatywnym (sprzeciwem ze strony KNF). Jeżeli natomiast podmiot występujący z notyfikacją przeprowadzi z powodzeniem dowód na okoliczności wskazane w w.w. przepisie, rozstrzygnięcie będzie dlań pozytywne.

Dwie pierwsze z ustawowych okoliczności, które powinien wykazać podmiot składający zawiadomienie, dotyczą dawania rękojmi: tak przez samego zawiadamiającego (rękojmia wykonywania swoich praw i obowiązków w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia), jak i osoby, które będą kierować działalnością zakładu ubezpieczeń (rękojmia prowadzenia spraw zakładu ubezpieczeń w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia); dodatkowo w przypadku tych osób konieczne jest także wykazanie, że posiadają one „odpowiednie doświadczenie zawodowe”. W tym zakresie przepis może nastroczać problemów przy jego praktycznym stosowaniu, przede wszystkim z uwagi na zastosowanie niezdefiniowanego pojęcia „rękojmia”.

Jeżeli chodzi o rękojmie, to – jak przyjął Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 5 kwietnia 2006 r. – jest ona „pojęciem niedookreślonym (nieostrym), zawierającym jak każde takie pojęcie elementy ocenne, które jednak nie są tożsame z uznaniem administracyjnym”²². Punktem wyjścia przy doszukiwaniu się normatywnego znaczenia pojęcia niedookreślonego powinno być w takiej sytuacji jego leksykalne znaczenie. Wyraz „rękojmia” oznacza ‘poręczenie, zagwarantowanie’²³. Jeżeli zatem od danego podmiotu wymaga się, aby dawał rękojmie określonego zachowania, odczytać to należy jako wymóg zagwarantowania (w przyszłości), że będzie się zachowywał w określony sposób. Ponieważ rzeczona gwarancja dotyczy przyszłości, z natury rzeczy niepewnej, proces dowodzenia legitymowania się tak rozumianą rękojmią oprócz można wyłącznie na stanie wiedzy bazującym na przeszłości i terażniejszości; stąd też ocena dawania rękojmi jest w istocie rzeczy prognozą najbardziej prawdopodobnej przyszłości w oparciu o aktualnie posiadane dane. Dodać należy, że wyraz „rękojmia” jest ugruntowany w polskim prawodawstwie (i wypracowanym na jego gruncie orzecznictwie), co ułatwia wykładnię ustawy o działalności ubezpieczeniowej w tym zakresie. Trzeba zresztą zauważyć, że w niektórych przepisach innych ustaw prawodawca wprost wskazał, iż oceny rękojmi dokonuje się z perspektywy „dotychczasowego postępowania²⁴/zachowania²⁵” ocenianego podmiotu.

Rzeczona „gwarancja” powinna dotyczyć w omawianym przypadku „wykonywania swoich praw i obowiązków w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia” (jeżeli chodzi o akcjonariusza zakładu ubezpieczeń) albo „prowadzenia spraw krajowego zakładu ubezpieczeń w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia” (w odniesieniu do przyszłych członków zarządu, którzy będą powołani przez akcjonariusza). Bez szczególnych wątpliwości wypada przyjąć, że pod „wykonywaniem swoich praw i obowiązków” kryje się wykonywanie praw i obowiązków akcjonariusza (udziałowca) zakładu ubezpieczeń. Wyzwaniem przy praktycznym stosowaniu przepisu może natomiast okazać się próba subsumcji art. 35h ust. 2 pkt 1 u.d.u. w zakresie zwrotu „w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia”. Nie dość bowiem, że przepis w tej części odwołuje się do normatywnie niezdefiniowanych „interesów” wymienionych kategorii klientów zakładu ubezpieczeń, to jesz-

²² II GSK 8/06, LEX nr 202385.

²³ <http://www.sjp.pl>.

²⁴ Por. np. art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 maja 2009 r. o biegłych rewidentach i ich samorządzie, podmiotach uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz o nadzorze publicznym (Dz. U. Nr 77, poz. 649 z późn. zm.).

²⁵ Por. np. art. 65 pkt 1 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 635).

cze wymaga, aby interesy te były zabezpieczone „należycie”. Przy takiej konstrukcji legislacyjnej trudno o poczynienie obszernych spostrzeżeń o uniwersalnym charakterze. Wypadałoby przyjąć, iż ustawodawca wymaga od przyszłego akcjonariusza (udziałowca), aby tenże – wykonując swoje uprawnienia korporacyjne i majątkowe – miał na względzie zapewnienie, iż działalność zakładu ubezpieczeń będzie wykonywana z poszanowaniem wszelkich standardów właściwych aktywności tego rodzaju (przy czym nie można tego zagadnienia zawężyć do bezpośrednich relacji prawnych z klientami, gdyż w interesie tych ostatnich jest również choćby to, aby w należyтым stanie były gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń czy też jego wewnętrzne stosunki korporacyjne – gdyż również od tych aspektów zależy sprawne wykonywanie umów ubezpieczenia). Z kolei rękojmię „prowadzenia spraw” należy rozumieć w taki sposób, że chodzi o prowadzenie spraw w rozumieniu art. 368 § 1 k.s.h.

Trzecia z okoliczności, które powinien wykazać podmiot składający notyfikację, zasadza się na wymogu, aby był on „w dobrej kondycji finansowej, w szczególności w odniesieniu do aktualnego zakresu prowadzonej działalności, jak również wpływu realizacji planów inwestycyjnych na przyszłą sytuację finansową podmiotu składającego zawiadomienie i przyszłą sytuację finansową zakładu ubezpieczeń”. Regulacja taka zdaje się wynikać z potrzeby zapewnienia, że akcjonariuszami (udziałowcami) zakładu ubezpieczeń nie zostaną podmioty niewiarygodne finansowo, to jest takie, które bądź to posługują się obcymi środkami (i w efekcie występują w zastępstwie podmiotów faktycznie dysponujących tymi środkami), bądź nie posiadają wystarczającego potencjału finansowego (co uniemożliwia ewentualne przyszłe pełnienie w stosunku do zakładu ubezpieczeń funkcji „pożyczkodawcy ostatniej instancji”). Warto podkreślić, że odwołanie (tak w prawie europejskim, jak i krajowym) do kryterium „dobrej kondycji finansowej” oznacza jednocześnie odejście od przesłanki posługiwania się środkami pochodzącymi z kredytu/pożyczki jako okoliczności bezwzględnie implikującej zgłoszenie sprzeciwu (art. 35 ust. 4 pkt 2 u.d.u. w brzmieniu obowiązującym przed nowelizacją z dnia 25 czerwca 2010 r.). Wydaje się to słuszne: być może fakt ewentualnego posługiwania się środkami obciążonymi jest pewną informacją o „kondycji finansowej potencjalnego nabywcy”, należy jednak mieć wątpliwości, czy okoliczność taka w każdym przypadku rzutuje na negatywną ocenę tej kondycji.

Czwarta z okoliczności badanych w ramach oceny ostrożnościowej dotyczy zapewnienia przez podmiot składający zawiadomienie przestrzegania przez zakład ubezpieczeń wymogów ostrożnościowych wynikających z przepisów prawa, w tym wypłacalności, kontroli wewnętrznej, zarządzania ryzykiem, a w szczególności że struktura grupy, której zakład ubezpieczeń stanie się częścią, umożliwić będzie sprawowanie efektywnego nadzoru oraz skuteczną wymianę informacji pomiędzy właściwymi władzami nadzorczymi i ustalenie zakresów właściwości tych władz. Wydaje się, że podobnie jak w przypadku przesłanki rękojmi oceny formułowane w tym zakresie polegać będą na prognozach przyszłych zachowań nowego akcjonariusza. Przede wszystkim badaniem objęty będzie sam podmiot składający zawiadomienie, w szczególności historia jego zachowań (zwłaszcza jeśli w przeszłości był zaangażowany w działalność na rynku finansowym) oraz plany w stosunku do zakładu ubezpieczeń (które winny zostać przedłożone wraz z zawiadomieniem – art. 35b ust. 1 pkt 9 u.d.u.), a także struktura grupy kapitałowej (z uwzględnieniem na przykład przejrzystości powiązań pomiędzy podmiotami wchodzącymi w jej skład).

Ostatnia z okoliczności badanych w ramach oceny materialnej przesłanki zgłoszenia sprzeciwu przez organ nadzoru nie budzi raczej wątpliwości. Bezwzględną przesłanką zgłoszenia sprzeciwu stanowi mianowicie niewykazanie przez podmiot składający zawiadomienie, że środki finansowe zaangażowane w notyfikowaną transakcję nie pochodzą z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł oraz nie mają związku z finansowaniem terroryzmu, a także że nie zachodzi lub nie zwiększa

się ryzyko popełnienia przestępstwa związanego z wprowadzaniem do obrotu środków finansowych pochodzących z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł lub z finansowaniem terroryzmu. W celu przyspieszenia badania tej okoliczności ustawodawca zobowiązał podmiot składający za wiadomienie do przedłożenia dokumentów służących określeniu sposobu i źródeł finansowania nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji (art. 35b ust. 1 pkt 8 u.d.u.).

4. Podstawowe zasady postępowania w sprawie oceny ostrożnościowej

Jak już wyżej stwierdzono, postępowanie zainicjowane notyfikacją ma charakter postępowania administracyjnego, do którego zastosowanie znajdują przepisy kodeksu postępowania administracyjnego (art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym²⁶), z zastrzeżeniem jednak wyjątków przewidzianych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. W szczególności modyfikacji doznają kodeksowe zasady dotyczące terminów załatwiania spraw administracyjnych oraz reguły przedkładania dowodów.

Wyjaśniono już, że rozstrzygnięcia organu nadzoru (w przedmiocie zgłoszenia sprzeciwu albo w przedmiocie wyznaczenia maksymalnego terminu) muszą zapaść w określonym terminie. Termin ten ma zatem status materialnoprawny (w przeciwieństwie do terminów załatwienia sprawy przewidzianych w kodeksie postępowania administracyjnego), jego upływ odbiera organowi kompetencję do wydania określonych rozstrzygnięć merytorycznych i w efekcie powoduje dorozumianą (milczącą) aprobatę organu nadzoru dla notyfikowanej transakcji²⁷. Zastrzeżony obecnie w polskiej ustawie termin, w którym organ nadzoru może wydać określone rozstrzygnięcia, wynosi 60 dni roboczych, co jest zgodne z aktualnym wymogiem prawa unijnego. Warto zaznaczyć, że w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również w innych ustawach sektorowych, nie zdefiniowano pojęcia dnia roboczego. Zasadne wydaje się odesłanie do przepisów rozporządzenia Rady 1182/71 z dnia 3 czerwca 1971 r. określającego zasady mające zastosowanie do okresów, dat i terminów²⁸. W tym miejscu warto podkreślić, że w świetle art. 3 ust. 3 tego rozporządzenia ze zbioru dni roboczych należy wyłączyć soboty.

Przy wskazanym statusie terminu rozpatrzenia sprawy kluczowego znaczenia nabiera ustalenie, w jakim momencie tenże termin rozpoczyna swój bieg. Pierwotnie ustawa o działalności ubezpieczeniowej w ogóle nie regulowała tej kwestii, w efekcie w praktyce przyjmowano, że decydujący jest dzień faktycznego wpływu zawiadomienia do organu nadzoru. W drodze nowelizacji z dnia 8 lipca 2005 r.²⁹ dodano w art. 35 u.d.u. nowy ust. 3a; zgodnie z jego zdaniem drugim: „Termin 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, biegnie od dnia złożenia zawiadomienia wraz z przedstawieniem dowodów, w tym przekazaniem dokumentów, zgodnie ze zdaniem poprzedzającym, i innych informacji wymaganych przepisami ustawy, a w przypadku gdy przepisy wymagają wystąpienia przez organ nadzoru o informacje do właściwego organu nadzoru państwa członkowskiego Unii Europejskiej – od dnia przekazania informacji przez właściwy organ nadzoru państwa członkowskiego Unii Europejskiej”. Reguła ustanowiona tym przepisem – *de facto* sprowadzająca się do rozpoczęcia biegu terminu załatwienia sprawy na nowo wraz

²⁶ Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1149 z późn. zm.

²⁷ Potwierdzają to zresztą wprost przepisy dyrektyw w brzmieniu nadanym przez dyrektywę 2007/44/WE, w których wyraźnie stanowi się, iż: „Jeśli przed upływem okresu oceny właściwy organ nie wyrazi na piśmie sprzeciwu wobec planowanego nabycia, uznaje się, że planowane nabycie zostało zatwierdzone”. (por. art. 15a ust. 5 dyrektywy 92/49/EWG oraz art. 15a ust. 5 dyrektywy 2002/83/WE); por. także dalsza część analizy.

²⁸ Dz. Urz. WE L 124/1 z dnia 8 czerwca 1971 r.

²⁹ Ustawa z dnia 8 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 143, poz. 1204).

z otrzymaniem przez organ nadzoru dodatkowej informacji lub dowodu – nie mogła jednak być zachowana, z uwagi na jej niezgodność z przepisami dyrektywy 2007/44/WE. Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 35i u.d.u. organ nadzoru doręcza decyzję w przedmiocie sprzeciwu³⁰ w terminie 60 dni roboczych od dnia otrzymania zawiadomienia oraz wszystkich wymaganych informacji i dokumentów, przy czym zastrzec należy, że poprzez „wymagane informacje i dokumenty” rozumieć należy te informacje i dokumenty, których dołączenia do zawiadomienia wymagają przepisy ustawy. Bieg terminu 60 dni roboczych będzie zawieszony (maksymalnie na 20, a w szczególnych okolicznościach na 30 dni roboczych) wyłącznie w razie wystąpienia przez organ nadzoru z wezwaniem o przekazanie dodatkowych informacji lub dowodów, przy czym ów skutek zawieszający będzie miało tylko pierwsze wezwanie (ewentualne dalsze wezwania będą bez skutku dla biegu omawianego terminu – por. art. 35g ust. 5–8 u.d.u.).

Całość dokumentacji zgromadzonej w danej sprawie jest przez organ nadzoru analizowana pod kątem ustalenia, czy nie zachodzą przesłanki do zgłoszenia sprzeciwu wobec notyfikowanego zamiaru. Kwestie przesłanek zostały już wyżej omówione, uwagi wymaga jednak problematyka metodologii wykazywania, iż ewentualnie doszło do ich ziszczenia. Zgodnie z brzmieniem stosownych przepisów prawa europejskiego, ukształtowanych dyrektywą 2007/44/WE, właściwy organ może wyrazić sprzeciw wobec planowanego nabycia, jedynie „jeżeli istnieją ku temu powody uzasadnione na podstawie kryteriów”³¹ określonych w tych przepisach. Tytułem komentarza do cytowanego fragmentu dyrektywy należałoby w pierwszej kolejności stwierdzić, że jeśli wziąć pod uwagę standardy języka prawnego, nie nadaje się on do dosłownej implementacji. Literalne przeniesienie wskazanego passusu do polskiej ustawy skutkowałoby wątpliwościami, czy organ nadzoru – stwierdzając potrzebę zgłoszenia sprzeciwu – powinien mieć obiektywną pewność, czy też jedynie usprawiedliwione (z natury rzeczy subiektywne) przekonanie występowania pewnej sytuacji, która *nota bene* w dyrektywie nie została w sposób jasny przedstawiona (zwrot „uzasadnione powody na podstawie kryteriów” nie wskazuje ani natury tych „powodów”, ani rodzaju interakcji pomiędzy tymi „powodami” a „kryteriami”).

W aktualnie obowiązujących przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej zdecydowano się na skorzystanie z już funkcjonującej konstrukcji, zgodnie z którą do zgłoszenia sprzeciwu dochodzi, jeżeli strona postępowania „nie wykazała, że” zarówno jej status, jak i sama transakcja odpowiadają określonym wymogom, będącym w istocie kryteriami oceny ostrożnościowej wymienionymi w ustawie. Przy takiej redakcji przepisu to podmiot składający zawiadomienie obciążony jest negatywnymi skutkami wszelkich wątpliwości, jakie w danej sprawie pojawią się w wyniku analizy materiału dowodowego. Rozwiązanie to należy uznać za słuszne, gdyż aby zaaprobować (poprzez brak sprzeciwu) daną transakcję, organ nadzoru musi mieć całkowitą pewność, że podmiot przejmujący znaczący udział w zakładzie ubezpieczeń czyni to zgodnie z wymogami prawnymi. Warunki do uzyskania takiej pewności może stworzyć organowi nadzoru przede wszystkim podmiot zainteresowany, gdyż to on jest dysponentem wiedzy o sobie oraz o planowanych przez siebie działaniach, a zatem to on musi ponosić odpowiedzialność za ewentualne braki w materiale dowodowym (chodzi tak o brak pewnych dowodów, jak i niewystarczający charakter dowodów przedstawionych). Dodatkowym argumentem przemawiającym za zasadnością rozwiązania przyjętego w ustawie o działalności ubezpieczeniowej jest ściśle

³⁰ Takie same ramy czasowe określono w projekcie dla doręczenia decyzji w przedmiocie braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, w tym w szczególności takiej decyzji, której towarzyszy wyznaczenie terminu realizacji zamiaru objętego zawiadomieniem.

³¹ Takim samym zwrotem posługują się wszystkie znowelizowane dyrektywą 2007/44/WE dyrektywy sektorowe.

zakreślony okres, w jakim materiał dowodowy powinien być zgromadzony i przeanalizowany, gdyż nie można obciążać organu nadzoru obowiązkiem wykazania pewnych okoliczności we wskazanym (bardzo krótkim) czasie w sytuacji, kiedy przedstawienie dowodów leży w gestii strony. Wydaje się nadto, że omawiana tutaj technika legislacyjna realizuje również cele dyrektyw (w tym w ich brzmieniu ustalonym dyrektywą 2007/44/WE), gdyż prowadzi do dokonania wymaganej prawem europejskim oceny ostrożnościowej. Z merytorycznego punktu widzenia ustalenie, że dany podmiot nie wykazał, iż spełnia określone kryteria, oznacza wystąpienie „uzasadnionych powodów na podstawie tych kryteriów”.

5. Formy zachowania się organu nadzoru

Organ nadzoru, pod dokonaniu analizy spełniania wymogów ustawowych determinujących dopuszczalność przeprowadzenia notyfikowanej transakcji, może zachować się trojako. Po pierwsze, może zgłosić sprzeciw co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji lub co do stania się podmiotem dominującym krajowego zakładu ubezpieczeń. Po drugie, organowi przysługuje uprawnienie do wydania decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu (w sytuacji gdy nie zachodzą okoliczności zobowiązujące organ do zgłoszenia sprzeciwu)³². W tym miejscu wypada podkreślić, że wydając decyzję stwierdzającą brak podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, organ może wyznaczyć maksymalny termin na sfinalizowanie planowanej transakcji³³. Po trzecie wreszcie, organ nadzoru może nie wydać żadnego formalnego rozstrzygnięcia, co wraz z upływem terminu, w jakim dokonywana jest analiza zawiadomienia, oznacza możliwość zrealizowania planowanego przedsięwzięcia³⁴. Przedstawione trzy możliwości zachowania organu nadzoru zostały wymienione przez prawodawcę unijnego³⁵.

³² Przy okazji rozważań nad instytucją zawiadomienia i skorelowaną z nim prerogatywą KNF do władczego działania podkreślenia wymaga fakt, iż aktywność organu nadzoru ograniczona jest normatywnie wyznaczonymi ramami czasowymi, o których była mowa w artykule.

³³ Na marginesie wspomnieć wypada, że termin ten może ulec wydłużeniu z urzędu bądź na wniosek zawiadamiającego.

³⁴ Warto odnotować, że w stanie prawnym kształtowanym przez przepisy art. 35 u.d.u. w poprzednim brzmieniu powstawały wątpliwości dotyczące w szczególności dopuszczalności milczenia organu. Zgodnie bowiem z art. 35 ust. 3 u.d.u. w poprzednim brzmieniu organ nadzoru mógł, w drodze decyzji, w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia zawiadomienia zgłosić sprzeciw co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji albo co do podjęcia innych działań, o których mowa w art. 4 pkt 14 ustawy o ofercie publicznej, powodujących, że krajowy zakład ubezpieczeń stanie się podmiotem zależnym podmiotu składającego zawiadomienie. W przypadku gdy organ nadzoru nie zgłosił sprzeciwu, mógł, w drodze decyzji, ustalić maksymalny termin nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji albo podjęcia innych działań, o których mowa w art. 4 pkt 14 ustawy o ofercie publicznej, powodujących, że krajowy zakład ubezpieczeń stanie się podmiotem zależnym podmiotu składającego zawiadomienie. Można było zatem twierdzić, że ustawodawca krajowy przewidywał dwa możliwe zachowania KNF wiążące postępowanie w przedmiocie oceny transakcji objętej zawiadomieniem. Pierwszą możliwością był sprzeciw, wydawany w drodze decyzji administracyjnej, drugą zaś, znajdującą zastosowanie w przypadku niewyrażenia sprzeciwu, było wyznaczenie, również w drodze decyzji administracyjnej, maksymalnego terminu sfinalizowania przedsięwzięcia objętego notyfikacją. Takie stanowisko zajął NSA w wyroku z dnia 5 kwietnia 2006 r., w którym podkreślił, że wymieniony w art. 35 ust. 3 u.d.u. katalog rozstrzygnięć kończących postępowanie organu nadzoru wszczęte na skutek zawiadomienia jest katalogiem zamkniętym, co oznacza, że postępowanie organu nadzoru może zakończyć się poprzez wydanie jednego z dwóch rozstrzygnięć, o których stanowi ten przepis. Jednocześnie Sąd jednoznacznie zakwestionował istnienie trzeciego rozwiązania, jakim jest milczenie organu (wyrok NSA z dnia 5 kwietnia 2006 r., II GSK 8/06, LEX nr 202385). Pogląd ten mógł jednakże budzić wątpliwości dotyczące analizy możliwych zachowań organu nadzoru podejmowanych w warunkach uznania administracyjnego.

³⁵ Wskazuje on – po pierwsze – na możliwość zgłoszenia na piśmie sprzeciwu w terminie 2 dni roboczych od momentu powzięcia takiej decyzji, jednakże bez możliwości przekroczenia maksymalnego terminu oceny.

Jak wynika z powyższego zestawienia, jednym z rozstrzygnięć wydawanych przez organ nadzoru w związku z badaniem transakcji objętej zawiadomieniem jest sprzeciw co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji lub co do stania się podmiotem dominującym krajowego zakładu ubezpieczeń. Organ nadzoru obowiązany jest wydać taką decyzję, gdy analiza dokonana przezeń wykaże zaistnienie chociażby jednej z okoliczności, o których mowa w art. 35h ust. 1 pkt 1–3 u.d.u. (por. uwagi powyżej). Bez znaczenia dla tego obowiązku pozostaje niedookreślony charakter niektórych z wymogów podlegających ocenie organu nadzoru. Nie jest bowiem zasadne wiązanie pojęć niedookreślonych, które występują pośród ustawowych okoliczności podlegających badaniu w toku postępowania administracyjnego, z uznaniem administracyjnym. Należy stwierdzić, że interpretacja zwrotu niedookreślonego stanowi wyznacznik wcześniejszego etapu stosowania prawa, tj. ustalenia znaczenia danego przepisu. Natomiast instytucja uznania administracyjnego aktualizuje się na ostatnim etapie stosowania prawa – czyli przy ustaleniu skutku prawnego udowodnionych faktów³⁶. Warto w tym miejscu zauważyć, iż jak podkreślił NSA w wyroku z dnia 5 kwietnia 2006 r.³⁷, przy stosowaniu pojęć nieostrych organ nie działa w granicach uznania administracyjnego, lecz w oparciu o ustalone fakty wypełnia je treścią wskazującą na sposób rozumienia określonego pojęcia. Powyższa konstatacja oznacza w konsekwencji, że decyzja w przedmiocie sprzeciwu ma charakter związany i brak jest tu miejsca dla uznaniowości organu.

W przypadku gdy organ nadzoru nie zgłasza sprzeciwu, zgodnie z art. 35h ust. 4 u.d.u. może wydać decyzję o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu. Rozstrzygnięcie takie z natury rzeczy dopuszczalne jest wówczas, gdy nie zachodzą przesłanki do zgłoszenia sprzeciwu, czyli w sytuacji, gdy objęta zawiadomieniem transakcja czyni zadość prawnie zakreślonym wymogom oraz gdy zawiadamiający spełnił określone powinności. Decyzja taka winna być przy tym wydana przed upływem przewidzianego prawem czasu, w jakim dokonywana jest ocena. Oznacza ona wcześniejsze zakończenie postępowania administracyjnego, którego przedmiotem jest ocena notyfikowanego przedsięwzięcia. W efekcie umożliwiała podmiotowi składającemu zawiadomienie nabycie lub objęcie akcji lub praw z akcji przed upływem maksymalnie określonego 60-dniowego terminu, bez konieczności oczekiwania na zakończenie biegu tego terminu.

Wydając decyzję o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, organ nadzoru może ustalić termin nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji albo uzyskania uprawnień podmiotu dominującego krajowego zakładu ubezpieczeń³⁸. Termin ten nie ma jednakże charakteru bez-

po drugie, statuuje, że w przypadku, gdy sprzeciw nie został zgłoszony przed upływem wspomnianego terminu oceny, przyjęć należy, iż objęte zawiadomieniem nabycie zostało zatwierdzone. Trzecią drogą jest wyznaczenie maksymalnego terminu na sfinalizowanie planowanego nabycia, z możliwością jego przedłużenia w uzasadnionych przypadkach; por. art. 1 ust. 3 dyrektywy 2007/44/WE w zakresie dodania art. 15a ust. 4, 5, 6 w dyrektywie 92/49/EWG dotyczącej ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie oraz art. 2 ust. 3 dyrektywy 2007/44/WE w zakresie dodania art. 15a ust. 4, 5, 6 w dyrektywie 2002/83/WE odnoszącej się do ubezpieczeń na życie.

³⁶ Na temat różnego ujmowania w doktrynie relacji uznania administracyjnego do pojęć niedookreślonych por. M. Jaśkowska, *Uznanie administracyjne a inne formy władzy dyskrecjonalnej administracji publicznej*, (w:) R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 1, *Instytucje prawa administracyjnego*. C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2010, s. 254; J. Borkowski, (w:) B. Adamiak, J. Borkowski, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 1998, s. 541; Z. Janowicz, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1999, s. 307, 309 i przywołana tam literatura; M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, *Prawne formy działania administracji*, (w:) M. Wierzbowski (red.), *Prawo administracyjne*, LexisNexis, Warszawa 2011, s. 314.

³⁷ II GSK 8/06, LEX nr 202385.

³⁸ W przypadku milczenia Komisji (po upływie ustawowego terminu przewidzianego na ocenę) przedsięwzięcie może zostać sfinalizowane w dowolnym czasie. Podobnie co do skutków milczenia organu por. W. Jurewicz, *Glosa do orzeczenia NSA z dnia 5 kwietnia 2006 r.*, VI GSK 8/06, LEX nr 208851.

względny. Może on bowiem ulec wydłużeniu. Inicjatywa w tym zakresie może pochodzić od samego organu (wydłużenie terminu z urzędu) albo od podmiotu składającego zawiadomienie (wydłużenie terminu na wniosek zawiadamiającego).

Jeśli chodzi o wydanie decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, ustawodawca posłużył się sformułowaniem „organ nadzoru może”. Zarówno analiza prawno-porównawcza z konstrukcją przyjętą przy zgłoszeniu sprzeciwu, jak i analiza celu, jakiemu służyć mają przepisy art. 35 u.d.u. dają asumpt do stwierdzenia, że w przypadku pozytywnej kwalifikacji przedmiotu zawiadomienia ustawodawca skorzystał z instytucji uznania administracyjnego. Odwołując się do istoty uznania administracyjnego warto zauważyć, że tak w literaturze, jak i w orzecznictwie nierzadko prezentowany jest pogląd, który wiążąc uznanie administracyjne z mającą podstawy prawne możliwością wyboru skutku prawnego, wskazuje na dopuszczalność podjęcia działania albo jego niepodejmowania, wobec braku obowiązku wydania określonego rozstrzygnięcia³⁹.

Należy pokreślić, iż przy zgłoszeniu sprzeciwu prawodawca wprost przesądził, że wystąpienie którejkolwiek z okoliczności wymienionych w art. 35h ust. 1 pkt 1–3 u.d.u. obliguje organ nadzoru do wydania decyzji wyrażającej sprzeciw („organ nadzoru zgłasza, w drodze decyzji, sprzeciw”). Jak wskazano powyżej, nieco inne sformułowanie językowe zostało użyte wobec wydania decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu („organ nadzoru może [...] wydać decyzję”). Zasadniczo korzystanie z określenia „organ może” jest charakterystyczne dla przepisów zawierających element uznaniowości. Oczywiście nie zawsze wyrażenie to oznacza, że w danym przypadku mamy bezwzględnie do czynienia z uznaniowym zachowaniem organu. Istotne w takiej sytuacji jest przeprowadzenie analizy tekstu prawnego, ze szczególnym uwzględnieniem jego celu. Jak zauważa M. Jaśkowska, zwroty mogące stanowić upoważnienie do uznania mogą mieć charakter jedynie pomocniczy. Należy je traktować z pewną ostrożnością. Inne przepisy mogą bowiem wprowadzić obowiązek określonego działania, a konstruowana wtedy na podstawie całości kształtu przepisów norma prawna nie będzie zawierała upoważnienia do uznania⁴⁰.

W analizowanym przypadku za działaniem organu nadzoru w warunkach uznania administracyjnego przemawia nie tylko wspomniana różnica konstrukcyjna następujących po sobie przepisów kształtujących uprawnienia nadzorcze Komisji Nadzoru Finansowego, ale także spójność koncepcyjna z normą zawartą w art. 35j u.d.u., która zezwala na realizowanie zamiaru objętego zawiadomieniem w przypadku m.in. niedoręczenia przez organ nadzoru w ustawowym terminie decyzji zgłaszającej sprzeciw. W sytuacji bowiem, gdy organ nadzoru nie zgłasza sprzeciwu i powstrzymuje się od aktywności, nie wydając rozstrzygnięcia w zakresie stwierdzenia braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, zawiadamiający może przeprowadzić notyfikowaną transakcję. Innymi słowy, brak aktywności organu nadzoru nie wpływa ujemnie na sferę uprawnień zawiadamiającego. Z natury rzeczy na tę sferę nie wpływa negatywnie także wydanie decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu. Najistotniejsza różnica pomiędzy sytuacją, w której następuje wydanie decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu, a milczeniem organu sprowadza się do usunięcia – w pierwszym przypadku – niepewności po stronie zawiadamiającego co do oceny przez organ nadzoru zamiaru objętego zawiadomieniem przed upływem ustawowego terminu dokonania tej oceny. Trudno jednakże przyjąć, aby okoliczność ta przesądzała o każdorazowym obowiązku wydania decyzji o braku podstaw do

³⁹ Por. Z. Janowicz, *op. cit.*, s. 304–305; E. Ura, E. Ura, *Prawo administracyjne*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 93; a także wyrok NSA z dnia 6 października 2009 r. (II GSK 53/09, LEX nr 573539).

⁴⁰ M. Jaśkowska, *op. cit.*, s. 265, 266.

zgłoszenia sprzeciwu, w sytuacji stwierdzenia nieistnienia przesłanek obligujących organ do jego zgłoszenia.

6. Sankcje

Przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej w przypadku nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji tudzież wykonywania uprawnień podmiotu dominującego zakładu ubezpieczeń z naruszeniem normatywnych wymogów statuują określone, daleko idące skutki prawne. Skutki te są różne w zależności od tego, czy transakcja dotyczy nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji, czy też uzyskania statusu podmiotu dominującego względem zakładu ubezpieczeń. Do okoliczności determinujących ziszczenie się negatywnych konsekwencji należy nabycie akcji bądź wykonywanie uprawnień podmiotu dominującego zakładu ubezpieczeń:

- 1) z naruszeniem przepisu art. 35 ust. 1 u.d.u. (wprowadzającego wymóg zawiadomienia) albo
- 2) pomimo zgłoszenia przez organ nadzoru sprzeciwu albo
- 3) przed upływem terminu uprawniającego organ nadzoru do zgłoszenia sprzeciwu albo
- 4) po upływie wyznaczonego przez organ nadzoru terminu nabycia akcji bądź też w przypadku wykonywania uprawnień podmiotu dominującego – uzyskanych po upływie terminu ustalonego przez Komisję.

Przyczyny uruchamiające sankcje wobec podmiotu zamierzającego przeprowadzić notyfikowaną transakcję można zatem podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza wiąże się z działaniem lub zaniechaniem jednostki obowiązanej, które to zachowania uniemożliwiają dokonanie przez organ nadzoru skutecznej oceny przedmiotu zawiadomienia. Druga natomiast obejmuje sytuacje nierespektowania przez zawiadamiającego wydanych przez organ nadzoru rozstrzygnięć. W odniesieniu do pierwszej grupy wypada zauważyć, że obejmuje ona zarówno stany faktyczne, w których zaniechano złożenia zawiadomienia i nie bacząc na wymogi ustawowe, przeprowadzono transakcję, jak również i przypadki, w których transakcja objęta zawiadomieniem została przeprowadzona w trakcie prowadzonego przez organ nadzoru postępowania zainicjowanego stosowną notyfikacją. W kontekście pierwszej ze wskazanych sytuacji odnotowania wymaga, iż w żaden sposób nie sanuje jej fakt następczego złożenia zawiadomienia – nie wypełnia on bowiem ustawowego wymogu koncentrującego się na przesłance „zamiaru”. Natomiast w aspekcie sfinalizowania przedsięwzięcia przed upływem terminu na zgłoszenie sprzeciwu regulacja ustawowa wpisuje się w wyrażony w orzecznictwie pogląd wskazujący na utratę przedmiotu postępowania wobec zrealizowania zamiaru przed upływem okresu przewidzianego na dokonanie oceny przez organ nadzoru⁴¹.

Nabycie albo objęcie akcji lub praw z akcji w warunkach określonych w pkt 1–4 (wymienionych powyżej) niesie za sobą skutek w postaci niemożności wykonywania prawa głosu z tych akcji. Gdyby nawet walne zgromadzenie krajowego zakładu ubezpieczeń wbrew temu zakazowi podjęło uchwały, to są one co do zasady obarczone sankcją nieważności, chyba że spełniają wymogi kworum oraz większości głosów bez uwzględnienia głosów nieważnych. W przypadku natomiast ziszczenia się którejkolwiek z przesłanek wymienionych w pkt 1–4 w odniesieniu do wykonywania uprawnień podmiotu dominującego zakładu ubezpieczeń, będziemy mieć do czynienia z zakazem uczestniczenia przez członków zarządu krajowego zakładu ubezpieczeń powołanych

⁴¹ Por. wyrok NSA z dnia 25 marca 2009 r. (II GSK 830/08, <http://www.nsa.gov.pl>); w zmienionym stanie prawnym w zakresie innego terminu oceny przedstawiony pogląd znajdzie zastosowanie z uwzględnieniem odmienności co do rzeczowego okresu badania zawiadomienia.

przez podmiot dominujący w czynnościach z zakresu reprezentacji krajowego zakładu ubezpieczeń. Ten sam zakaz obejmuje członków zarządu krajowego zakładu ubezpieczeń będących członkami zarządu, prokurentami lub osobami pełniącymi kierownicze funkcje w podmiocie dominującym. W sytuacji natomiast, gdyby ustalenie osób powołanych w skład organu zarządzającego przez podmiot dominujący było niemożliwe, ustawa o działalności ubezpieczeniowej przewiduje bezskuteczność powołania zarządu. Sankcja bezskuteczności powołania zarządu aktualizuje się od dnia uzyskania przez ten podmiot uprawnień podmiotu dominującego zakładu ubezpieczeń. Analogicznie jak w przypadku nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji, czynności mieszczące się w sferze reprezentacji podjęte wbrew przywołanym zakazom są nieważne. Podkreślenia wymaga, że wszystkie wymienione skutki następują z mocy prawa (*ex lege*).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej dopuszcza uchylenie przez organ nadzoru wskazanych powyżej zakazów. Możliwe jest to wyłącznie z inicjatywy akcjonariusza lub podmiotu dominującego zakładu ubezpieczeń. Podyktowane jest to interesami ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, przy czym konieczne jest wykazanie przez akcjonariusza lub podmiot dominujący zakładu ubezpieczeń, że brak jest zagrożenia dla ostrożnego i stabilnego zarządzania zakładem ubezpieczeń (z uwagi na możliwy wpływ tego podmiotu na zakład ubezpieczeń lub ze względu na sytuację finansową tego podmiotu). Rozwiązanie takie niewątpliwie zapewnia złagodzenie skutków, jakie wywołują ustanowione przepisami prawa i wskazane powyżej sankcje. Jednocześnie pozwala na wykluczenie występowania sytuacji, w których utrzymywanie sankcji nie gwarantowałoby ochrony wartości uzasadniających zainteresowanie nadzorcze.

Sanowaniu niepożądaney sytuacji w zakładzie ubezpieczeń służy także inna kompetencja KNF – mianowicie nakazanie przez organ nadzoru zbycia akcji w wyznaczonym terminie. Celem zbycia akcji jest doprowadzenie do normalizacji w akcjonariacie zakładu ubezpieczeń, poprzez zapewnienie możliwości podejmowania uchwał przez walne zgromadzenie. Zbycie akcji służyć ma także możliwości podejmowania przez uprawnione osoby czynności z zakresu reprezentacji zakładu ubezpieczeń. W sytuacji niezastosowania się przez adresata do nakazu organowi nadzoru przysługują dalsze środki nadzorcze, od nałożenia na akcjonariusza zakładu ubezpieczeń kary pieniężnej do wysokości 10 000 000 zł, poprzez ustanowienie zarządu komisarycznego w zakładzie ubezpieczeń, aż do cofnięcia zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej.

Zakończenie

Jak wynika z poczynionej analizy, zagadnienie obrotu znaczącymi udziałami w zakładach ubezpieczeń poddane jest szczegółowemu reżimowi prawnemu. Nie można przy tym pominąć, że ten obszar reglamentacji znajduje się w kręgu zainteresowań przede wszystkim prawodawcy unijnego (co znajduje odbicie w ustawodawstwie krajowym i wymaga prounijnej wykładni wewnętrznych przepisów państw członkowskich UE) i ewoluuje wraz z upływem czasu, czego dowodem są regulacje wprowadzone dyrektywą 2007/44/WE.

Uprawnienia organu nadzoru – zasadzające się na szerokiej analizie otoczenia związanego z planowaną zmianą struktury właścicielskiej, która to analiza obejmuje w szczególności badanie potencjalnego nabywcy, osób mających kierować działalnością zakładu ubezpieczeń w wyniku planowanej transakcji, a także aspekt spełniania przez zakład ubezpieczeń wymogów ostrożnościowych – skorelowane są z odpowiadającymi im obowiązkami po stronie potencjalnego nabywcy, tj. przede wszystkim obowiązkiem zawiadomienia o zamiarze przeprowadzenia transakcji oraz koniecznością przedłożenia stosownych dokumentów umożli-

liwiających organowi nadzoru dokonanie oceny. Dopełnieniem całości rozwiązań są przepisy ustanawiające sankcje za naruszenie unormowań dotyczących zmian właścicielskich w zakładzie ubezpieczeń.

Analiza zagadnienia sprawowania przez Komisję Nadzoru Finansowego prerogatyw nadzorczych odnoszących się do obrotu znaczącymi udziałami w zakładach ubezpieczeń⁴² prowadzi do konstatacji o szczególnie istotnym walorze działań organu nadzoru podejmowanych w tym zakresie. Ingerując bowiem w stosunki właścicielskie krajowego zakładu ubezpieczeń, a zatem w newralgiczną sferę działalności tego podmiotu, Komisja realizuje ustawowo przypisane cele, w tym przede wszystkim ten, który koncentruje się na zapobieganiu niewypłacalności zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie Komisji przyznano uprawnienia (i zarazem obowiązek) do ustalania w poszczególnych stanach faktycznych doniosłości pojęć niedookreślonych (rękojmia, kondycja finansowa), jak też do dokonywania ekstrapolacji przyszłych stanów faktycznych (w tym oceny, czy w nowo proponowanym układzie właścicielskim zakład ubezpieczeń będzie w stanie przestrzegać obowiązujących go norm ostrożnościowych). Jednocześnie swoje oceny Komisja musi formułować w bardzo rygorystycznie zakreślonych ramach czasowych, pod rygorem wystąpienia skutku materialnoprawnego; w tych ramach czasowych Komisja powinna zdążyć ustalić, jakie rozstrzygnięcie będzie w interesie uczestników rynku ubezpieczeniowego. Te okoliczności nakazują postrzeganie zakresu władztwa Komisji przede wszystkim jako odpowiedzialności za kondycję sektora ubezpieczeniowego (a w połączeniu z innymi sektorami – całości rynku finansowego).

⁴² Jako przykład kompetencji nadzorczej odnoszącej się także do innych instytucji finansowych.

Summary of the article

Supervision of turnover of significant shares of financial institutions – insurance market example

The problem of turnover of significant shares of financial institutions, including domestic insurance companies, is regulated by specific legal provisions. The area in question is subject to legal restrictions that find motivation in international standards, mainly in the European Law. Manifestation of these regulations are provided for in Directive 2007/44/EC, implemented in the Polish Insurance Activity Act.

Competence of the supervisory authority with regards to planned change in the ownership structure of a domestic insurance company cover on its merits, in particular, examination of the potential buyer, persons managing the business of insurance company as a result of the proposed transaction, as well as the aspect of compliance by the insurance company with prudential requirements. These powers are correlated with the obligations of a potential buyer of significant share in an insurance company, that is primarily the responsibility of noticing the intention to carry out a transaction and the necessity to submit relevant documents to enable the supervisory authority to make an assessment. Supplementing overall solutions of regulatory powers are the provisions establishing penalties for violation of regulations relating to ownership changes in the insurance company.

Analysis of the regulation relating to the aspect recognized in this article – aspect of the functioning of the insurance market – leads to an observation of particular importance of supervisory activities in this regard. By interfering with the ownership relations of domestic insurance companies, which is in the realm of constitutional protection, the Financial Supervision Authority implements statutory objectives, namely the protection of interests of insurance companies' clients. These regulations therefore prove the primacy of the latter over the economic freedom and are at the same time an attempt to maintain a relative balance between them. It is evidenced by introducing numerous procedural obligations of the supervision authority including, in particular, a strict deadline for issuing a decision.

Keywords: significant share of domestic insurance company, acquisition, opposition, supervision, the Financial Supervision Authority.

Mgr **Dorota Leśniak**, doktorantka na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Departament Prawny Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego.

Bartosz Wojno, radca prawny, Departament Prawny Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego.

Joanna Rutecka

Doubezpieczenie emerytalne w racjonalizowaniu systemu zabezpieczenia społecznego

Przeprowadzane na całym świecie reformy systemów emerytalnych zakładają wzrost znaczenia dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego. Zabezpieczenie to funkcjonować może w różnych formach, przy czym najczęściej wykorzystywane są konstrukcje funduszy inwestycyjnych i emerytalnych oraz ubezpieczeń na życie z elementem oszczędnościowym. Pomimo wygody i prostoty konstrukcji opartych na metodzie oszczędnościowej nie oferują one zwykle ochrony przed szeregiem ryzyk, na które narażony jest uczestnik dodatkowego systemu emerytalnego. Metoda ubezpieczeniowa jest obecnie wykorzystywana głównie na etapie wypłaty środków, poprzez oferowanie ochrony przed ryzykiem długowieczności. Zakres stosowania tej metody w dodatkowym systemie emerytalnym może być jednak znacznie szerszy. Przy spełnieniu także innych warunków, w tym edukacji emerytalnej i odpowiedniego poziomu rozwoju rynków finansowych, ubezpieczenie może zostać skutecznie wykorzystane przy racjonalizowaniu dozabezpieczenia emerytalnego na każdym etapie zarządzania ryzykiem starości.

Słowa kluczowe: dodatkowy system emerytalny, ubezpieczenia emerytalne, produkty emerytalne, edukacja finansowa, świadomość emerytalna.

Wprowadzenie

Zmiany demograficzne powodują wzrost obciążenia finansów publicznych wydatkami na świadczenia dla emerytów i zmuszają do racjonalizowania systemów emerytalnych. Stosowane w tych systemach rozwiązania nie były projektowane, aby sprostać problemowi rosnącej relacji liczby emerytów w stosunku do liczby osób pracujących i malejącym wpływom z tytułu składek. W rezultacie w większości krajów poszukuje się obecnie sposobów na zmniejszenie pojawiającej się nierównowagi, wśród których wymienić można: podwyższanie wieku emerytalnego, zaostrzenie warunków, których spełnienie uprawnia do minimalnej emerytury, obniżanie relatywnej wysokości świadczeń oraz uzależnianie ich wysokości od czynników demograficznych. Działania racjonalizatorskie mają przede wszystkim na celu jak najlepsze wykorzystanie ograniczonych wpływów, a jednocześnie zapewnienie adekwatnych świadczeń z systemu emerytalnego ujmowanego szerzej niż dotychczas – z uwzględnieniem zarówno publicznej i obowiązkowej jego części, jak i rozwiązań dodatkowych, dzięki którym możliwe jest dostarczenie dochodu w oczekiwanej wysokości.

W konstrukcji systemów emerytalnych dominującą rolę odgrywa metoda ubezpieczenia, przejawiająca się finansowaniem świadczeń ze składek opłacanych w trakcie okresu aktywności zawodowej. Reformując systemy zabezpieczenia emerytalnego, dokonuje się zmian w parametrach regulujących wysokość wpłacanych składek i wypłacanych świadczeń lub wprowadza się zupełnie nowe narzędzia oraz formuły emerytalne¹. Pierwszy rodzaj zmian ma zwykle charakter działań doraźnych, zmierzających do usunięcia nierównowagi w systemie w krótkim okresie; drugi typ reform oznacza natomiast radykalne zmiany, które wymagają znacznie większych przygotowań i nakładów związanych z ich późniejszym wdrożeniem. Niezależnie od wskazanego charakteru przeprowadzanych reform emerytalnych skutkują one zwykle obniżeniem poziomu obowiązkowego, bazowego zabezpieczenia, co powoduje konieczność poszukiwania i stymulowania rozwoju innych form zabezpieczenia na starość, które mogłyby zapełnić powiększającą się lukę emerytalną. Luka ta oznacza, iż świadczenia uzyskiwane z obowiązkowego systemu są znacznie niższe od pożądanego poziomu dochodów jego uczestników. Racjonalizowanie uczestnictwa w systemie polega w tej sytuacji na poszukiwaniu innych form zabezpieczenia, mających charakter uzupełniający.

W obliczu niemożności zaoferowania wystarczająco wysokich świadczeń z systemu obowiązkowego ogromnego znaczenia nabiera upowszechnienie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego. Zabezpieczenie to, aby osiągnięty został pożądaný poziom uczestnictwa, powinno charakteryzować się „sprawiedliwą” relacją składek i świadczeń, bliską zasadzie ekwiwalentności ubezpieczeniowej. Ubezpieczeniowy charakter tej części systemu może być również wyrażony przez dożywotnie formy świadczeń oferowanych z dodatkowych planów emerytalnych. Powszechność dodatkowych rozwiązań w systemie uzupełniającym nie może być jednak osiągnięta bez odpowiedniej edukacji i kształtowania świadomości emerytalnej uczestników systemu oraz bez oferowania odpowiednio skonstruowanych produktów finansowych.

1. Miejsce dozabezpieczenia w systemie zabezpieczenia emerytalnego

Głównym celem każdego systemu emerytalnego jest zapewnienie środków na zaspokojenie potrzeb w okresie starości, kiedy nie możemy kontynuować aktywności zawodowej ze względu na wiek. Takie zabezpieczenie może być realizowane na różne sposoby, z wykorzystaniem odmiennych technik czy metod finansowania i może być organizowane przez różne podmioty (rysunek nr 1). Najpowszechniejszą zinstytucjonalizowaną formą zabezpieczenia emerytalnego są obecnie bazowe systemy emerytalne organizowane i inicjowane przez państwo².

Powszechne systemy emerytalne to zazwyczaj systemy bazowe, obowiązkowe i posiadające gwarancje Skarbu Państwa³. Pochodzące z tej części emerytury powinny zaspokajać podstawowe potrzeby i oferować określony (zwykle niższy niż pożądaný) standard życia po zakończeniu

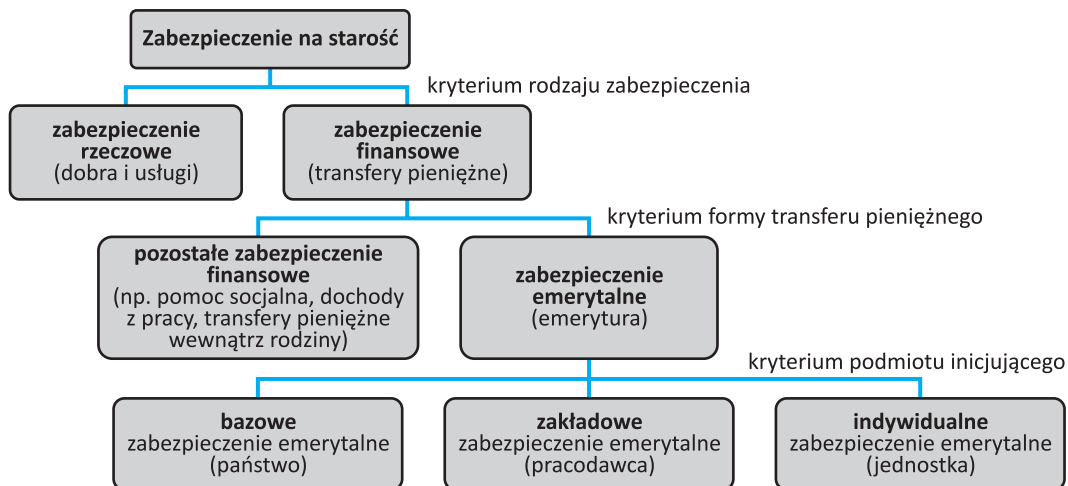
¹ Szerzej por. M. Żukowski, *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem*, „Zeszyty Naukowe” z. 151, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 1997; *Pensions at a Glance 2011*, OECD Publishing, Paris 2011 oraz N. Barr, P. Diamond, *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2014.

² Szerzej na temat zarządzania ryzykiem starości w systemach zabezpieczenia emerytalnego por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 2005 oraz J. Rutecka, *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2012, s. 15–45.

³ S. Golinowska wskazuje także, że system ten powinien być repartycyjny; por. S. Golinowska (red.), *Dodatkowe systemy emerytalne w świecie*, IPISS, Warszawa 1994, s. 21. Wydaje się, że obecnie odchodzi się od tego poglądu, chociaż w pierwszym filarze reformowanych systemów emerytalnych nadal najbardziej pożądanymi są rozwiązania bazujące na repartycyjnym finansowaniu ubezpieczeniowym lub finansowaniu podatkowym; por. N. Barr, P. Diamond, *op. cit.*, s. 293–296.

aktywności zawodowej. Natomiast systemy uzupełniające (dodatkowe) – zarówno zakładowe, jak i indywidualne – powinny uelastyczniać system emerytalny traktowany jako całość i wypełniać zadanie podwyższenia poziomu dochodu w okresie starości ponad poziom oferowany przez systemy bazowe.

Rysunek nr 1. Zabezpieczenie na starość



Źródło: J. Handschke, K. Łyskawa, J. Ratajczak, *Ryzyko emerytalne w systemie zabezpieczenia na starość*, (w:) T. Szumlicz (red.), *Spółeczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2005, s. 147.

Rozwój dozabezpieczenia⁴ emerytalnego zależy od szeregu czynników, do których zaliczyć można: wysokość świadczeń oferowanych z systemu obowiązkowego, poziom zamożności społeczeństwa, udział pracodawcy, stan rozwoju rynku finansowego, zachęty podatkowe, a także poziom wiedzy i świadomości emerytalnej obywateli. Im niższy poziom pokrycia potrzeb przez system bazowy, tym większe pole dla funkcjonowania dodatkowych sposobów zabezpieczenia emerytalnego, pozwalających na podniesienie standardu emerytalnego ponad poziom gwarantowany przez państwo. Różnica pomiędzy pożądanym poziomem zabezpieczenia a poziomem oferowanym przez system bazowy nazywana jest luką emerytalną. Jej średnią wielkość zaprezentowano na wykresie nr 1.

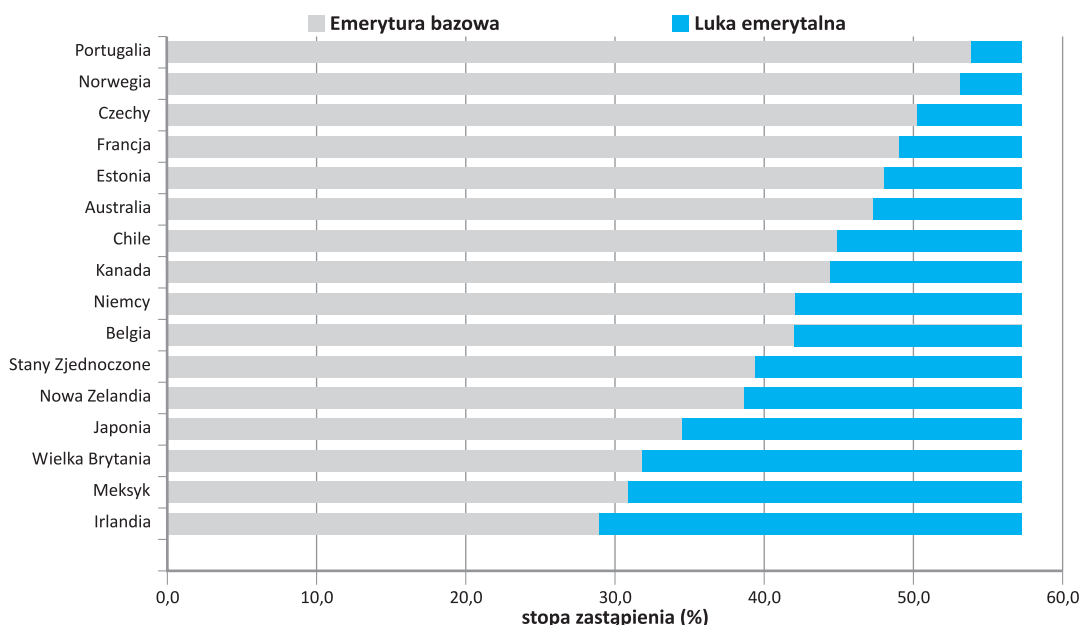
Według obliczeń OECD luka emerytalna występuje w krajach, w których stopa zastąpienia z systemu bazowego wynosi poniżej 57%. Powstałe w ten sposób pole, wynoszące od 3,4 punktów procentowych w Portugalii do 28,3 punktów procentowych w Irlandii⁵, mogłoby zostać zapełnione

⁴ O definicjach dozabezpieczenia i doubezpieczenia społecznego por. T. Szumlicz, *Przyczynek do teorii doubezpieczenia społecznego*, (w:) T. Szumlicz (red.) *Spółeczne aspekty ubezpieczenia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 197–208 oraz T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, *op. cit.*

⁵ Stopy zastąpienia policzone zostały dla osoby ubezpieczonej będącej mężczyzną z 40-letnim stażem pracy i osiągnięjącej przeciętne wynagrodzenie. Tak obliczone stopy zastąpienia sugerują, że w Polsce nie występuje luka emerytalna – ma ona wielkość ujemną, gdyż stopa zastąpienia oferowana z polskiego, obowiązkowego systemu emerytalnego (60%) przewyższa średnią stopę zastąpienia w krajach OECD (57%), będącą punktem odniesienia przy obliczaniu rozmiaru luki emerytalnej. Założenie, w którym staż pracy ubezpieczonego jest taki sam, zniekształca informację o wielkości luki w poszczególnych krajach.

przez ofertę dodatkowych produktów emerytalnych skierowanych do odbiorców indywidualnych. Prezentowane dane przedstawiają oczywiście rozmiary luki emerytalnej w sposób bardzo uproszczony. Rozmiary indywidualnej luki emerytalnej każdego z uczestników systemu są bowiem różne, gdyż zależą od potrzeb i oczekiwań konkretnej osoby. Ponadto nieprawidłowe wydaje się podejście, w którym rozmiary luki emerytalnej wyznaczone są w odniesieniu do tej samej stopy zastąpienia, niezależnie od poziomu zamożności i rozwoju gospodarczego danego kraju⁶. Mimo powyższych uwag podkreślić należy, że pożądanym sposobem ograniczenia bądź eliminacji występujących luk emerytalnych jest upowszechnienie dodatkowych form zabezpieczenia na okres starości.

Wykres nr 1. Luka emerytalna* w wybranych krajach OECD



* Różnica pomiędzy stopą zastąpienia brutto oferowaną z obowiązkowego systemu emerytalnego danego kraju osobie zarabiającej średnie wynagrodzenie a średnią stopą zastąpienia w krajach OECD (ok. 57%).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Pensions at a Glance 2011*, OECD Publishing, Paris 2011.

Dozabezpieczenie emerytalne funkcjonuje w formie rozwiązań grupowych (zakładowych) lub indywidualnych. Do pierwszych należą pracownicze programy (plany emerytalne), które są organizowane i oferowane przez pracodawcę zatrudnionym u niego pracownikom. Pracownicze programy mogą funkcjonować jako rozwiązania zakładowe, międzyzakładowe lub nawet sektorowe. Większość zakładowych programów emerytalnych (ang. *occupational pension plans*) bazuje na finansowaniu kapitałowym⁷. Składka emerytalna wpłacana do planu może być opłaca-

⁶ Pożądaną poziom dochodów może się znacznie różnić m.in. ze względu na poziom i rodzaj wcześniejszej konsumpcji czy też koszty usług w poszczególnych krajach.

⁷ Czasami jedynie w pracowniczym zabezpieczeniu emerytalnym dla sektora publicznego spotkać można wyjątkowo rozwiązania repartycyjne; por. M. Szczepański, *Stymulatory i bariery rozwoju zakładowych systemów emerytalnych na przykładzie Polski*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010, s. 76–77.

na przez pracodawcę, wspólnie przez pracodawcę i pracownika lub wyłącznie przez pracownika⁸. Składka ta trafia następnie do planu emerytalnego, który może być prowadzony w formie umowy ubezpieczenia, funduszy inwestycyjnych lub specjalnie w tym celu utworzonych funduszy emerytalnych, lokat bankowych oraz w formie tzw. rezerwy księgowej pracodawcy⁹. Zakładowe zabezpieczenie emerytalne funkcjonuje w formie planów o zdefiniowanym świadczeniu (ang. *defined benefit – DB*), gdzie wysokość emerytury jest obliczana na podstawie liczby lat pracy i zarobków, lub programów o zdefiniowanej składce (ang. *defined contribution – DC*), gdzie wysokość świadczenia zależy od kwoty opłaconych składek oraz od osiągniętej z ich inwestowania stopy zwrotu, a także od wieku przejścia na emeryturę¹⁰. W następstwie zmian demograficznych i spadających stóp zwrotu z rynków finansowych zauważyć można obecnie odwrót od systemów o zdefiniowanym świadczeniu na rzecz rozwiązań o zdefiniowanej składce¹¹.

Drugą grupę tworzą produkty emerytalne oferowane indywidualnemu odbiorcy, niezwiązane z faktem zatrudnienia u konkretnego pracodawcy. Najczęściej wykorzystywanymi instrumentami są w tym przypadku fundusz inwestycyjny, umowa ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym oraz rachunek bankowy. Detaliczne produkty emerytalne są finansowane kapitałowo, co oznacza, że oszczędzający wpłaca składkę, która jest następnie inwestowana w instrumenty na rynku finansowym. Ryzyko inwestycyjne ponosi w tych produktach zwykle oszczędzający, co jest konsekwencją wykorzystania formuły zdefiniowanej składki (ang. *defined contribution – DC*). W krajach Unii Europejskiej występuje ogromna różnorodność dobrowolnych planów emerytalnych, którą prezentuje tabela nr 1.

Tabela nr 1. Charakterystyka dodatkowych programów emerytalnych w krajach UE (III filar)

Kraj/ Cechy programu	UK	FR	NL	AT	PL	SE	IT	RO	DE	GR	ES	ET	HU	SK
Liczba form programów	1	1	1	1	3	2	2	1	2	1	5	1	1	1
Formy wypłaty	max. 25% LS	AN	AN	LS/AN	LS/PW	AN	max. 50% LS	AN	max. 30% LS/AN	LS/AN	LS/AN	AN/LS	AN/LS	LS/PW
Rok powołania	1993	2003	2007	2005	2004	1972	1993	2006	2005	2002	2002	2004	1997	2004
Poziom uczestnictwa	11,1	5,3	28,3	25,7	b.d.	27,6	6,2	1,5	36,9	b.d.	28,1	b.d.	18,9	21,8
Formuła	DB/DC	DB/DC	DB/DC	DB/C	DC	DB/DC	DB/DC	DC	DB/DC	DC	DB/DC	DC	DC	DC

Wyjaśnienia: LS – wypłata jednorazowa, AN – renta dożywotnia, PW – wypłata ratalna, b.d. – brak danych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Study on the position of savers in private pension products*, Oxera Consulting Ltd., 2013.

⁸ Przykładem takiego rozwiązania jest dodatkowe zabezpieczenie emerytalne w Polsce.

⁹ Pracodawca ujmuje zobowiązania emerytalne wobec pracowników w bilansie, w formie wyodrębnionej na ten cel rezerwy.

¹⁰ W pracowniczych programach emerytalnych można również obecnie spotkać rozwiązania mieszane – częściowo DC, a częściowo DB. Plany takie są nazywane planami hybrydowymi.

¹¹ J. Rutecka, *Ewolucja pracowniczych programów emerytalnych w reakcji na kryzys finansowy – tendencje zmian*, (w:) F. Chybalski, E. Marcinkiewicz (red.), *Współczesne zabezpieczenie emerytalne, Wybrane aspekty ekonomiczne, finansowe i demograficzne*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2013, s. 114–125.

Członkostwo w uzupełniających planach emerytalnych może mieć charakter obligatoryjny¹² lub dobrowolny¹³. Na świecie¹⁴ funkcjonują także rozwiązania, w których ubezpieczony może wystąpić z obowiązkowego systemu publicznego lub jego części (ang. *opt out*), jeśli jest objęty dodatkowym zabezpieczeniem zakładowym lub indywidualnym¹⁵. Ponadto w ostatnich latach reformy pracowniczych programów emerytalnych obejmowały wprowadzanie rozwiązań zakładających automatyczne włączanie pracowników do planów oferowanych przez pracodawcę (ang. *auto-enrollment*), z możliwością późniejszego wypisania się pracownika z planu po złożeniu odpowiedniej deklaracji¹⁶.

Ze względu na dobrowolny charakter przeważającej części dozabezpieczenia emerytalnego i wymóg elastyczności stosowanych rozwiązań wypłata świadczeń z dodatkowych systemów emerytalnych może następować w różnych formach. Do najpopularniejszych należą: wypłata jednorazowa (ang. *lump sum*), wypłata ratalna (ang. *programmed withdrawal*) lub renta dożywotnia (ang. *annuity*). Wszystkie wymienione formy występować mogą ponadto w wielu wariantach i z możliwością dodania różnych opcji¹⁷. Warto jednak zaznaczyć, że tylko jeden z wymienionych produktów – renta dożywotnia – ma charakter ubezpieczeniowy i chroni uczestnika systemu przed ryzykiem długowieczności. Stąd forma ta odgrywa dominującą rolę w systemach bazowych oraz obowiązkowych i *quasi*-obowiązkowych pracowniczych programach emerytalnych, natomiast w dobrowolnych systemach dodatkowych wskazywana jest jako rozwiązanie pożądane, zwłaszcza jeśli systemy uzupełniające powiązane są ze znaczącymi preferencjami podatkowymi¹⁸.

2. Metoda ubezpieczenia w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym

Zarządzanie ryzykiem starości składa się z dwóch faz – etapu akumulacji środków i okresu ich konsumpcji (rysunek nr 2). Faza gromadzenia w systemach obowiązkowych wiąże się z koniecznością opłacania określonej ustawowo składki emerytalnej przez cały okres aktywności zawodowej i przekazywania jej do instytucji zarządzającej systemem bazowym. Natomiast w systemach dobrowolnych na etapie gromadzenia kapitału emerytalnego podejmowane są indywidualne¹⁹ decyzje dotyczące wielkości odkładanych środków, długości okresu oszczędzania oraz wyboru konkretnego mechanizmu (instrumentu) służącego gromadzeniu kapitału emerytalnego. Wykorzystywane są tu głównie metoda oszczędnościowa²⁰ i finansowanie o zdefiniowanej składce, które zakła-

¹² Obowiązkowe systemy dodatkowe w formie zabezpieczenia oferowane przez pracodawcę funkcjonują np. w Holandii i Szwajcarii.

¹³ Por. M. Żukowski, *op. cit.*, s. 14 i 20; P. Zieliński, *System emerytalny w Holandii*, (w:) T. Szumlicz, M. Żukowski (red.), *Systemy emerytalne w krajach Unii Europejskiej*, Twigger, Warszawa 2004, s. 172.

¹⁴ Na przykład w Wielkiej Brytanii uczestnictwo w publicznym systemie emerytury dodatkowej może zostać zastąpione uczestnictwem w zakładowym lub indywidualnym systemie emerytalnym.

¹⁵ M. Żukowski, *System emerytalny w Wielkiej Brytanii*, (w:) T. Szumlicz, M. Żukowski (red.), *Systemy emerytalne w krajach Unii Europejskiej*, Twigger, Warszawa 2004, s. 312.

¹⁶ Takie rozwiązanie wprowadzono w 2012 r. w Wielkiej Brytanii.

¹⁷ Chodzi tutaj m.in. o możliwość częściowych wypłat, decyzje dotyczące długości okresu pobierania świadczenia, gwarancje, różne rozwiązania w zakresie waloryzacji wypłacanych świadczeń.

¹⁸ Por. T. Szumlicz, *Ubezpieczenie...*, *op. cit.*

¹⁹ Mogą być to także decyzje grupowe, podejmowane zwykle przy tworzeniu i określaniu zasad funkcjonowania pracowniczych programów emerytalnych.

²⁰ W polskim dodatkowym systemie emerytalnym na etapie akumulowania środków dominuje także technika oszczędnościowa, przejawiająca się w wykorzystaniu takich produktów, jak fundusze inwestycyjne, ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe czy rachunki bankowe, w przypadku których śmierć ubezpieczonego w okresie kumulowania środków oznacza wypłatę stanu rachunku wskazanym przez niego osobom. Nie jest to zatem rozwiązanie odbiegające od standardów międzynarodowych. Por. *Pensions at a Glance 2013*, OECD Publishing, Paris 2013 oraz *Study on the position of savers in private pension products*, Oxera Consulting Ltd., 2013.

dają, że wysokość zgromadzonego kapitału emerytalnego w momencie przejścia na emeryturę zależy od wielkości wpłaconych składek, tempa ich pomnażania (stopy zwrotu) oraz okresu oszczędzania. Wyjątkiem są pracownicze programy emerytalne, bazujące na formule zdefiniowanego świadczenia, w których wielkość zgromadzonych uprawnień zależy od uzyskiwanych wcześniej wynagrodzeń, stażu pracy i poziomu stopy zastąpienia za każdy rok pracy. Programy te oferują gwarancje wysokości świadczeń emerytalnych, których koszty ponoszą zwykle pracodawcy.

Rysunek nr 2. Fazy ryzyka starości



Wyjaśnienia: O – suma oszczędności emerytalnych, U – uprawnienia emerytalne, K – kapitał emerytalny, M – majątek zgromadzony w celu emerytalnym.

Źródło: T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz 2005, s. 242.

Druga faza ryzyka starości dotyczy konsumowania środków i uprawnień emerytalnych. Środki te mogą zostać wypłacone w formie wypłaty jednorazowej, ciągu wypłat ratalnych lub świadczenia dożywotniego. Ze względu na występujące na tym etapie ryzyko długowieczności²¹ (ang. *longevity risk*) pożądane jest wykorzystanie rozwiązania ubezpieczeniowego, czyli renty dożywotniej. Dzięki bowiem zastosowaniu takiej formy emeryt w zamian za przekazany kapitał transferuje ryzyko długowieczności na zakład ubezpieczeń i otrzymuje obietnicę otrzymywania emerytury do końca życia.

Ubezpieczenie w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym jest stosowane przede wszystkim dla ochrony przed ryzykiem długowieczności. Warto jednak zauważyć, że metoda ubezpieczeniowa może być wykorzystywana w celu ochrony przed szeregiem innych ryzyk, na które narażony jest uczestnik dodatkowego systemu emerytalnego. Mowa tu chociażby o ryzyku inwestycyjnym czy inflacji, które występują w obu fazach ryzyka starości²². Ochrona przed ryzykiem inwestycyjnym polegać może na funkcjonowaniu produktów z minimalną gwarantowaną stopą zwrotu lub na uwzględnianiu w kalkulacji świadczeń technicznej stopy zwrotu. Natomiast ekspozycja na

²¹ Ryzyko długowieczności oznacza możliwość dłuższego życia, niż wynika to z tablic przeciętnego trwania życia.

²² Szerzej na temat ryzyk występujących w systemie emerytalnym, szczególnie w fazie wypłat, por. R. Rocha, D. Vitas, H.P. Rudolph, *Annuities and Other Retirement Products. Designing the Payout Phase*, The World Bank, Washington D.C., 2011, s. 21–23.

ryzyko inflacji może być ograniczana przez renty dożywotnie waloryzowane według wskaźników wzrostu cen. Pole do racjonalizacji dozabezpieczenia emerytalnego z wykorzystaniem metody ubezpieczeniowej jest zatem wielowymiarowe. Odpowiedni rozwój oferty ubezpieczeniowej nie będzie jednak możliwy bez pojawienia się na rynku finansowym instrumentów, które umożliwiłyby zakładom ubezpieczeń dokonanie odpowiednich transakcji zabezpieczających ich działalność w związku z przejściem od klientów ryzyk innych niż ryzyko długowieczności²³.

3. Świadomość emerytalna jako istotny czynnik racjonalnych zachowań

Wciąż niedocenianym czynnikiem, mającym wpływ na poziom uczestnictwa w dodatkowym ubezpieczeniu na starość oraz na rozwój rynku ubezpieczeniowych produktów emerytalnych, jest świadomość ubezpieczeniowa. Ma ona kluczowe znaczenie, gdyż nawet najlepsze zachęty podatkowe nie zapewnią powszechności uzupełniających planów emerytalnych, jeśli obywatele nie będą wiedzieli, jakie emerytury otrzymają z systemu bazowego i jakie produkty mogą nabyć, aby podnieść poziom dochodu na starość. Sytuację tę może dodatkowo utrudniać wysoki poziom skomplikowania zarówno systemu bazowego, jak i dodatkowego, oraz ich częste zmiany²⁴.

Brak wystarczającej wiedzy emerytalnej i finansowej utrudnia dokonanie wyboru najlepszego (z punktu widzenia jednostki) produktu emerytalnego. Wobec mnogości ofert dostawców i dostępnych opcji wystąpić może zjawisko niedopasowania produktów do potrzeb (ang. *mis-selling*), co wpływa na spadek zaufania do dostawców usług emerytalnych oraz dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego w ogóle. Warto przy tym zaznaczyć, że produkty ubezpieczeniowe, oferujące zabezpieczenie przed szeregiem ryzyk społecznych, są zdecydowanie bardziej skomplikowane od tradycyjnych form oszczędzania na starość, takich jak rachunek bankowy czy fundusz inwestycyjny. Z tego powodu odpowiedni poziom świadomości i wiedzy finansowej jest warunkiem koniecznym rozwoju i odpowiedniego funkcjonowania dodatkowego zabezpieczenia w formach ubezpieczeniowych.

Za przykład niewystarczającej wiedzy finansowej mogą posłużyć ostatnie wyniki badań przezorności emerytalnej Polaków, zgodnie z którymi ponad połowa osób aktywnych zawodowo nie oszczędza z myślą o emeryturze i nie planuje robić tego w przyszłości. Tylko co ósmy Polak gromadzi środki emerytalne poza systemem obowiązkowym, a jedynie co piąty zamierza to robić w przyszłości²⁵. Osoby nieoszczędzające na emeryturę jako główny powód wskazują sytuację finansową. Jednocześnie z tych samych badań wynika, że spora liczba osób nie jest w stanie ocenić, czy oszczędzanie im się opłaca, i preferuje bieżącą konsumpcję kosztem wyższych dochodów emerytalnych w przyszłości. Osoby te rezygnują więc z przesunięcia środków finansowych na kolejne etapy życia, nawet gdy oszczędzanie mogłoby być dla nich korzystne.

Niski poziom edukacji emerytalnej potwierdzają również przekonania ankietowanych co do horyzontu uczestnictwa w systemie emerytalnym. Znaczna część osób wskazała, że nie gromadzi środków emerytalnych, ponieważ ma jeszcze czas na oszczędzanie. Jedynie 4% respondentów nie oszczędza, gdyż ma inne zabezpieczenia na okres starości (np. nieruchomości) lub twierdzi, że

²³ Mowa tu chociażby o emisji długoterminowych obligacji indeksowanych inflacyjnie.

²⁴ Z taką sytuacją mamy obecnie do czynienia w Polsce – w momencie reformy systemu emerytalnego ubezpieczeni byli przekonywani, że uczestnictwo w kapitałowej części systemu publicznego zapewni im w okresie starości bardzo wysokie dochody. Konsekwencją był słaby rozwój III filara. Następnie systemy bazowy i dodatkowy uległy kilku zmianom prowadzącym do ich znacznego skomplikowania – powstały dodatkowe konta (subkonta) w systemie obowiązkowym, a dozabezpieczenie emerytalne zostało „wzbogacone” o dodatkowe formy i produkty finansowe.

²⁵ *Polacy o dodatkowym oszczędzaniu na emeryturę*, komunikat CBOS nr BS/77/2010.

otrzyma zadowolającą emeryturę z części bazowej (a zatem nie ma potrzeby uzupełniania jej żadnym innym świadczeniem)²⁶. Zaskakujące jest, iż w obliczu bardzo niskiego²⁷ poziomu uczestnictwa w dodatkowym oszczędzaniu na emeryturę oraz przy niskich stopach zastąpienia oferowanych przez obowiązkowy system emerytalny, aż 18% społeczeństwa twierdzi, że nie potrzebuje dodatkowej wiedzy z zakresu gromadzenia oszczędności. Ponadto duża część osób nie potrafi wskazać najlepszego sposobu gromadzenia oszczędności na okres starości lub zamierza nabyć produkty niekoniecznie służące długoterminowym planom oszczędnościowym (wykres nr 2).

Wykres nr 2. Najlepsze, w opinii Polaków, sposoby dodatkowego oszczędzania na emeryturę (ankietowani mogli wskazać tylko jedną odpowiedź)



Źródło: Polacy o dodatkowym oszczędzaniu na emeryturę, komunikat CBOS nr BS/77/2010.

Wyniki badań społecznych wskazują na ewidentną potrzebę pilnej edukacji finansowej obywateli i kształtowania ich świadomości emerytalnej²⁸. Bez podjęcia działań w tej dziedzinie niemożliwe będzie upowszechnienie dodatkowego oszczędzania emerytalnego i zapewnienie

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Pracownicze programy emerytalne (PPE) obejmują jedynie ok. 2,4% osób aktywnych zawodowo, na indywidualnych kontach emerytalnych (IKE) oszczędza 5,2% pracujących, a na indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) – 3,2% aktywnych zawodowo. Źródło: <http://www.knf.gov.pl>.

²⁸ Na tle ogólnych badań przeprowadzonych przez CBOS zaskakująco wysoko kształtuje się poziom świadomości ubezpieczeniowej studentów wydziałów ekonomicznych uczelni wyższych – por.: M. Baranowska, A. Ołubowicz, R. Tyrzyńska, *Świadomość ubezpieczeniowa wśród studentów – wyniki badań*, (w:) K. Łyskawa, P. Majewski, D. Walczak (red.), *Ubezpieczenia i finanse – nowe perspektywy*, t. 3, Instytut Badań Gospodarczych, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Toruniu, Toruń 2013, s. 13–24 oraz M. Iwańska, J. Paczkowska, P. Wiśniewska, *Świadomość ubezpieczeniowa studentów UMK – wyniki badań*, (w:) K. Łyskawa, P. Majewski, D. Walczak (red.), *Ubezpieczenia i finanse – nowe perspektywy*, t. 3, Instytut Badań Gospodarczych, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Toruniu, Toruń 2013, s. 25–36. Wyniki te świadczą o skuteczności dobrze przygotowanej i przeprowadzonej edukacji ubezpieczeniowej.

adekwatnych świadczeń emerytalnych w przyszłości. Warto przy tym wykorzystać wiele kanałów komunikacji, które mogłyby docierać do różnych grup odbiorców²⁹.

Z punktu widzenia przekazywanych treści najbardziej istotne wydaje się objaśnienie podstawowych zasad funkcjonowania systemu emerytalnego oraz przedstawienie zależności pomiędzy okresem opłacania składek, ich wielkością, długością dalszego trwania życia oraz wysokością wypłacanych później świadczeń emerytalnych. Jeśli chodzi o dodatkowe plany emerytalne, niezbędna jest edukacja na temat konstrukcji i zasad funkcjonowania poszczególnych produktów emerytalnych oraz przejrzysta polityka informacyjna ułatwiająca przyszłym emerytom wybór najlepszego z ich punktu widzenia produktu emerytalnego.

Zakończenie

Wobec obniżania stóp zastąpienia oferowanych przez bazowe systemy emerytalne dodatkowe zabezpieczenie emerytalne będzie stawać się coraz istotniejszą częścią systemów zabezpieczenia emerytalnego. Taka sytuacja oznacza racjonalizowanie zabezpieczenia emerytalnego zarówno z punktu widzenia systemu jako całości, jak i z perspektywy jego indywidualnego uczestnika. Po spełnieniu kilku kluczowych warunków istotną rolę w dozabezpieczeniu emerytalnym odegrać mogą produkty ubezpieczeniowe.

Poziom powszechności dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego w poszczególnych krajach jest bardzo zróżnicowany. Wynika to z odmiennych konstrukcji systemów bazowych oraz wysokości oferowanych z nich świadczeń, stopnia zamożności i skłonności do oszczędzania poszczególnych społeczeństw, udziału pracodawców oraz państwa w dodatkowych planach emerytalnych czy rodzaju stosowanych zachęt podatkowych. Produkty służące dodatkowemu zabezpieczeniu emerytalnemu mogą mieć charakter funduszy emerytalnych lub inwestycyjnych, rachunków bankowych oraz umów ubezpieczenia. Ubezpieczeniowa metoda ma szczególnie istotne znaczenie w fazie wypłaty świadczeń emerytalnych³⁰, bowiem tylko renta dożywotnia oferowana przez zakłady ubezpieczeń może ochronić emerytów przed ryzykiem długowieczności. Ubezpieczenia mogą być także szerzej wykorzystywane na wszystkich etapach uczestnictwa w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym, aby chronić uczestników m.in. przed ryzykiem inwestycyjnym czy inflacji.

Warunkiem właściwego rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń emerytalnych jest istnienie oferty zrozumiałych, przejrzystych i tanich produktów³¹ skierowanych do ogółu obywateli. Sytuacja taka jest możliwa przy odpowiednim poziomie konkurencji, wprowadzeniu niezbędnych regulacji ze strony państwa oraz odpowiednim wyedukowaniu obywateli w zakresie potrzeb dodatkowego oszczędzania i konsumowania środków w okresie starości. Edukacja finansowa jest niezbędna, aby dodatkowe zabezpieczenie emerytalne odniosło sukces.

Kształtowanie świadomości emerytalnej jest zadaniem bardzo trudnym i wymagającym spojrzenia na politykę emerytalną w horyzoncie wielu dziesięcioleci. Możliwości skutecznej edukacji na temat dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego są ograniczone nawet w krajach wysoko rozwiniętych³². Konsumenci nie tylko natrafiają na problemy z dostępem do informacji, lecz także (a może przede wszystkim) mają trudności z przetworzeniem kompletnych, ale niezrozu-

²⁹ 80% ankietowanych Polaków chciałoby czerpać wiedzę emerytalną i finansową z programów telewizyjnych i/lub internetu; por. *Polacy o dodatkowym...*, *op. cit.*

³⁰ N. Barr, P. Diamond, *op. cit.*

³¹ Por. M. Góra, J. Rutecka, *Elastyczny system emerytalny a obecne i przyszłe potrzeby jego uczestników*, „*Ekonomista*” 2013, nr 6.

³² N. Barr, P. Diamond, *op. cit.*, s. 262.

miałych dla nich informacji. Długa perspektywa oczekiwania na rezultaty działań edukacyjnych nie powinna jednak zniechęcać do ich podejmowania. Osiągnięty efekt będzie bowiem również długofalowy – świadomi i zadowoleni konsumenci produktów emerytalnych, którzy poprzez swoje decyzje będą przyczyniać się do prawidłowego funkcjonowania dodatkowego systemu emerytalnego oraz rozwoju ubezpieczeniowych form zabezpieczenia na okres starości.

Summary of the article

Supplementary pension insurance in rationalization of the social security system

Reforms of pension systems conducted recently in many countries have resulted in greater significance of supplementary elements of these systems. This part of social security system usually operates in a form of an investment fund, a pension fund or a unit-linked life insurance. Such plans are mostly constructed on a similar basis that simple savings plans are and do not offer protection against many risk that a plan's participant is exposed to. An insurance is used less frequently and appears mostly in the decumulation phase in a form of an annuity. However, capabilities of its application are much broader when the conditions of proper pension education and financial market development are met. The insurance vehicle can help to manage different risks and rationalize supplementary pension provision at every stage of risk management of old age.

Keywords: supplementary pensions, annuities, retirement products, financial education, pension literacy.

Dr **Joanna Rutecka**, Zakład Demografii Instytutu Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Zobowiązanie ubezpieczyciela z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych do zwrotu spełnionych przez kierującego świadczeń pieniężnych w wykonaniu środka karnego o charakterze kompensacyjnym

Wyrządzenie szkody w związku z ruchem pojazdu mechanicznego w wielu przypadkach rodzi nie tylko odpowiedzialność deliktową sprawcy (art. 436 k.c.), lecz również odpowiedzialność karną za spowodowanie przestępstwa wypadku komunikacyjnego (art. 177 § k.k.). Do instytucji procesu karnego, które służą naprawieniu szkody wyrządzonej pokrzywdzonemu przestępstwem, zalicza się między innymi środki karne o charakterze kompensacyjnym, w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki (art. 46 § 1 oraz art. 46 § 2 k.k.).

Środki karne w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki (art. 46 § 1 i § 2 k.k.) mają przede wszystkim charakter kompensacyjny – zmierzają do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem. Niewątpliwie ich zasadniczym celem jest stworzenie pokrzywdzonemu możliwości rekompensaty szkody lub naprawienia krzywdy bez konieczności uruchamiania alternatywnego procesu adhezyjnego lub odrębnego powództwa cywilnego. Korzystanie przez sprawcę przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów nie wyłącza ani nakazu orzeczenia obowiązku naprawienia szkody (art. 46 § 1 k.k.), ani możliwości orzeczenia nawiązki określonej w art. 46 § 2 k.k. Regresem sprawcy wypadku komunikacyjnego, stanowiącego od strony prawa karnego przestępstwo komunikacyjne, a od strony prawa cywilnego czyn niedozwolony, objęta jest nie tylko kwota spełniona w wykonaniu środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za krzywdę (art. 46 § 1 k.k.), lecz także nawiązki (art. 46 § 2 k.k.). Kierujący nie może jednak żądać od ubezpieczyciela zapłaty za niego kwot tytułem orzeczonego obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za krzywdę albo nawiązki. Ubezpieczyciel może w pełni podnosić zarzuty redukujące jego odpowiedzialność z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jeżeli środek karny o charakterze kompensacyjnym został orzeczony w zakresie większym niż szkoda lub dotyczył roszczenia już przedawnionego.

Słowa kluczowe: środki karne, nawiązka, obowiązek naprawienia szkody, odpowiedzialność karna, umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Wprowadzenie

Wyrządzenie szkody w związku z ruchem pojazdu mechanicznego w wielu przypadkach rodzi nie tylko odpowiedzialność deliktową sprawcy (art. 436 k.c.), lecz także odpowiedzialność karną za spowodowanie przestępstwa wypadku komunikacyjnego (art. 177 § k.k.). Do naczelnych zasad polskiego postępowania karnego należą zaś nie tylko wykrycie sprawcy przestępstwa i pociągnięcie go do odpowiedzialności karnej, trafna reakcja karna, lecz także uwzględnienie prawnie chronionych interesów pokrzywdzonego, przede wszystkim poprzez kompensację szkody wyrządzonej przestępstwem. Do instytucji procesu karnego, które służą naprawieniu szkody wyrządzonej pokrzywdzonemu przestępstwem, należy zaliczyć powództwo adhezyjne (art. 62 k.p.k.), odszkodowanie zasądzone przez sąd karny z urzędu (art. 415 § 4 k.p.k.) oraz środki karne o charakterze kompensacyjnym w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki (art. 46 § 1 oraz art. 46 § 2 k.k.).

Jednym z głównych kierunków reformy polskiego prawa karnego w latach 90. ubiegłego wieku była zmiana statusu pokrzywdzonego w procesie karnym i przyjęcie odmiennej filozofii karnania, poprzez położenie silniejszego akcentu na restytucję i kompensację szkody wyrządzonej czynem zabronionym¹. Kierunek ten wyznaczony został przez postanowienia Deklaracji ONZ z dnia 29 listopada 1985 r. o podstawowych zasadach sprawiedliwości dla ofiar przestępstw i nadużyć władzy², Europejskiej Konwencji z dnia 24 listopada 1988 r. o restytucji i kompensacji dla ofiar przestępstwa oraz rezolucji Rady Europy 11/85 w sprawie pozycji ofiary w prawie i procesie karnym. Odpowiedzią normatywną polskiego ustawodawcy na zalecenia wyżej wymienionych uregulowań prawa międzynarodowego było m.in. wprowadzenie do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny³ środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody i zapłaty nawiązki⁴. Celem wprowadzenia środków karnych o charakterze kompensacyjnym było niewątpliwie stworzenie pokrzywdzonemu możliwości uzyskania rekompensaty straty (obecnie również i krzywdy) wynikającej z przestępstwa, bez konieczności uruchamiania procesu adhezyjnego lub odrębnego powództwa cywilnego.

Celem niniejszego artykułu będzie omówienie środków karnych w postaci: obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 46 § 1 k.k.), nawiązki (art. 46 § 2 k.k.) i nawiązki na Fundusz Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 k.k.), ich charakteru i zasad orzekania oraz skutków orzeczenia tychże środków karnych dla zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

1. Obowiązek naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i nawiązka – charakterystyka, zasady orzekania i procesowe skutki orzeczenia

W pierwotnym brzmieniu art. 46 § 1 i § 2 k.k., w razie skazania za przestępstwo spowodowania śmierci, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia, przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji lub przestępstwo przeciwko środowisku, mieniu lub obrotowi gospodarczemu, sąd – na wniosek pokrzywdzonego lub innej

¹ Por. *Uzasadnienie do rządowego projektu Kodeksu karnego z 1997 r.*, druk Sejmu II kadencji nr 1275.

² Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 40/34 z dnia 29 listopada 1985 r.; http://www.bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/...onz/prawa_czlow_26_7.doc.

³ Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.

⁴ Obowiązek naprawienia szkody był znany już wcześniej polskiemu ustawodawstwu karnemu. Kodeks karny z 1969 r. przewidywał obowiązek naprawienia szkody, jednakże obowiązek ten nie stanowił środka karnego. Por. M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa 2008, s. 169.

osoby uprawnionej – orzekął obowiązek naprawienia wyrządzonej szkody w całości albo w części; zamiast obowiązku określonego w § 1 sąd mógł orzec na rzecz pokrzywdzonego nawiązkę w celu zadośćuczynienia za ciężki uszczerbek na zdrowiu, naruszenie czynności narządu ciała, rozstrój zdrowia, a także za doznaną krzywdę.

Obowiązek naprawienia szkody lub zapłaty nawiązki został powiązany z określoną kategorią przestępstw. Dotyczył wyłącznie straty rzeczywistej i nie obejmował szkody w postaci utraczonych korzyści. Szkodą, do której naprawienia sąd zobowiązywał skazanego, była równowartość szkody wynikłej bezpośrednio z przestępstwa. Nie było dopuszczalne orzekanie w ramach tego środka karnego obowiązku naprawienia elementów szkody, które wynikły dopiero z następstw czynu zabronionego⁵. Poza zakresem tego środka była również możliwość nałożenia obowiązku zapłaty przez skazanego na rzecz pokrzywdzonego zadośćuczynienia za doznane krzywdy. Z mocy wyraźnego zastrzeżenia przepisu art. 46 § 1 k.k. (zdanie drugie po średniku) środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody nie obejmował także świadczeń rentowych – renty wyrównawczej (art. 444 § 2 k.c.) i renty alimentacyjnej w razie śmierci pokrzywdzonego (art. 446 § 2 k.c.). Dopuszczalne było orzeczenie obowiązku zapłaty stosownego odszkodowania na rzecz najbliższych członków rodziny w razie śmierci pokrzywdzonego (art. 446 § 3 k.c.).

Ustawą z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw⁶ środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody został zmodyfikowany w ten sposób, że objął swym zakresem zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w wypadku skazania za każde przestępstwo, w wyniku którego zaistniała taka krzywda. Odstąpiono od określonego katalogu przestępstw, w wypadku których możliwe było złożenie wniosku o orzeczenie obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki, na rzecz każdego przestępstwa, które wyrządziło szkodę pokrzywdzonemu. Ustawodawca zrezygnował również z wyłączenia możliwości orzekania tego środka karnego z urzędu. Modyfikacja konstrukcji środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody spowodowała również, że orzekana w jego miejsce nawiązka objęła swym zakresem również zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy, zmiana treści art. 46 k.k. miała na celu umożliwienie w procesie karnym pełnej realizacji przez pokrzywdzonego jego roszczeń restytucyjnych i kompensacyjnych związanych z przestępstwem stanowiącym przedmiot postępowania, usuwając konieczność ich dochodzenia na drodze cywilnej w odrębnym postępowaniu, co zazwyczaj skutkuje istotnym wydłużeniem terminu uzyskania należnego odszkodowania i zadośćuczynienia, a nadto wiąże się z istotnymi ciężarami dla pokrzywdzonego. Do tych ciężarów ustawodawca zaliczył konieczność poniesienia znacznych kosztów związanych z wytoczeniem powództwa oraz uczestnictwo w częstokroć długotrwałym postępowaniu cywilnym, rządzącym się zasadą kontrydiktoryjności, która wymusza na stronach procesu istotną aktywność oraz biegłość merytoryczną, względnie korzystanie z pomocy adwokata lub radcy prawnego, co wiąże się z dodatkowymi kosztami. Ponadto, zdaniem ustawodawcy, brak było dostatecznego uzasadnienia dla orzekania przez sąd nawiązki jako środka stanowiącego surogat wyłącznie obowiązku naprawienia szkody w postaci straty rzeczywistej⁷.

⁵ Por. wyrok SN z dnia 21 listopada 2002 r. (III KKN 269/00, LEX nr 74459).

⁶ Dz. U. Nr 206, poz. 1589.

⁷ Por. *Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Kodeks karny wykonawczy, ustawy – Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw*, druk Sejmu VI kadencji nr 1394, s. 10.

Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 46 § 1 i § 2 k.k. w razie skazania sąd może orzec, a na wniosek pokrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej orzeka, obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem w całości albo części lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; przepisów prawa cywilnego o przedawnieniu roszczenia oraz możliwości zasądzenia renty nie stosuje się; zamiast obowiązku określonego w § 1 sąd może orzec na rzecz pokrzywdzonego nawiązkę.

Środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody i/lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę może (a w przypadku złożenia wniosku przez uprawnionego – musi) być orzekany albo obok kary, albo w miejsce kary, tj. może pełnić funkcję samoistnej reakcji karnej. Na gruncie obowiązującego kodeksu karnego obowiązek naprawienia szkody nie tylko pełni funkcję środka karnego, o którym mowa w art. 46 § 1 k.k., lecz także może występować jako środek probacyjny, orzekany w ramach warunkowego umorzenia postępowania karnego (art. 67 § 3 k.k.) lub warunkowego zawieszenia kary (art. 72 § 2 k.k.). Mimo iż obowiązek naprawienia szkody występuje w przepisach kodeksu karnego w dwóch postaciach – jako środek karny lub jako obowiązek probacyjny – nie ma możliwości (wobec wyraźnego brzmienia art. 72 § 2 k.k.) kumulowania podstaw prawnych i dwukrotnego orzeczenia obowiązku naprawienia szkody wobec jednego sprawcy skazanego za przestępstwo, wskutek którego poszkodowany doznał szkody⁸.

Aktualnie stosowanie środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ma charakter mieszany. Środek ten może zostać orzeczonej zarówno z urzędu (fakultatywnie) przez sąd, jak i na wniosek (obligatoryjnie). W tym pierwszym przypadku warunkiem jego orzeczenia jest skazanie za przestępstwo, wskutek którego doszło do szkody na mieniu lub osobie pokrzywdzonego, ustalenie i udowodnienie wysokości szkody. W tym drugim przypadku dodatkowym warunkiem jest złożenie wniosku przez osobę do tego legitymowaną. Legitymowanym do złożenia przedmiotowego wniosku jest pokrzywdzony (art. 49 § 1–3 k.p.k.) lub osoba uprawniona do dokonywania czynności procesowych w imieniu pokrzywdzonego lub wykonująca jego prawa (art. 49 § 4, art. 51 § 2, art. 52 § 1 k.p.k.). Wniosek o orzeczenie środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody może również złożyć prokurator w razie śmierci pokrzywdzonego i braku lub nieujawnienia osób najbliższych pokrzywdzonemu, które mogłyby w toku postępowania karnego wykonywać jego prawa.

Obowiązek naprawienia szkody może dotyczyć szkody w mieniu i na osobie. Sąd może zasądzić odszkodowanie bądź zadośćuczynienie za doznaną krzywdę albo zarówno odszkodowanie, jak i zadośćuczynienie. W przypadku szkody w mieniu obowiązek naprawienia szkody może dotyczyć jedynie szkody rzeczywistej. Aktualne pozostają zapatrywania Sądu Najwyższego o braku możliwości kompensacji w tej formie utraconych korzyści. W przypadku szkody na osobie obowiązek naprawienia szkody może dotyczyć świadczeń, o których mowa w art. 444 § 1, art. 446 § 1 oraz art. 444 § 3 k.c. W ramach tego środka karnego nie może być nałożony obowiązek wyłożenia z góry zaliczki na poczet kosztów leczenia lub rehabilitacji czy przygotowania do nowego zawodu (art. 444 § 2 k.c.).

Generalną regułą winno być orzeczenie obowiązku naprawienia szkody w całości, co nie wyklucza objęcia orzeczeniem tylko części szkody. Brak pełnej kompensacji szkody na skutek orzeczenia tego środka karnego nie wyłącza dla pokrzywdzonego możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania cywilnego (art. 415 § 6 k.p.k.). Orzeczenie środka karnego z art. 46 § 1 k.c. jest dopuszczalne również w postaci solidarnego zobowiązania współsprawców przestępstwa do naprawienia wyrządzonej szkody w całości lub w części⁹.

⁸ Por. M. Filar (red.), *op. cit.*, s. 171.

⁹ Por. uchwała SN z dnia 13 grudnia 2000 r. (I KZP 40/00, OSNKW 2001, nr 1–2, poz. 2).

Środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę nie orzeka się, nawet pomimo złożenia wniosku przez pokrzywdzonego lub osobę uprawnioną, jeżeli w chwili orzeczenia szkoda nie istniała (np. została naprawiona przez sprawcę lub wniosek dotyczył szkody przyszłej albo nieobjętej zakresem środka karnego). Stosownie do art. 415 § 4 k.p.k. obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki na rzecz pokrzywdzonego nie orzeka się również, jeżeli roszczenie wynikające z popełnionego przestępstwa jest przedmiotem innego postępowania albo o roszczeniu tym prawomocnie orzeczono.

Wniosek o orzeczenie środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę osoba do tego legitymowana może złożyć aż do zakończenia pierwszego przesłuchania pokrzywdzonego na rozprawie głównej (art. 49a k.p.k.). Gdy nie doszło do przesłuchania pokrzywdzonego na rozprawie głównej, ale dochodzi do odczytania zeznań pokrzywdzonego z postępowania przygotowawczego lub z innego postępowania, to wniosek o zobowiązanie oskarżonego do naprawienia szkody na podstawie art. 46 § 1 k.k. może złożyć pokrzywdzony, jego pełnomocnik lub osoby wskazane w art. 51 § 2 lub art. 52 § 1 k.p.k. do zakończenia pierwszego odczytania tych zeznań. Jeżeli w ogóle nie dochodzi do odczytania zeznań pokrzywdzonego, wniosek taki uprawniony podmiot może złożyć najpóźniej do zakończenia przewodu sądowego¹⁰. Termin do złożenia wniosku o orzeczenie środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ma charakter prekluzyjny, a więc nieprzekraczalny i nieprzywracalny, co odnosi się również do nawiązki wynikającej z treści art. 46 § 2 k.k. Tym samym przekroczenie terminu, o jakim mowa w przepisie art. 49a k.p.k., do złożenia właściwego żądania o naprawienie szkody, nie daje też pokrzywdzonemu legitymacji do ubiegania się o zasądzenie nawiązki, o której mowa w art. 46 § 2 k.k., mimo spełnienia przesłanek materialnoprawnych¹¹.

Wniesienie aktu oskarżenia oraz wniosku o zastosowanie środka karnego przewidzianego w art. 46 § 1 k.k. nie przerywa biegu przedawnienia roszczenia z tytułu odszkodowania za szkodę wyrządzoną przestępstwem; skutek taki wywiera wytoczenie powództwa adhezyjnego, nawet wtedy gdy sąd pozostawił je bez rozpoznania lub odmówił jego przyjęcia. Nie można także kwalifikować aktu oskarżenia jako czynności przedsięwziętej bezpośrednio w celu dochodzenia roszczenia. Nie jest taką czynnością również wniosek o orzeczenie obowiązku naprawienia szkody na podstawie art. 46 § 1 k.k., gdyż jego celem jest wyłącznie żądanie orzeczenia przez sąd środka karnego, a więc zastosowania karnoprawnych konsekwencji popełnionego przestępstwa¹².

Nałożony wyrokiem sądu karnego obowiązek naprawienia szkody (aktualnie również i krzywdy) poprzez zapłatę określonej kwoty wiąże sąd cywilny jedynie w ten sposób, że pokrzywdzony nie może w postępowaniu cywilnym jeszcze raz dochodzić pełnej kwoty stanowiącej równowartość wyrządzonej mu szkody, lecz jedynie różnicy między kwotą zasądzoną wyrokiem sądu karnego a kwotą rzeczywiście poniesionego uszczerbku¹³.

Do katalogu środków karnych w kodeksie karnym z 1997 r. wprowadzono również nawiązkę, która obok obowiązku naprawienia szkody pełni istotną funkcję kompensacyjną. Kodeks karny przewiduje dwie postacie nawiązki (art. 46 § 2 i art. 47 k.k.), które różnią się podstawami stosowania, a także celem, na jaki mogą być orzeczone¹⁴. Rodzaj orzeczonej nawiązki ma wpływ na

¹⁰ Por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 10 lipca 2008 r. (II AKa 155/08, LEX nr 457805).

¹¹ Por. wyrok SA w Katowicach z dnia 13 grudnia 2007 r. (II AKa 370/07, LEX nr 431046).

¹² Por. wyrok SN z dnia 11 marca 2008 r. (II CSK 456/07, OSNC 2009, nr 5, poz. 74).

¹³ Por. wyrok SN z dnia 22 lipca 2009 r. (I UK 52/09, LEX nr 529677).

¹⁴ Por. M. Filar (red.), *op. cit.*, s. 171.

zakres roszczeń regresowych kierującego pojazdem mechanicznym, skazanego za popełnienie przestępstwa wypadku komunikacyjnego, w stosunku do ubezpieczyciela z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Z treści art. 46 § 2 k.k. wynika, iż nawiązka może być orzeczona zamiast obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Orzeczenie nawiązki może nastąpić tylko wówczas, gdy zostaną spełnione warunki określone w art. 46 § 1 k.p.k. Instytucja ta jest ściśle powiązana z obowiązkiem naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Ustawodawca nie wskazał jednak normatywnie racji, dla których sąd, orzekając nawiązkę, odstępuje jednocześnie od zastosowania obowiązku naprawienia szkody. Z uzasadnienia rządowego projektu kodeksu karnego z 1997 r. wynika, iż nawiązka ma być orzekana w sytuacjach wystąpienia trudności w zakresie udowodnienia wielkości szkody oraz gdy pokrzywdzony złożył wniosek o naprawienie szkody¹⁵. Orzeczenie nawiązki może być również podyktowane względami ekonomiki procesowej, mianowicie jeśli dokładne określenie rozmiaru szkody, a zwłaszcza krzywdy, w przypadku ustalania wysokości zadośćuczynienia prowadziłoby do niepotrzebnego przedłużenia postępowania karnego¹⁶.

Nawiązka może obejmować odszkodowanie za szkodę w mieniu lub zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w przypadku szkody na osobie. Górna granica nawiązki ograniczona jest kwotowo i wynosi 100 000 zł (art. 48 k.k.).

Nawiązka może być orzeczona wyłącznie na rzecz pokrzywdzonego, co prowadzi do wniosku, że nie może być zasądzana w razie skazania za przestępstwo, wskutek którego doszło do śmierci pokrzywdzonego¹⁷. Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 17 czerwca 2009 r. stwierdził, że „przepis art. 46 § 2 k.k. upoważnia do zasądzenia od oskarżonego nawiązki tylko na rzecz pokrzywdzonego *sensu stricto*, to jest na rzecz osoby, o której mowa w art. 49 k.p.k., a nie na rzecz tzw. stron zastępczych, to jest osób jedynie wykonujących prawa pokrzywdzonego z powodu jego śmierci”¹⁸. Podobnie T. Grzegorzczuk wskazał, że nawet nowelizacja art. 46 k.k. w 2009 r. nie zmienia stanu prawnego, zgodnie z którym beneficjentem nawiązki orzekanej na podstawie art. 46 § 2 k.k. może być wyłącznie pokrzywdzony, natomiast nawiązka nie może być zasądzona na rzecz innych beneficjentów obowiązku naprawienia szkody, w tym na rzecz osób najbliższych zmarłemu pokrzywdzonemu¹⁹.

W przypadku skazania za przestępstwo spowodowania katastrofy w ruchu lądowym lub wypadku komunikacyjnego, jeżeli sprawca był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub zbiegł z miejsca zdarzenia, sąd może orzec nawiązkę na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 k.k.). Nawiązka ta jest orzekana fakultatywnie. Ujęcie tej nawiązki w odrębnym artykule wskazuje na oderwanie wysokości orzekanej nawiązki od rozmiaru szkody. Nawiązka ta może zostać orzeczona także w sytuacji, gdy szkoda w ogóle nie wystąpiła. Ponadto orzeka się ją na rzecz innego podmiotu niż pokrzywdzo-

¹⁵ Tak sformułowane uzasadnienie celu orzekania nawiązki spotkało się z krytyką. W ocenie Z. Gostyńskiego o zastosowaniu nawiązki w miejsce obowiązku naprawienia szkody powinny decydować przesłanki natury kryminalno-politycznej, a nie trudności dowodowe. Por. Z. Gostyński, *Obowiązek naprawienia szkody w nowym ustawodawstwie karnym*, Zakamycze, Kraków 1999, s. 130.

¹⁶ Por. J. Misztal-Konecka, *Roszczenia majątkowe osób najbliższych dla pokrzywdzonego*, LexisNexis, Warszawa 2008, s. 196.

¹⁷ Por. wyrok SN z dnia 1 października 2010 r. (IV KK 46/10, LEX nr 653734).

¹⁸ II AKa 93/09, LEX nr 552034.

¹⁹ Por. T. Grzegorzczuk, *Zobowiązanie sprawcy przestępstwa do naprawienia szkody lub uiszczenia nawiązki w trybie art. 46 k.k.*, „Przebieg Sądowy” 2009, z. 1, s. 57.

ny – aktualnie dla Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. Z tych względów w doktrynie prawa karnego przyjmuje się, że w tej nawiązce dopatrywać się można podobieństwa do grzywny oraz wyraźnych cech represyjnych, przeważających nad funkcją kompensacyjną²⁰.

2. Obowiązek naprawienia szkody i zapłaty nawiązki – prawnokarny czy cywilnoprawny sposób naprawienia szkody w postępowaniu karnym?

Wprowadzenie na grunt kodeksu karnego środków karnych w postaci obowiązku naprawienia szkody i zapłaty nawiązki zrodziło pewne wątpliwości interpretacyjne, czy mamy do czynienia z instytucją prawa cywilnego, ulokowaną w otoczeniu mechanizmów prawa karnego, czy też z wyłącznym elementem odpowiedzialności karnej, jedynie z pierwiastkiem kompensacji w tle. Powszechnie przyjmuje się jednak, że obowiązek naprawienia szkody i nawiązka to karnoprawny sposób naprawienia szkody wynikłej bezpośrednio z przestępstwa. Nie jest to instytucja właściwa dla prawa cywilnego i uzupełniająca proces karny. Warto więc przywołać najważniejsze różnice pomiędzy karnoprawnym sposobem naprawienia szkody, poprzez orzeczenie środków karnych w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki, a cywilnoprawnym sposobem usunięcia skutków czynu niedozwolonego.

Karnoprawny charakter obowiązku naprawienia szkody i nawiązki wynikać ma wyraźnie z miejsca zajmowanego przez te instytucje w systemie prawa karnego. Ustawodawca wymienia wskazane instytucje wśród środków karnych, takich jak np. przepadek mienia lub zakaz prowadzenia pojazdów, a więc środków o charakterze penalnym i jednoznacznie służącym odpowiedzialności karnej. Stosowanie więc przez sąd obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki traktowane jest jako część orzeczenia w sprawie karnej²¹. Dlatego też przyjmuje się, że dodatkowo reakcją państwa (prócz kar) wobec przestępstw wskazanych w art. 46 § 1 k.k. nie może być zastosowanie w toku postępowania karnego instytucji o charakterze cywilnoprawnym²².

W doktrynie prawa karnego – jeszcze pod rządami kodeksu karnego z 1969 r. – podkreślano, że obowiązek naprawienia szkody ma na celu nie tylko zaspokojenie roszczeń pokrzywdzonego, lecz przede wszystkim spełnienie funkcji wychowawczej i resocjalizacyjnej wobec skazanego²³. Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 56 k.k. zasady wymiaru kary mają odpowiednie zastosowanie do orzekania środków karnych. Oznacza to m.in., że sąd wymierza środek karny według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc, by jego dolegliwość nie przekraczała stopnia winy i stopnia społecznej szkodliwości czynu. Sąd, wymierzając środek karny, bierze pod uwagę cele wychowawcze i zapobiegawcze, jakie mają zostać zrealizowane poprzez jego wymierzenie. Sąd uwzględni też m.in. motywacje i sposób zachowania się sprawcy, jego sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu (art. 53 § 2 k.k.). Konieczność brania pod uwagę przytoczonych powyżej elementów jest typowa dla odpowiedzialności karnej, obca zaś dla odpowiedzialności cywilnej. Odpowiedzialność cywilna nie koncentruje się bowiem na osobie sprawcy i jego czynie, a na naruszeniu praw poszkodowanego i sposobach naprawienia skutków tego naruszenia²⁴.

²⁰ Por. M. Filar (red.), *op. cit.*, s. 173.

²¹ Szerzej por. *Uzasadnienie do rządowego projektu kodeksu karnego z 1997 r.*, *op. cit.*

²² Por. M. Łukasiewicz, A. Ostapa, *Obowiązek naprawienia szkody – wybrane zagadnienia*, „Prokuratura i Prawo” 2001, nr 9, s. 55.

²³ Por. W. Daszkiewicz, *Naprawienie szkody w prawie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1972, s. 17 i nast.

²⁴ Por. M. Łukasiewicz i A. Ostapa, *op. cit.*, s. 55.

Kolejną okolicznością odróżniającą karnopravny obowiązek naprawienia szkody i nawiązkę od ich cywilnoprawnych odpowiedników jest normatywny zakres kompensacji. Obowiązek naprawienia szkody w prawie karnym może dotyczyć części lub całości szkody, zależnie od dyrektywy wymiaru kary. Nawiązka dodatkowo ograniczona jest kwotowo do wysokości 100 000 zł. Karnopravny obowiązek naprawienia szkody lub nawiązka mogą być również orzeczone w zakresie szerszym niż faktyczny rozmiar wyrządzonej szkody. Funkcje wychowawcze i zapobiegawcze wobec sprawcy czynu zabronionego mają tu bowiem znaczenie podstawowe – odmiennie niż w prawie cywilnym. W postępowaniu cywilnym, zgodnie z zasadą pełnej kompensacji szkody (art. 361 § 2 k.c.), sąd musi zobowiązać sprawcę do naprawienia całości wyrządzonej przez niego szkody, chyba że sprzeciwiają się temu zasady współżycia społecznego (art. 440 k.c.)²⁵ lub poszkodowany sam przyczynił się do powstania szkody (art. 362 k.c.).

Na uzasadnienie tezy o karnopravnym charakterze instytucji obowiązku naprawienia szkody i zapłaty nawiązki przywołuje się fakt, iż zgodnie z art. 46 § 1 k.k. przy orzekaniu o obowiązku naprawienia szkody nie stosuje się przepisów prawa cywilnego o przedawnieniu roszczeń. Możliwe jest więc orzeczenie karnopravnego obowiązku naprawienia szkody również wtedy, gdy prawo pozwalałoby na uniknięcie odpowiedzialności cywilnej. Fakt ten wywołuje jednak szersze konsekwencje, albowiem do obowiązku naprawienia szkody i zapłaty nawiązki nie stosuje się nie tylko art. 442¹ k.c., lecz także całego tytułu VI księgi I k.c. Tak więc w procesie orzekania tych środków karnych nie mają zastosowania m.in. przepisy prawa cywilnego, które dotyczą uwzględniania terminu przedawnienia jedynie na zarzut strony (art. 117 § 2 k.c.), rozpoczęcia biegu przedawnienia (art. 120 k.c.), jego zawieszenia (art. 121 k.c.) i przerwania (art. 123–124 k.c.).

Okres przedawnienia tego środka karnego określają samoistnie przepisy kodeksu karnego. Można orzec środek karny, dopóki nie ustała karalność przestępstwa (art. 101–102 k.k.). Termin ten nie zawsze będzie dłuższy niż cywilnoprawny termin przedawnienia. Przykładem jest np. art. 101 § 1 pkt 4 k.k., który przewiduje ustanie karalności czynu zabronionego, o którym mowa w art. 177 k.k. (spowodowanie wypadku komunikacyjnego), po upływie lat 5 od czasu jego popełnienia, podczas gdy roszczeń cywilnych z tego tytułu można dochodzić przed upływem lat 10 lub 20. Co więcej, prawo cywilne przewiduje szereg możliwości zawieszenia i przerwania biegu przedawnienia. Po przerwaniu zaś przedawnienia biegnie ono od nowa (art. 124 k.c.). W prawie karnym wstrzymanie biegu przedawnienia możliwe jest jedynie wtedy, gdy przepis ustawy nie pozwala na wszczęcie lub dalsze prowadzenie postępowania karnego (art. 104 § 1 k.k.)²⁶.

Kolejną okolicznością odróżniającą prawno-karny obowiązek naprawienia szkody i nawiązkę od odszkodowania cywilnoprawnego jest rozbieżność terminów egzekwowania roszczeń stwierdzonych prawomocnym wyrokiem. Zgodnie z art. 103 § 2 k.k. nie można wykonać środka karnego z art. 39 pkt 5 (obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę) po upływie 15 lat od uprawomocnienia się wyroku. W przypadku nawiązki termin ten wynosi 10 lat. Powyższe terminy nie podlegają przedłużeniu. Roszczeń cywilnoprawnych dochodzić można przez 10 lat po uprawomocnieniu się stwierdzającego je orzeczenia (art. 125 § 1 k.c.), przy czym termin ten można przerwać przez „każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznania sprawy lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju [...] przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpie-

²⁵ Przy czym art. 440 k.c. nie ma zastosowania w stosunku do sprawcy przestępstwa umyślnego. Tak SN w wyroku z dnia 18 marca 1970 r. (II CR 351/69, Biul. Infor. SN, nr 11, poz. 208).

²⁶ Por. M. Łukasiewicz, A. Ostapa, *op. cit.*, s. 57.

czenia roszczenia” (art. 123 § 1 k.c.). Możliwość orzeczenia środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki została powiązana z dopuszczalnością postępowania karnego wobec sprawcy przestępstwa. Uniezależniono ją zaś od następstw upływu czasu właściwego dla przedawnienia odpowiedzialności cywilnej. Jest to więc kolejny argument potwierdzający, że kompensacyjne środki karne nie mogą być uznane za element odpowiedzialności cywilnej²⁷.

Inną przesłanką jest odmiennosc czasu powstawania obu zobowiązań. Cywilnoprawny obowiązek naprawienia szkody powstaje z mocy prawa już w chwili wyrządzenia szkody. Art. 415 k.c. zobowiązuje sprawcę szkody do jej naprawienia. Od tej chwili roszczenie poszkodowanego może być przedmiotem czynności prawnej. Wyrok sądu określający odpowiedzialność cywilną sprawcy deliktu ma jedynie charakter deklaratoryjny, upoważnia poszkodowanego do uzyskania pomocy państwa w przymusowej realizacji należnych mu praw, nie wpływa na istnienie zobowiązania cywilnoprawnego, a nawet na jego ewentualne przedawnienie. W tym wypadku zobowiązanie to stanie się tzw. zobowiązaniem naturalnym, niepodlegającym przymusowemu wykonaniu, choć wciąż istniejącym. W razie spełnienia przedawnionego świadczenia nie można żądać jego zwrotu (art. 411 pkt 3 k.c.). Odmiennie jest natomiast w przypadku prawnokarnego obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki orzekanej w jego miejsce. Wszelkie konsekwencje prawne wynikające z tych zobowiązań powstają dopiero po uprawomocnieniu się orzeczenia. Mają więc one charakter konstytutywny²⁸. Zobowiązania te nie istnieją przed uprawomocnieniem się wyroku. Sąd karny samodzielnie ustala czas i sposób naprawienia szkody (art. 342 k.p.k.)²⁹. Przedawnienie obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki ma takie same skutki jak przedawnienie kary grzywny (art. 103 § 2 k.k.) – środków tych nie można wykonać, nie powodują one też żadnych innych konsekwencji prawnych³⁰.

Podkreśla się również, że ze względu na swój charakter karnoprawny obowiązek naprawienia szkody i nawiązka obciążają jedynie oskarżonego. W razie jego śmierci wygasają i nie podlegają dziedziczeniu na podstawie kodeksu cywilnego. Odmiennie jest w przypadku cywilnoprawnego obowiązku naprawienia szkody i zadośćuczynienia, które jako roszczenia cywilnoprawne wchodziły w skład masy spadkowej³¹.

Wskazywane różnice w charakterze prawnym instytucji kompensacji szkody na gruncie prawa karnego i cywilnego, w ocenie większości autorów, są bardzo wyraźne i nie pozwalają na postawienie pomiędzy nimi znaku równości. W konsekwencji powyższych argumentów w doktrynie prawa karnego przeważające jest stanowisko, iż wskazane w art. 46 § 1 i § 2 k.k. obowiązki naprawienia szkody i nawiązka mają jednoznacznie karnoprawny charakter oraz autonomiczny byt w stosunku do cywilnoprawnych zobowiązań odszkodowawczych. Rozbieżności powstały natomiast w ocenie, czy środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki ma wyłącznie penalny charakter, z pierwiastkiem kompensacji w tle, czy przede wszystkim kompensacyjny, gdzie cele represji i resocjalizacji schodzą na dalszy plan. W doktrynie prawa karnego przeważało stanowisko, że obowiązek naprawienia szkody ma charakter penalny, a pewne elementy natury cywilnoprawnej nie zamieniają jego głównej funkcji, jaką jest ukara-

²⁷ *Ibidem*, s. 57.

²⁸ Por. Z. Gostyński, *op. cit.*, s. 39.

²⁹ Wprawdzie przepis art. 342 k.p.k. stanowi o obowiązku naprawienia szkody orzekanym w razie warunkowego umorzenia postępowania, lecz oczywiste jest, że w każdym wypadku sąd musi określić treść tego obowiązku, aby móc potem ocenić, czy od jego wykonania sprawca się nie uchyla.

³⁰ Por. M. Łukasiewicz, A. Ostapa, *op. cit.*, s. 57.

³¹ Por. M. Łukasiewicz, A. Ostapa, *Nawiązka i karnoprawny obowiązek naprawienia szkody a roszczenie cywilnoprawne*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 2, s. 75.

nie i resocjalizacja skazanego sprawcy. Według drugiego stanowiska przewagę zyskuje funkcja kompensacyjna, gdyż celem tego środka karnego jest właśnie naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem. Zgodnie ze stanowiskiem pośrednim środek ten pełni funkcje zarówno penalną, jak i kompensacyjną, a obie mają równorzędne znaczenie. Także w orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się na różne jego funkcje. Rola kompensacyjna wyróżniona została w wyrokach z dnia 4 lutego 2002 r.³² i z dnia 11 marca 2005 r.³³, a przewagę represyjnego charakteru podkreślono w wyrokach z dnia 23 lipca 2009 r.³⁴, z dnia 13 maja 2005 r.³⁵ oraz w uchwale z dnia 21 grudnia 2006 r.³⁶ Uznanie przewagi funkcji kompensacyjnej nad funkcją penalną lub na odwrót determinowało ocenę zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

3. Skutki orzeczenia środka karnego o charakterze kompensacyjnym dla zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Powszechnie przyjęte stanowisko o odmienności charakteru obu zobowiązań zrodziło szereg istotnych wątpliwości interpretacyjnych, w szczególności co do zasadności stosowania tych środków karnych w sytuacji istnienia odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, z którym sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC, jak również co do właściwego zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku orzeczenia środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zapłaty nawiązki.

W pierwszej kolejności wyjaśnienia wymaga zagadnienie, czy orzeczenie obowiązku naprawienia szkody lub zapłaty nawiązki jest dopuszczalne w sytuacji, gdy oskarżony jest objęty ochroną ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Innymi słowy należy rozważyć, czy sąd karny może zobowiązać do naprawienia szkody lub zapłaty nawiązki sprawcę przestępstwa wypadku komunikacyjnego, za którego skutki w sferze cywilnoprawnej odpowiedzialność gwarancyjną ponosi zakład ubezpieczeń.

Na gruncie kodeksu karnego z 1969 r. Sąd Najwyższy jednoznacznie wykluczył taką możliwość zarówno w przypadku orzekania obowiązku naprawienia szkody jako środka probacyjnego (przy warunkowym umorzeniu postępowania lub warunkowym zawieszeniu wykonania kary), jak również w sytuacji orzekania tego środka karnego jako środka dodatkowego przy wymierzaniu kary ograniczenia wolności. Sąd Najwyższy – stosując analogię do procesu adhezyjnego – stwierdził, że skoro niedopuszczalne jest powództwo cywilne o naprawienie szkody wyrządzonej przez ruch pojazdu mechanicznego w wypadku, gdy w związku z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie, to w takiej sytuacji nie jest również dopuszczalne orzekanie obowiązku naprawienia szkody³⁷. Do takiej interpretacji krytycznie odnieśli się niektórzy przedstawiciele doktryny prawa karnego. Zwrócono bowiem uwagę, że nie ma bezpośredniego związku między powództwem cywilnym a nałożeniem obowiązku naprawienia szkody. Powództwo cywilne ma bowiem rozstrzygnąć o odpowiedzialności cywilnej sprawcy, zaś

³² II KKN 385/01, niepubl.

³³ V KK 355/04, OSNwSK 2005, poz. 541.

³⁴ V KK 124/09, OSNwSK 2009, poz. 1593.

³⁵ IV CK 706/04, LEX nr 155360.

³⁶ III CZP 129/06, OSNC 2007, nr 10 poz. 151; por. także uzasadnienie uchwały SN z dnia 13 lipca 2011 r. (III CZP 31/11, OSNC 2012, nr 3 poz. 29).

³⁷ Por. wyroki SN z dnia 10 października 1972 r. (V KRN 395/72, OSNKW 1973, nr 2–3, poz. 32), z dnia 17 października 1972 r. (V KRN 424/72, OSNKW 1973, nr 2–3, poz. 33) i z dnia 28 marca 1972 r. (V KRN 82/72, OSNPG 1972, nr 11, poz. 162).

obowiązek naprawienia szkody dotyczy karnoprawnych konsekwencji postępowania sprawcy czynu zabronionego. Stosowanie więc w drodze analogii przepisów o powództwie adhezyjnym do zakresu orzekania obowiązku naprawienia szkody pozbawione było podstawy prawnej³⁸.

Powyższe zagadnienie – mimo przebudowy konstrukcji środków karnych o charakterze kompensacyjnym w kodeksie karnym z 1997 r. – nie straciło na aktualności. W nowym stanie prawnym doktryna prawa karnego przyjęła stanowisko o istnieniu pełnej autonomiczności orzekania środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zapłaty nawiazki względem ochrony gwarancyjnej, która wynika z umowy ubezpieczenia OC. Podkreślono, iż dopóki istnieje realna szkoda, sąd ma obowiązek, w przypadku złożenia stosownego wniosku, orzec obowiązek naprawienia szkody, niezależnie od tego, czy sprawca posiadał ubezpieczenie OC, czy też nie. Problem roszczeń z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej został tym samym zmarginalizowany i sprowadzony wyłącznie do sporu pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Pokrzywdzony zaś, niezależnie od istniejącej umowy OC, ma prawo domagać się naprawienia wyrządzonej mu szkody w oparciu o jednoznaczne brzmienie art. 46 § 1 i § 2 k.k.³⁹ W ocenie niektórych przedstawicieli doktryny przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziłoby do wniosku, iż przez fakt rozciągnięcia istnienia ochrony gwarancyjnej na grunt prawa karnego siła represyjnego oddziaływania środka karnego, w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiazki, byłaby automatycznie ograniczona lub wyłączona z powodu naprawienia szkody przez zakład ubezpieczeń, co stawiałoby pod znakiem zapytania normatywną celowość orzekania tych środków karnych. Wydaje się jednak, że powyższe rozważania podejmowane były w oderwaniu od faktu, iż w zamierzeniu projektodawców środki karne o charakterze kompensacyjnym miały zmierzać do zaspokojenia roszczeń cywilnoprawnych pokrzywdzonych, a nie wyłącznie do realizacji trafnej reakcji karnej państwa.

Stanowisko o dopuszczalności orzekania środków karnych o charakterze kompensacyjnym w sytuacji istnienia odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń znalazło potwierdzenie w obecnej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego. W uchwale z dnia 20 czerwca 2000 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że „korzystanie przez sprawcę przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji z ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów nie wyłącza ani nakazu orzeczenia obowiązku naprawienia szkody (art. 46 § 1 k.k.), ani możliwości orzeczenia nawiazki określonej w art. 46 § 2 k.k.”⁴⁰ Oczywiście miało być przy tym, iż niemożliwe jest orzeczenie tych środków w razie uprzedniego uzyskania przez poszkodowanego odszkodowania z tytułu ubezpieczenia OC, a to z powodu nieistnienia szkody. Cytowana uchwała przyjęta została przez doktrynę prawa karnego z aprobatą, w sferze ubezpieczeń majątkowych zrodziła jednak wiele implikacji. Powstało bowiem pytanie – w związku z dopuszczalnością orzeczenia środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiazki w sytuacji istnienia odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela – czy wymóg osobistego wykonania środka karnego przez skazanego zwalnia zakład ubezpieczeń z obowiązku spełnienia świadczenia odszkodowawczego.

Wydaje się, że prawidłową odpowiedzią jest stwierdzenie, iż samo orzeczenie prawnokarne obowiązku naprawienia szkody lub nawiazki nie powoduje skutku prawnego w postaci wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Za takim stanowiskiem przemawia brak w ustawie

³⁸ Por. W. Daszkiewicz, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Państwo i Prawo” 1974, nr 6, s. 117–118; podobnie Z. Gostyński, *Karnoprawny obowiązek naprawienia szkody*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1984, s. 148–149.

³⁹ Por. K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Komentarz do art. 1–116*, Zakamycze, Kraków 2006, s. 643.

⁴⁰ I KZP 5/00, OSKKNW 2000, z. 7–8, poz. 55.

z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych)⁴¹ normatywnego wyłączenia obowiązku świadczenia przez ubezpieczyciela w sytuacji orzeczenia środka karnego. Dodatkowym argumentem jest charakter odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, która ma urzeczywistniać przynajmniej dwa podstawowe cele: poszkodowanemu umożliwić szybkie i pewne uzyskanie odszkodowania, a ubezpieczonego chronić przed koniecznością poniesienia z własnego majątku ciężaru naprawienia szkody. Przyjęcie tezy o braku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mogłoby oznaczać realną utratę możliwości kompensacji poniesionej szkody, np. w razie niewypłacalności skazanego sprawcy; nie dałoby się też pogodzić z leżącą u podstaw nowego kodeksu karnego ideą polepszenia sytuacji prawnej pokrzywdzonego i usprawnienia procesu dochodzenia naprawienia szkody powstałej w związku z dokonaniem czynu zabronionego⁴².

Niemniej jednak powyższy pogląd nie wyjaśniał w pełni kwestii, czy obowiązek zakładu ubezpieczeń obejmuje również naprawienie szkody lub nawiązkę orzeczone w procesie karnym. Wskazane zagadnienie było przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, który w uchwale z dnia 21 grudnia 2006 r.⁴³ stwierdził, iż sprawca wypadku komunikacyjnego, od którego zasądzono nawiązkę na podstawie art. 46 § 2 k.k. i art. 48 k.k., nie może domagać się od ubezpieczyciela – na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – zwrotu nawiązki zapłaconej pokrzywdzonemu. Tego rodzaju stanowisko zostało oparte na następujących argumentach. Po pierwsze, konstrukcja prawna umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i obowiązujący stan prawny w zakresie tego ubezpieczenia pozwalają na ogólne stwierdzenie, że odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń odnosi się jedynie do cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody, a nie do jego ewentualnej odpowiedzialności karnej. Związek odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela i odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody (ubezpieczonego) jest eksponowany w sposób jednoznaczny w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. Zgodnie z art. 9 ust. 1 teże ustawy omowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia. Powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku świadczenia tylko w związku z odpowiedzialnością cywilną ubezpieczonego wynika także z art. 13 ust. 2 teże ustawy, zgodnie z którym odszkodowanie wypłaca się w granicach odpowiedzialności cywilnej podmiotu objętego ubezpieczeniem. Po drugie, brak jest uzasadnionych podstaw do twierdzenia, że umieszczenie w przepisach kodeksu karnego grupy środków karnych o silnie zarysowanych cechach kompensacyjnych oznacza w istocie koncepcję legislacyjną polegającą na ulokowaniu mechanizmów właściwych prawu cywilnemu w sferze odpowiedzialności karnej, w celu ułatwienia poszkodowanemu uzyskania świadczenia odszkodowawczego. Dodatkowo, postępowanie karne, w którym orzeczono nawiązkę na podstawie art. 46 § 2 k.k., nie jest postępowaniem sądowym o naprawienie szkody w rozumieniu art. 20 ust. 2 zd. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. W związku z powyższym wykluczona jest możliwość przyporzuczenia ubezpieczyciela, ponieważ nie została przewidziana w przepisach postępowania karnego i jest właściwa jedynie postępowaniu cywilnemu. Po trzecie, Sąd Najwyższy, uzasadniając swo-

⁴¹ Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

⁴² Por. M. Bączyk, J. Janiszewska, *Obowiązkowe ubezpieczenie komunikacyjne a prawno-karny obowiązek naprawienia szkody*, „Przegląd Sądowy” 2006, nr 10, s. 47.

⁴³ III CZP 129/06, OSNC 2007, nr 10, poz. 151.

je stanowisko, stwierdził, że nawiązka (*a simile* obowiązek naprawienia szkody) ma charakter czysto penalny i stanowi instrument reakcji karnej państwa, przy jej orzekaniu zaś decydujące znaczenie mają podstawy i zasady wymiaru kary wynikające z przepisów prawa karnego, a nie cywilnoprawne zasady naprawiania szkody.

Wskazane powyżej orzeczenie Sądu Najwyższego nie było w tej materii odosobnione. W wyroku z dnia 13 maja 2005 r.⁴⁴ Sąd Najwyższy stwierdził, że sprawcy wypadku komunikacyjnego, którego odpowiedzialność odszkodowawcza objęta została umową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, nie przysługuje wobec zakładu ubezpieczeń roszczenie o zwolnienie go przez ubezpieczyciela z obowiązku naprawienia szkody wobec poszkodowanego.

W świetle natomiast uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2011 r.⁴⁵ sprawca wypadku komunikacyjnego, wobec którego zastosowano środek karny polegający na obowiązku naprawienia szkody (art. 46 § 1 k.k. w zw. z art. 39 pkt 5 k.k.), może domagać się od ubezpieczyciela – na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – zwrotu świadczenia zapłaconego na rzecz pokrzywdzonego. Sąd Najwyższy we wskazanej uchwale całkowicie odszedł od dotychczasowego stanowiska, które zostało wyrażone w wspomnianej wcześniej uchwale z dnia 21 grudnia 2006 r. i zgodnie z którym sprawca wypadku komunikacyjnego obciążony obowiązkiem zapłaty nawiązki na podstawie art. 46 § 2 i art. 48 k.k. nie mógł domagać się od ubezpieczyciela – na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – zwrotu nawiązki zapłaconej pokrzywdzonemu. Zdaniem Sądu Najwyższego argumenty wskazane w tym orzeczeniu były niewystarczające dla wyłączenia możliwości wniesienia wobec ubezpieczyciela roszczenia regresowego o świadczenie spełnione w celu naprawienia szkody na podstawie środka karnego w postaci obowiązku naprawienia. Stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w uchwale z dnia 21 grudnia 2006 r. i odnoszące się do wszystkich środków karnych o charakterze kompensacyjnym można zatem uznać za nieaktualne.

Dalej, Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 13 lipca 2011 r. nie podzielił stanowiska, że środki karne w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki mają charakter wyłącznie penalny. Wręcz przeciwnie, Sąd wyraźnie wskazał, że funkcja kompensacyjna środków karnych w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zapłaty nawiązki ma przewagę nad ich penalnym, resocjalizacyjnym charakterem. Sąd Najwyższy nie zakwestionował obowiązku osobistego spełnienia środka karnego o charakterze kompensacyjnym, jednakże osobiste wykonanie wyroku przez sprawcę jest niedostatecznym argumentem prowadzącym do uznania, że kwoty spełnione na rzecz pokrzywdzonego, w postaci obowiązku naprawienia szkody, nie mogą stać się przedmiotem roszczenia regresowego wobec ubezpieczyciela. Sąd Najwyższy w treści uzasadnienia uchwały wyraźnie wskazał, że brak jest jakiegokolwiek przepisu prawa, z którego wynikałoby wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy obowiązek naprawienia szkody orzeczony został jako środek karny. Wykonanie przez sprawcę wypadku komunikacyjnego orzeczonego wobec niego środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody nie pozbawia go zatem możliwości wystąpienia przeciwko ubezpieczycielowi z roszczeniem regresowym na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy, nie ma znaczenia, czy sprawca spełnił świadczenie wobec poszkodowanego dobrowolnie, czy zobowiązany był do tego wyrokiem karnym.

⁴⁴ IV CK 796/04, niepubl.

⁴⁵ III CZP 31/11, OSNC 2012, nr 3, poz. 29.

Sąd Najwyższy udzielił odpowiedzi na pytanie prawne, czy kierujący będący sprawcą szkody może domagać się od ubezpieczyciela zwrotu kwoty spełnionej tytułem orzeczonego środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 46 § 1 k.k.). Ani w sentencji, ani w uzasadnieniu brak jest jednak wyraźnego stanowiska, czy roszczenie zwrotne kierującego dotyczy również kwot spełnionych tytułem nawiązki. W mojej opinii stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w uzasadnieniu wskazanej uchwały, może uzasadniać wnioszek, że regresem sprawcy wypadku komunikacyjnego – stanowiącego od strony prawa karnego przestępstwo wypadku komunikacyjnego, a od strony prawa cywilnego czyn niedozwolony – objęta jest nie tylko kwota spełniona w wykonaniu środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody, lecz również nawiązki, o której mowa w art. 46 § 2 k.k. Nawiązka ma bowiem analogiczny, kompensacyjny charakter jak środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody i orzekana jest w jego miejsce, w szczególności w sytuacji istnienia utrudnień dowodowych w ścisłym określeniu wysokości szkody (art. 46 § 2 k.k. w zw. z art. 39 pkt 6 k.k.). Przyczyna orzeczenia nawiązki zamiast obowiązku naprawienia szkody nie zmienia charakteru tej instytucji z kompensacyjnego na wyłącznie penalny. Nie ma zatem prawnych i aksjologicznych argumentów pozwalających na uznanie, że kwota spełniona w ramach nawiązki, o której mowa w art. 46 § 2 k.k., nie podlega zwrotowi przez ubezpieczyciela, jeśli została spełniona przez sprawcę wypadku komunikacyjnego na rzecz pokrzywdzonego. Cele środków karnych w postaci obowiązku naprawienia szkody lub nawiązki są tożsame, a jest nimi naprawienie szkody wyrządzonej zachowaniem sprawcy, które kwalifikowane jest jednocześnie jako przestępstwo i delikt. Do przypadku nawiązki w pełni można odnieść zapatrywanie Sądu Najwyższego, że brak jest jakiegokolwiek przepisu prawa, z którego wynikałoby wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy obowiązek naprawienia szkody następuje przez zapłatę nawiązki, o której mowa w art. 46 § 2 k.k. Wykonanie przez sprawcę orzeczonego wobec niego środka karnego w postaci nawiązki nie pozbawia więc sprawcy możliwości wystąpienia przeciwko ubezpieczycielowi z roszczeniem regresowym na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2011 r. nie pozwala zatem na wyciągnięcie wniosku, że zasadność regresu sprawcy przestępstwa wypadku komunikacyjnego, który spełnił świadczenie na rzecz poszkodowanego w wykonaniu środka karnego, uzależniona jest od podstawy prawnej orzeczonego środka karnego, tzn. czy jest to art. 46 § 1 k.k., czy też art. 46 § 2 k.k. Za argument *contra* nie może być uznany fakt, że Sąd Najwyższy nie wypowiedział się kategorycznie w sprawie regresu kwot spełnionych tytułem nawiązki. Brak wypowiedzi Sądu Najwyższego nie może być poczytywany jako uprawnienie ubezpieczyciela do odmowy zwrotu kierującemu pojazdem środków pieniężnych spełnionych na rzecz pokrzywdzonego tytułem wykonania środka karnego w postaci nawiązki z art. 46 § 2 k.k. W mojej opinii kierujący nie może jednak żądać od ubezpieczyciela zwrotu kwot nawiązki spełnionej na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 k.k.). Nawiązka ta ma wyraźnie cechy środka wyłącznie represyjnego i nie mieści się w granicach odpowiedzialności cywilnoprawnej sprawcy szkody, który jednocześnie ponosi odpowiedzialność za popełnienie przestępstwa wypadku komunikacyjnego.

Wnioski

Środki karne w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki (art. 46 § 1 i § 2 k.k.) mają przede wszystkim charakter kompensacyjny – zmierzają do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem. Ich zasadniczym celem jest

niewątpliwie stworzenie pokrzywdzonemu możliwości rekompensaty szkody lub naprawienia krzywdy bez konieczności uruchamiania alternatywnego procesu adhezyjnego lub odrębnego powództwa cywilnego.

Korzystanie przez sprawcę przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów nie wyłącza ani nakazu orzeczenia obowiązku naprawienia szkody (art. 46 § 1 k.k.), ani możliwości orzeczenia nawiązki określonej w art. 46 § 2 k.k.

Ubezpieczyciel nie powinien powstrzymywać się z prowadzeniem postępowania likwidacyjnego do czasu zakończenia postępowania karnego, a w szczególności biernie czekać na orzeczenie przez sąd środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki. Ubezpieczyciel może naprawić szkodę przez zapłatę stosownego odszkodowania lub zadośćuczynienia przed wykonaniem środka karnego.

Stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w uzasadnieniu uchwały z dnia 13 lipca 2011 r. pozwala na sformułowanie wniosku, że regresem sprawcy wypadku komunikacyjnego, stanowiącego od strony prawa karnego przestępstwo komunikacyjne, a od strony prawa cywilnego czyn niedozwolony, objęta jest nie tylko kwota spełniona w wykonaniu środka karnego w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za krzywdę (art. 46 § 1 k.k.), lecz również kwota nawiązki (art. 46 § 2 k.k.). Kierujący nie może jednak żądać od ubezpieczyciela zapłaty za niego kwot tytułem orzeczonego obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za krzywdę albo nawiązki. Takie żądanie oznaczałoby zwolnienie się z obowiązku osobistego wykonania środka karnego. Kierujący pojazdem może jednak żądać od ubezpieczyciela zwrotu kwot spełnionych w wykonaniu środków karnych o charakterze kompensacyjnym. Ubezpieczyciel może w pełni podnosić zarzuty redukujące jego odpowiedzialność z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jeżeli środek karny w postaci obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za krzywdę albo nawiązki został orzeczony w zakresie większym niż szkoda lub dotyczył roszczenia już przedawnionego.

Kierujący pojazdem mechanicznym, skazany za przestępstwo spowodowania wypadku komunikacyjnego, w stosunku do którego został orzeczony środek karny w postaci nawiązki na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 k.k.), nie może żądać od ubezpieczyciela zwrotu kwot spełnionych z tego tytułu. Nawiązka ta ma wyraźnie cechy środka wyłącznie represyjnego i nie mieści się w granicach odpowiedzialności cywilnoprawnej za czyn niedozwolony.

Summary of the article

Insurer's obligation of refund of compensational penal fines paid by driver resulting from obligatory motor third party liability insurance

Causing damage in connection with the movement of a motor vehicle in many cases not only raises tort liability of the offender (Article 436 of the Polish Civil Code), but also penal liability for causing the crime of a road accident (Article 177 of the Polish Penal Code). One of institutions of the penal process that aim at compensation of damage is obligation to pay damages, just satisfaction for injury or sanction imposing compensatory damages (Article 46 § 1 and § 2 of the Polish Penal Code).

Obligation to pay damages, just satisfaction for injury or sanction imposing compensatory damages (Article 46 § 1 and § 2 of the Polish Penal Code) are penal measures that are primarily compensatory in nature – they aim at compensation of damage resulting from a crime. Undoubtedly, their primary purpose is to provide compensation to the victim without having to file an alternative adhesive procedure or a separate civil action. The fact that the perpetrator of a crime against safety of transportation uses obligatory third party liability insurance for damages resulting from the movement of a motor vehicle does not exclude possibility of imposing penal sanctions regulated by Article 46 § 1 of the Polish Penal Code nor by Article 46 § 2 of the Polish Penal Code. The driver is not allowed to claim refund of penal measures from the insurer. The insurer however may raise objections as to its liability resulting from obligatory third party liability insurance in case the penal measure had been ordered to a greater extent than the injury or concerns a claim that already expired.

Keywords: punitive measures, Injunctive, the obligation to compensate damage, criminal liability, contract liability, obligatory insurance of owners of motor vehicles.

Mgr **Paweł Wawszczak**, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.

Tomasz Młynarski

Problem przedawnienia roszczeń wobec Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w kontekście uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13)

Uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13) została podjęta na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych. Celem wniosku było rozstrzygnięcie przez Sąd Najwyższy istniejących w orzecznictwie sądów rozbieżności co do wykładni prawa w odniesieniu do zagadnienia, czy wobec Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego odpowiadającego za szkodę wyrządzoną przez niezidentyfikowanego sprawcę wypadku drogowego możliwe jest przyjęcie dwudziestoletniego terminu przedawnienia wynikającego z art. 442¹ § 2 k.c. Kontrowersje z tym związane dotyczyły przede wszystkim odpowiedzi na pytanie, czy zastosowanie dłuższego terminu przedawnienia wymaga ustalenia, że przestępstwo zostało popełnione przez konkretną osobę.

Artykuł zawiera omówienie dotychczasowej praktyki Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, linii orzeczniczej sądów oraz stanowiska zajętego przez Rzecznika Ubezpieczonych. Zostały również przedstawione wnioski płynące z uchwały Sądu Najwyższego, w której uznano, że roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem, których tożsamości nie ustalono, przedawnia się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c.

Zdaniem autora obowiązujące prawo nie przewiduje możliwości uchylenia się przez Fundusz od zbadania podstaw swojej odpowiedzialności za zgłoszone roszczenie. Fundusz nie może więc odmówić spełnienia roszczenia, powołując się na jego przedawnienie, jeżeli w świetle możliwego do zgromadzenia materiału dowodowego oraz zasad prawa cywilnego normujących terminy przedawnienia roszczenie takie wcale nie jest przedawnione. Rolą sądu w ewentualnym procesie powinna być zaś jedynie kontrola prawidłowości ustaleń poczynionych w toku postępowania likwidacyjnego.

Słowa kluczowe: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, odpowiedzialność odszkodowawcza, przedawnienie roszczeń, szkoda wyrządzona przez nieznanego sprawcę, Sąd Najwyższy, Rzecznik Ubezpieczonych.

Uwagi wstępne

Stosownie do art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych)¹, do zadań Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego należy m.in. zaspokajanie roszczeń za szkody na osobie wyrządzone w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego tym pojazdem, ale nie ustalono ich tożsamości, jak również za szkody w mieniu, o ile u któregośkolwiek z uczestników zdarzenia nastąpiła śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 14 dni, a szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza lub kierującego, lecz nie zostali oni ustaleni.

W obecnie obowiązującym stanie prawnym nie ulega wątpliwości, że roszczenia te względem Funduszu przedawniają się z upływem terminu przewidzianego dla nich w przepisach kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. Stanowi o tym wprost art. 109a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, dodany z dniem 11 lutego 2012 r. Nawet jednak przed wprowadzeniem tego przepisu do porządku prawnego należało przyjmować, że roszczenia te ulegają przedawnieniu w terminach określonych w art. 442¹ k.c. (bądź też w art. 442 k.c. w stosunku do spraw, które zaistniały w jeszcze wcześniejszym stanie prawnym)².

Nie powinno w związku z tym budzić też wątpliwości, że podstawowy termin przedawnienia roszczeń względem Funduszu wynika z art. 442¹ § 1 k.c. Poważne kontrowersje, w tym również w orzecznictwie sądów, wiązały się natomiast od lat z zagadnieniem, czy wobec Funduszu, odpowiadającego za szkodę w takich warunkach, możliwe jest przyjęcie terminu przedawnienia wynikającego z art. 442¹ § 2 k.c. Przepis ten wprowadza dwudziestoletni termin przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody, jeżeli wynikała ona ze zbrodni lub występku, bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii nastąpiło na skutek uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r., zgodnie z którą roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem, których tożsamości nie ustalono, przedawnia się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c.

1. Przyczyny podjęcia przez Sąd Najwyższy uchwały z dnia 29 października 2013 r.

W pewnym momencie swego funkcjonowania Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny przyjął praktykę polegającą na odmawianiu naprawienia szkód wyrządzonych przez nieznaną sprawców, jeżeli roszczenia były zgłaszane po upływie trzech lat od umorzenia postępowania przygotowawczego, podnosząc w tego typu przypadkach zarzut przedawnienia roszczeń na podstawie terminów określonych w art. 442¹ § 1 k.c. (art. 442 § 1 k.c.). Fundusz wskazywał bowiem, iż przyjęcie dwudziestoletniego terminu przedawnienia na podstawie art. 442¹ § 2 k.c. (bądź dziesięcioletniego na podstawie art. 442 § 2 k.c.) wymaga ustalenia, że przestępstwo zostało popełnione przez konkretną osobę. Należy tu stosować reguły prawa karnego, a zatem ustalić,

¹ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.

² Zob. T. Młynarski, *Przedawnienie roszczeń odszkodowawczych przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 12 (1/2012), s. 41–42.

czy zostały wypełnione przedmiotowe i podmiotowe znamiona przestępstwa. Występowanie zaś podmiotowych znamion przestępstwa można ustalić jedynie wówczas, gdy czyn daje się przypisać konkretnej osobie³.

Orzecznictwo sądów powszechnych w tego typu sprawach nie było jednolite. W niektórych przypadkach powództwa były oddalane ze względu na uwzględnienie przez sąd zarzutu przedawnienia roszczeń odszkodowawczych podniesionego przez Fundusz⁴. W istotnej jednak części spraw sądy opierały swoje rozstrzygnięcia na wykładni, zgodnie z którą do roszczeń odszkodowawczych dochodzonych od Funduszu może znajdować zastosowanie dłuższy termin przedawnienia, nawet gdy sprawca szkody nie został ustalony⁵.

W analizowanej sprawie wypowiedział się także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 lipca 2012 r.⁶ Według stanu faktycznego przedmiotowej sprawy powód został zahaczony, a następnie był ciągnięty przez ciągnik prowadzony przez nieustalonego kierującego, w wyniku czego powód doznał uszkodzenia kręgosłupa i paraliżu od pasa w dół. Według stanowiska sądów pierwszej i drugiej instancji roszczenie o naprawienie szkody przedawniło się w terminie trzech lat od umorzenia postępowania karnego, gdyż ustalenie przez sąd cywilny faktu popełnienia przestępstwa wymaga wykazania winy danej osoby, a nie tylko bezprawności czynu, którego się ona dopuściła. Sąd drugiej instancji stwierdził dodatkowo, że odpowiedzialność Funduszu opiera się na samodzielnej podstawie określonej ustawowo i że nie ma ona charakteru odpowiedzialności za cudzy czyn, w związku z czym również z tego powodu w sprawie nie mógł mieć zastosowania termin przedawnienia wynikający z art. 442 § 2 k.c.

Sąd Najwyższy stwierdził jednakże, iż przepis ten nie ogranicza stosowania wydłużonego terminu przedawnienia wyłącznie do przypadków odpowiedzialności sprawcy deliktu oraz innych podmiotów ponoszących odpowiedzialność na podstawie art. 429 lub 430 k.c. Fundusz ponosi odpowiedzialność w razie stwierdzenia podstaw odpowiedzialności sprawcy szkody, którego nie dało się ustalić. Jedynym warunkiem zastosowania art. 442 § 2 k.c. jest w takim przypadku stwierdzenie, że sprawca szkody popełnił przestępstwo. Ocena ta w sytuacji, gdy powództwo zostało skierowane przeciwko osobie ponoszącej odpowiedzialność za szkodę, powinna obejmować istnienie przedmiotowych i podmiotowych znamion przestępstwa według zasad przewidzianych przez prawo karne. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, iż w judykaturze przyjęto, że możliwe jest zastosowanie art. 442 § 2 k.c. do odpowiedzialności małoletniego sprawcy szkody, któremu nie można przypisać winy w rozumieniu prawa karnego⁷. Zasad odnoszących się do stwierdzenia popełnienia przestępstwa nie można odnosić wprost do reguły odpowiedzialności Funduszu, uwzględniając, że odpowiedzialność tego podmiotu wchodzi w grę wówczas, gdy nie dało się ustalić sprawcy deliktu. W takim przypadku zachodzi przeszkoda w przypisaniu mu indywidualnie winy w popełnieniu przestępstwa. Należy przyjąć, że wówczas – prócz ustalenia przedmiotowych cech przestępstwa – dla stwierdzenia jego popełnienia wystarczająca jest taka ocena okoliczności popełnienia czynu karalnego, która – przy uwzględnieniu jedynie kryteriów obiektywnych – pozwala na uznanie,

³ T. Młynarski, *op. cit.*, s. 37–38.

⁴ Np. wyroki SO w Warszawie z dnia 5 grudnia 2011 r. (V Ca 2443/11, niepubl.), SA w Gdańsku z dnia 28 lutego 2012 r. (I ACa 4/12, LEX nr 1280014), SO w Jeleniej Górze z dnia 20 marca 2012 r. (II Ca 131/12, niepubl.) oraz SO w Łodzi z dnia 31 maja 2012 r. (I C 494/11, niepubl.).

⁵ Np. wyroki SO w Łodzi z dnia 29 września 2010 r. (III Ca 997/10, niepubl.), SA w Lublinie z dnia 22 marca 2012 r. (I ACa 102/12, niepubl.) i z dnia 15 listopada 2012 r. (I ACa 527/12, LEX nr 1271909), SA w Szczecinie z dnia 17 sierpnia 2012 r. (I ACa 427/12, LEX nr 1237849) oraz SO w Nowym Sączu z dnia 27 lutego 2013 r. (III Ca 45/13, niepubl.).

⁶ II CSK 653/11, OSNC 2013, nr 4, poz. 50.

⁷ Wyrok SN z dnia 18 stycznia 2012 r. (II CSK 157/11, OSNC-ZD 2013, nr 2, poz. 30).

iż działanie sprawcy było w danych okolicznościach zawinione. Mimo konieczności ustalenia przedmiotowych i podmiotowych znamion przestępstwa jako przesłanki do zastosowania art. 442 § 2 k.c. imienne wskazanie sprawcy przestępstwa nie jest zatem konieczne.

Pomimo jednoznacznej wymowy tego orzeczenia Fundusz nie zmienił swojej praktyki. Korzystając z posiadanych uprawnień, Rzecznik Ubezpieczonych postanowił w związku z tym wystąpić do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały, mającej na celu rozstrzygnięcie istniejących w judykaturze rozbieżności co do wykładni prawa. W uzasadnieniu wniosku⁸ Rzecznik zwrócił uwagę, że w postępowaniu cywilnym nie obowiązują takie znane z procesu karnego zasady o charakterze gwarancyjnym, jak zasada domniemania niewinności oskarżonego i zasada *in dubio pro reo*. Brak więc podstaw do stosowania ich w sprawach cywilnych. Rzeczą bezsporną jest także zróżnicowanie instytucji prawnodowodowych w procedurze cywilnej i karnej. W sprawach cywilnych ustawodawca nie stawia sądowi tak daleko idących wymagań, jak ma to miejsce w przypadku spraw karnych. Sąd może chociażby w drodze domniemania faktycznego uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.), może także odwołać się do dowodu *prima facie*.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych problemu przedawnienia roszczeń kierowanych do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego nie powinno się ponadto rozpatrywać w oderwaniu od celów, jakie przyświecały utworzeniu tej instytucji, a także od funkcji, jakie Fundusz ma spełniać na mocy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Bez wątplenia zaś najważniejszą funkcją Funduszu jest funkcja gwarancyjna. Uwzględnivszy zarówno *ratio legis* instytucji przedawnienia, jak i kontekst aksjologiczny towarzyszący systemowi ochrony praw oraz interesów osób poszkodowanych na skutek wypadków drogowych, podkreślić trzeba, że sytuacja prawna osoby poszkodowanej przez sprawcę, który zbiegł z miejsca zdarzenia, nie powinna być gorsza niż osoby poszkodowanej przez ustalonego sprawcę, która w związku z tym ma możliwość wystąpienia z roszczeniem do zakładu ubezpieczeń, chyba że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych wyraźnie zastrzega odstępstwa od tej zasady. W swojej praktyce Fundusz nie brał też pod uwagę dalece niesatysfakcjonującego stanu świadomości prawnej polskiego społeczeństwa, co przekłada się częstokroć na brak wiedzy osób poszkodowanych lub uprawnionych na temat istnienia takiej instytucji, jak również przysługujących im w związku z tym uprawnień⁹.

2. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r.

Przyjęta przez Sąd Najwyższy uchwała stanowi pozytywną odpowiedź na pytanie zadane przez Rzecznika Ubezpieczonych. Sąd Najwyższy przedstawił jasną wykładnię, z której jednoznacznie wynika konieczność przyjęcia względem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego dłuższego terminu przedawnienia w sytuacji, gdy roszczenie dotyczy naprawienia szkody wynikłej ze zbrodni lub występku. Sąd nie wskazał tego wprost, ale *de facto* oparł swoje stanowisko na koncepcji, iż Fundusz s płaca dług formalnie własny, ale materialnie cudzy, która dominuje w dotychczasowej judykaturze¹⁰.

⁸ Treść wniosku jest dostępna na stronie http://rzu.gov.pl/pdf/wniosek_ufg.pdf.

⁹ Taka argumentacja spotkała się z krytyczną oceną M. Romanowskiego i A.-M. Weber, którzy zgłosili ponadto propozycję, by art. 109a ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zrehabilitować następująco: „Termin przedawnienia poszkodowanego przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu wynosi trzy lata”. Zob. M. Romanowski, A.-M. Weber, *W sprawie wydłużenia terminu przedawnienia roszczeń poszkodowanego przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu*, „Prawo Asekuracyjne” 2013, nr 3, s. 3–27.

¹⁰ Zob. zwłaszcza uzasadnienia uchwały składu siedmiu sędziów SN z dnia 19 października 1995 r. (III CZP 98/95, OSNC 1995, nr 12, poz. 169) oraz uchwały SN z dnia 12 czerwca 1996 r. (III CZP 58/96, OSNC 1996, nr 10, poz. 131).

W uzasadnieniu uchwały podkreślono, że sąd cywilny ma kompetencję do samodzielnego stwierdzenia, czy stanowiący źródło szkody czyn niedozwolony jest przestępstwem, co jednak wymaga ustalenia jego znamion przedmiotowych i podmiotowych. Sąd Najwyższy przychylił się do – określonego przez siebie jako dominujące – stanowiska, iż dopuszczalne jest ustalenie podmiotowych znamion przestępstwa w sprawie o odszkodowanie z tytułu czynu niedozwolonego, gdy sprawca czynu nie został zidentyfikowany. Dokonywać tego należy na podstawie całości kształtu okoliczności sprawy i przy zastosowaniu kryteriów obiektywnych. Zwrócił przy tym uwagę na odmienną funkcję spełnianych przez odpowiedzialność cywilną i karną. Fakt ten nie może pozostawać bez znaczenia dla sposobu kwalifikowania przez sąd cywilny czynu sprawcy wypadku komunikacyjnego w sprawach wytoczonych przez poszkodowanych przeciwko Funduszowi.

Sąd Najwyższy zaznaczył też, iż podjęta uchwała uwzględnia interesy osób poszkodowanych i wypukła gwarancyjną rolę Funduszu jako instytucji uzupełniającej system ubezpieczeń obowiązkowych. Przyjęcie odmiennego zapatrywania, ograniczającego możliwość dochodzenia roszczeń do terminu trzyletniego, negowałoby tę gwarancyjną rolę i w nieuzasadniony sposób pogarszałoby sytuację osób pokrzywdzonych przestępstwami popełnionymi przez niezidentyfikowanych sprawców, zwłaszcza że pozostałe ofiary wypadków drogowych mogą dochodzić zaspokojenia roszczeń od sprawcy lub jego ubezpieczyciela w ciągu dwudziestu lat.

Zdaniem Sądu Najwyższego bezzwłoczne zgłaszanie roszczeń do Funduszu leży w interesie pokrzywdzonych, gdyż to na nich w postępowaniu sądowym spoczywa ciężar przedstawiania dowodów pozwalających na zakwalifikowanie danego czynu jako przestępstwa. Niemniej jednak zagwarantowanie dwudziestoletniego terminu przedawnienia umożliwia zniwelowanie skutków niskiego stanu wiedzy ofiar wypadków drogowych o istnieniu Funduszu oraz przysługujących im roszczeniach i tym samym zapobiega pozbawieniu ich należytej kompensaty szkód, nierzadko zresztą bardzo poważnych.

3. Stwierdzenie przestępczości czynu popełnionego przez nieznanego sprawcę w celu ustalenia właściwego terminu przedawnienia

Wydawałoby się, że rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego znajdzie pełną akceptację w przypadku instytucji publicznej, jaką jest Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, a co za tym idzie, przed podniesieniem zarzutu przedawnienia Fundusz będzie każdorazowo badał okoliczności danego wypadku pod kątem obiektywnych kryteriów pozwalających na zakwalifikowanie zachowania niezidentyfikowanego sprawcy jako przestępstwa. Niestety, kierownictwo Funduszu zdecydowało się na przyjęcie karkołomnej tezy, iż w świetle uchwały Sądu Najwyższego jedynie sąd cywilny może badać, czy nieznanemu sprawcy popełnił przestępstwo, a w żadnym wypadku nie jest do tego uprawniony Fundusz¹¹.

Interpretując wskazaną uchwałę, Fundusz popełnia, jak się wydaje, błąd logiczny, polegający na wyciągnięciu z jednego ze zdań uzasadnienia (oderwanego zresztą od kontekstu), brzmiącego: „w przypadkach nieobjętych art. 11 k.p.c. sąd cywilny ma kompetencje do samodzielnego stwierdzenia, czy czyn niedozwolony, stanowiący źródło szkody, jest przestępstwem”, wniosku *a contrario*, jakoby kompetencji takiej nie miał Fundusz. Reguła *a contrario* wykorzystuje założenie logiki deontycznej, iż w jednym systemie prawnym może obowiązywać tylko jedna z dwóch reguł wykluczających się całymi wzorami zachowania (całymi zakresami normowania przy toż-

¹¹ Zob. wypowiedź wiceprezes Funduszu S. Cwalińskiej-Weychert, (w:) K. Araczevska, *Poszkodowani nadal będą szukać sprawiedliwości w sądzie*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 7 kwietnia 2014, s. B13.

samym zakresie zastosowania)¹². Wnioskowanie z przeciwieństwa jest zasadniczo dopuszczalne jedynie w tych przypadkach, w których regulacja ma charakter zamknięty i wyczerpujący, tak że można założyć, iż dany przepis reguluje wszystkie sytuacje, z którymi normodawca chciał powiązać dany skutek prawny¹³.

W niniejszej sprawie sformułowanie (autorstwa zresztą sądu, a nie ustawodawcy) „sąd ma kompetencje” nie pozwala na wyciągnięcie logicznego wniosku, że „tylko sąd ma kompetencje”, tudzież że „Fundusz nie ma kompetencji”, tym bardziej, iż sformułowanie to było poczynione w oparciu o normę zawartą w art. 11 k.p.c., która to norma dotyczy związania sądu w postępowaniu cywilnym prawomocnym wyrokiem skazującym wydanym w postępowaniu karnym. Przepisy kodeksu postępowania cywilnego normują wyłącznie postępowanie sądowe toczone się w sprawach cywilnych (art. 1 k.p.c.) i nie mają bezpośredniego zastosowania do działań Funduszu.

Zadania i zasady działania Funduszu określa natomiast ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, która w art. 98 ust. 1 nakłada na UFG obowiązek zaspokajania roszczeń wynikających ze wskazanych w tym artykule szkód, w granicach określonych na podstawie przepisów rozdziałów 2 i 3 tejże ustawy, przy czym zgodnie z art. 109 ustawy Fundusz ma obowiązek uczynić to w ściśle określonych terminach. Co więcej, art. 16 i 17 ustawy stosuje się odpowiednio, a zatem osoba występująca z roszczeniem ma obowiązek przedstawić Funduszowi posiadane przez siebie dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić mu ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody, to zaś – wespół z innymi normami, które przyznają Funduszowi różnorakie możliwości gromadzenia i oceny materiału dowodowego – w pełni umożliwia mu zajęcie merytorycznego i rzetelnego stanowiska względem zgłoszonych roszczeń. Jak trafnie zauważa M. Orlicki: „Konieczność podejmowania działań przez UFG ma swoje źródło w niedoskonałościach systemu ubezpieczeń obowiązkowych, które polegają przede wszystkim na tym, że nie wszyscy poszkodowani, którzy według przyjętych przez ustawodawcę ocen na to zasługują, mogą otrzymać od ubezpieczycieli należne im odszkodowanie. UFG zastępuje wówczas ubezpieczyciela i wypłaca odszkodowanie według zasad, którymi kierowałby się ubezpieczyciel, gdyby to na nim spoczywał obowiązek spełnienia świadczenia odszkodowawczego”¹⁴.

Obowiązujące prawo nie przewiduje możliwości uchylenia się przez Fundusz od zbadania podstaw swojej odpowiedzialności za zgłoszone roszczenie. Po otrzymaniu akt szkody od zakładu ubezpieczeń Fundusz jest obowiązany do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty jego funkcjonowania, Fundusz nie powinien przerzucać na inne podmioty. Rolą sądu w ewentualnym procesie powinna być jedynie kontrola prawidłowości ustaleń poczynionych najpierw przez zakład ubezpieczeń, a następnie przez Fundusz, w toku przeprowadzonego przez nich postępowania¹⁵. Obejmuje to również obowiązek zapłaty przez Fundusz zadośćuczynienia za krzywdę z art. 445 § 1, art. 446 § 4 i art. 448 k.c. oraz odszkodowania z art. 446 § 3 k.c., mimo iż ustawodawca posłużył się w treści tych przepisów sformułowaniem „sąd może przyznać”¹⁶. Swoje zobowiązanie

¹² Por. L. Leszczyński, *Zagadnienia teorii stosowania prawa. Doktryna i tezy orzecznictwa*, Zakamycze, Kraków 2002, s. 248.

¹³ Por. uchwała SN z dnia 7 września 1995 r. (I PZP 23/95, OSNAPiUS 1996, nr 5, poz. 73).

¹⁴ M. Orlicki, *Ubezpieczenia obowiązkowe*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 500.

¹⁵ Zbliżone ujęcie jest powszechnie prezentowane w judykaturze w odniesieniu do odpowiedzialności ubezpieczycieli. Zob. np. wyroki SN z dnia 10 stycznia 2000 r. (III CKN 1105/98, OSNC 2000, nr 7–8, poz. 134), z dnia 19 września 2002 r. (V CKN 1134/00, LEX nr 57224), z dnia 15 lipca 2004 r. (V CK 640/03, LEX nr 19410), z dnia 18 listopada 2009 r. (II CSK 257/09, LEX nr 551104) i z dnia 16 grudnia 2011 r. (V CSK 38/11, LEX nr 1129170).

¹⁶ Por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 24 lutego 2012 r. (I ACA 83/12, LEX nr 1148151).

Fundusz powinien poza tym wykonać zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno–gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom (art. 354 § 1 k.c.). Gdy więc z okoliczności wynika, że szkoda najprawdopodobniej została wyrządzona na skutek przestępstwa, Fundusz powinien nie tyle stwierdzić taką okoliczność w sformalizowany sposób, co po prostu powstrzymać się od podniesienia zarzutu przedawnienia.

4. Postępowanie dowodowe nakierowane na stwierdzenie przestępności czynu popełnionego przez nieznanego sprawcę

Uchwała z dnia 29 października 2013 r. nie zawiera bliższych wskazówek co do tego, w jaki sposób w sprawach odszkodowawczych należy badać winę nieustalonego sprawcy zdarzenia, warunkującą uznanie, iż szkoda wynikła z przestępstwa. W świetle wcześniejszych orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów powszechnych należy jednak przyjąć, że w takim przypadku oprócz ustalenia przedmiotowych cech przestępstwa do stwierdzenia jego popełnienia wystarczająca jest taka ocena okoliczności popełnienia czynu karalnego, która przy uwzględnieniu jedynie kryteriów obiektywnych pozwala na uznanie, iż działanie sprawcy było w danych okolicznościach zawinione.

Ustosunkowując się do odwołań wniesionych już po opublikowaniu uchwały Sądu Najwyższego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zaznacza, że ciężar dowodu co do przestępności czynu spoczywa na roszcącym, jak również że nie można domniemywać przestępstwa na podstawie postanowienia o umorzeniu postępowania karnego z powodu niewykrycia sprawcy, a przedłożenie tego dokumentu przez roszczonego nie wypełnia ciężącego na nim obowiązku dowodowego.

Trzeba w związku z tym zauważyć, iż postępowanie prowadzone przez Fundusz i działający na jego rzecz zakład ubezpieczeń nie jest postępowaniem spornym, w którym mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c. Roszczący powinien zostać poinformowany, jakie posiadane przez niego dokumenty są niezbędne do rozpatrzenia zgłoszonych roszczeń, natomiast po stronie podmiotu prowadzącego likwidację szkody istnieje obowiązek aktywnego gromadzenia materiału dowodowego¹⁷. Zapewne w żadnej ze spraw materiał dowodowy nie ogranicza się zresztą do jednego dokumentu, jest ich na ogół cały szereg. Tak dzieje się chociażby w przypadku poważniejszych zdarzeń, w odniesieniu do których prowadzone było postępowanie karne. Zgromadzona w aktach dokumentacja powinna następnie zostać poddana obiektywnej ocenie, na podstawie której Fundusz zajmuje odpowiednio umotywowane stanowisko.

W literaturze podnosi się, iż niemożność przypisania konkretnej osobie popełnienia czynu, za który grozi odpowiedzialność karna, może nastąpić w wypadku braku elementów o charakterze faktycznym lub prawnym. Przyczyną umorzenia postępowania przygotowawczego wobec braku elementu faktycznego może być niewykrycie sprawcy przestępstwa albo niepopełnienie czynu, w związku z którym prowadzono postępowanie. Z kolei brak elementów o charakterze prawnym może wynikać z braku ustawowych znamion czynu zabronionego bądź z wyłączenia przez ustawę karalności sprawcy lub przestępności czynu¹⁸. Niewykrycie sprawcy przestępstwa, przy jednoczesnym braku podstaw do stwierdzenia jednej z pozostałych przesłanek umorzenia, będzie więc skutkowało wydaniem postanowienia o umorzeniu postępowania w oparciu o art. 322

¹⁷ Por. M. Orlicki, *Uzupełnienie ochrony osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych poprzez działalność Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego*, (w:) M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz–Poznań 2007, s. 150–152.

¹⁸ Zob. J. Grajewski, S. Steinborn, *komentarz do art. 322*, (w:) L. K. Paprzycki (red.), J. Grajewski, S. Steinborn, *Kodeks postępowania karnego*, t. 1, *Komentarz do art. 1–424*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

§ 1 k.p.k., choć w przypadku dochodzenia jest także możliwe wydanie postanowienia o jego umorzeniu i wpisaniu sprawy do rejestru przestępstw, o ile dotychczas uzyskane dane nie stwarzają dostatecznych podstaw do wykrycia sprawcy w drodze dalszych czynności procesowych (art. 325f § 1 k.p.k.).

Ocena, na podstawie której podejmowana jest decyzja o odmowie zapłaty odszkodowania i związanej z tym gotowości wejścia w spór sądowy, nie powinna – jak się wydaje – abstrahować od charakteru prawnego i mocy dowodowej postanowienia kończącego postępowanie karne w sprawie wypadku, jeżeli takowe zostało wydane i znalazło się w aktach szkody. Orzeczenia karne inne niż skazujące, które nie wiążą sądu w sprawie cywilnej, są mimo wszystko dokumentami urzędowymi, a zatem zgodnie z art. 244 § 1 k.p.c. stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo poświadczane. Stosownie do art. 252 k.p.c., zwalczanie prawdziwości takiego dokumentu w postępowaniu cywilnym nie jest wyłączone, jednak zgodnie z tym przepisem to strona, która zaprzecza prawdziwości dokumentu urzędowego, powinna to udowodnić¹⁹.

Jakkolwiek w postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada swobodnej oceny dowodów, wyrażona w art. 233 § 1 k.p.c. (a zatem postanowienie o umorzeniu podlega rozważeniu z uwzględnieniem całego materiału zgromadzonego w danej sprawie, z możliwością przyjęcia przez sąd cywilny ustaleń i ocen odmiennych od tych wyrażonych w postępowaniu karnym), to jednak okoliczność umorzenia postępowania karnego nie z powodu braku znamion przestępstwa, lecz z uwagi na niewykrycie sprawcy stawia Fundusz w niezbyt komfortowej sytuacji procesowej. Znajduje to potwierdzenie w najnowszej judykaturze. Warto te nowe trendy orzecznicze prześledzić.

W niedawno wydanym wyroku, z dnia 29 stycznia 2014 r.²⁰, Sąd Apelacyjny w Białymstoku podkreślił, iż postanowienie prokuratury jest dokumentem urzędowym, a zatem korzysta z domniemania autentyczności (tj. że nie jest sfałszowane) oraz z domniemania zgodności z prawdą (tj. iż zaświadcza prawdziwy stan rzeczy). Obydwa te domniemania są wprawdzie wzruszalne, ale dowód w tym zakresie obciąża stronę, która zaprzecza autentyczności dokumentu bądź zgodności z prawdą stanu rzeczy wynikającego z tego dokumentu. Jak zaznaczył Sąd na gruncie badanej sprawy, z treści postanowienia o umorzeniu dochodzenia wobec niewykrycia sprawcy w sprawie przestępstwa określonego w art. 177 k.k. w zw. z art. 178 k.k. wynika, iż w dniu 15 listopada 1998 r. kierujący pojazdem mechanicznym na prostym odcinku jezdni potrafił idące poboczem drogi dwie nieletnie, po czym, nie udzielając im pomocy, zbiegł z miejsca wypadku. Okoliczności te nie zostały zakwestionowane przez pozwaną Fundusz, tymczasem pozwalają one na ustalenie, że szkoda wynikła z czynu karalnego zawinionego przez jego sprawcę, co stanowi wystarczającą podstawę do zastosowania art. 442¹ § 2 k.c.

Również Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 20 listopada 2013 r.²¹ podkreślił urzędowy charakter postanowienia o umorzeniu dochodzenia, które korzysta z domniemania prawdziwości. Co więcej Sąd stwierdził, iż dopóki nie upłynął ogólny dziesięcioletni termin przedawnienia, liczony od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę, zbędne jest ustalenie, czy nieznaną sprawcą szkody dopuścił się zbrodni lub występku. Nieporozumieniem jest bowiem twierdzenie Funduszu, jakoby mógł tutaj wchodzić w grę trzyletni termin przedawnienia, liczony od dnia umorzenia postępowania karnego z powodu niewykrycia sprawcy, skoro taki sprawca szkody, czyli osoba obowiązana do jej naprawienia, dotychczas nie został ustalony i przez to powodowie nadal nie dowiedzieli się, kto nim jest. Idąc jeszcze dalej, Sąd stwierdził, że w sprawie w ogóle nie roz-

¹⁹ Por. wyrok SA w Krakowie z dnia 2 października 2012 r. (I ACa 735/12, LEX nr 1236726).

²⁰ I ACa 639/13, <http://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl>.

²¹ I ACa 516/13, <http://orzeczenia.lublin.sa.gov.pl>.

począł jeszcze biegu trzyletni termin z art. 442¹ § 3 k.c., gdyż nadal nie wiadomo, kto był sprawcą wypadku, a zatem powodowie nadal nie znają osoby obowiązanej do naprawienia szkody.

Taki sam tok myślenia zaprezentował Sąd Okręgowy w Olsztynie w wyroku z dnia 14 listopada 2013 r.²² Podkreślił on poza tym, iż pomocny w sprawie był dowód *prima facie*, polegający na zastosowaniu wniosku, że w typowym przebiegu zdarzeń określony skutek występuje tylko przy ustalonym działaniu sprawczym. W orzeczeniu tym odwołano się ponadto do art. 5 k.c., gdyż odmowa przyjęcia odpowiedzialności za szkodę z powodu niewykrycia sprawcy przestępstwa godzi zdaniem Sądu w istotę działania Funduszu oraz w sprawiedliwość społeczną wszystkich obywateli, niezależnie od tego, czy organy państwa potrafiły wykryć sprawcę²³.

Uwagi końcowe

Wydana przez Sąd Najwyższy uchwała może być traktowana jako kolejny argument świadczący o potrzebie równorzędno – co do zasady – traktowania poszkodowanych dochodzących naprawienia szkody, niezależnie od tego, czy adresatem tych żądań jest ubezpieczyciel sprawcy, czy Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Znajduje to swoje źródło nie tylko w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, ale również w prawodawstwie Unii Europejskiej²⁴. Osoby poszkodowane przez niezidentyfikowanych sprawców nie powinny pozostawać w gorszej sytuacji niż te, które z roszczeniem o naprawienie szkody mogą wystąpić przeciwko ubezpieczycielowi zidentyfikowanego sprawcy. Niewątpliwie Fundusz jest w takich sytuacjach „ostatnią deską ratunku”, a naprawienie szkody przez tę instytucję znajduje szczególne uzasadnienie społeczne²⁵. Roszczenia poszkodowanych przeciwko Funduszowi przedawniają się zatem według terminów określonych w art. 442¹ k.c., tak jak i roszczenia kierowane do ubezpieczycieli posiadaczy pojazdów mechanicznych, których udało się ustalić.

Omawiane rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego w praktyce pozwala osobom, którym Fundusz w przeszłości odmówił spełnienia ich roszczeń, powołując się na upływ trzech lat od wypadku lub umorzenia postępowania karnego, na powrót do sprawy, o ile nie została ona dotychczas prawomocnie rozstrzygnięta na drodze sądowej. Fundusz, zarówno w sprawach rozpatrywanych ponownie, jak i tych nowych, nie powinien zaś odmawiać spełnienia roszczenia, powołując się na jego przedawnienie, jeżeli w świetle możliwego do zgromadzenia materiału powodowego oraz zasad prawa cywilnego normujących terminy przedawnienia roszczenie takie wcale nie jest przedawnione. Działanie takie godziłoby w funkcję gwarancyjną Funduszu, która zawsze powinna mieć prymat nad jego wynikiem finansowym. Prawdą jest bowiem, że „wypełnienie przez Fundusz jego zadań względem osób poszkodowanych nie zależy od swobodnego uznania, lecz musi nastąpić, gdy zostaną spełnione określone w ustawie przesłanki. [...] Osoby poszkodowane kierują więc wobec UFG swoje wynikające z ustawy roszczenia, nie zwracają się natomiast do Funduszu o pomoc, która może, lecz nie musi, być im udzielona”²⁶.

²² IX Ca 543/13, <http://orzeczenia.olsztyn.so.gov.pl>.

²³ Tak również SA w Warszawie w wyroku z dnia 16 kwietnia 2013 r. (VI ACa 1387/12, LEX nr 1369411). Szerzej na temat przesłanek zastosowania art. 5 k.c. w przypadku podniesienia przez Fundusz zarzutu przedawnienia zob. T. Młynarski, *op. cit.*, s. 52–54.

²⁴ Motyw 14 oraz art. 10 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz. Urz. UE L 263 z dnia 7 października 2009 r.); zob. T. Młynarski, *op. cit.*, s. 39; M. Orlicki, *Ubezpieczenia..., op. cit.*, s. 500–506.

²⁵ Por. M. Orlicki, *Uzupełnienie..., op. cit.*, s. 143.

²⁶ *Idem*, *Ubezpieczenia..., op. cit.*, s. 505.

Summary of the article

Limitation of claims against the Polish Insurance Guarantee Fund in the context of judgment of the Polish Supreme Court dated October 29, 2013 (case no. III CZP 50/13)

Judgment of the seven judges of the Polish Supreme Court dated October 29, 2013 (case no. III CZP 50/13) was issued at the request of the Polish Insurance Ombudsman. The aim of the request was to resolve discrepancies related to interpretation of law regulating the issue of limitation period of claims against the Polish Insurance Guarantee Fund. Therefore, a question was presented to the Supreme Court asking for clarification, if the Polish Insurance Guarantee Fund's liability for damages caused by an unidentified perpetrator of a road accident is limited by a 20-years period regulated by Article 422¹ § 2 of the Polish Civil Code. The controversy associated with this question mainly concerned the issue whether it is necessary to establish that an offense had been committed by a particular person to use the longer limitation period

The article describes previous practices of the Polish Insurance Guarantee Fund, the jurisdiction and also the opinion of the Polish Insurance Ombudsman. Conclusions of another judgment of the Supreme Court have also been presented herein. In its decision, the Supreme Court stated that victim's claims for damages resulting from the crime or misdemeanor caused in circumstances justifying the liability of the owner of a motor vehicle or a driver of a vehicle, whose identities have not been established, are limited in time according to the limitation period referred to in Article 442¹ § 2 of the Polish Civil Code.

In the author's opinion, applicable law does not provide for the repeal of the Fund to examine the foundations of its responsibility for a claim. Therefore, the Fund is not allowed to deny a claim based on the limitation period if in the light of collectable evidence and civil rules regulating limitation periods the claim had not yet expired. The role of the court in a civil procedure is to control the accuracy of findings of the Insurance Fund made in the course of its earlier actions.

Keywords: Insurance Guarantee Fund, liability for damages, limitation of claims, the damage caused by an unknown, the Supreme Court, the Polish Insurance Ombudsman.

Tomasz Młynarski, radca prawny, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.

Mateusz Kościelniak

Wpis postanowienia umowy do rejestru klauzul abuzywnych – prawomocność orzeczenia

Niniejsze opracowanie ma na celu ukazanie wątpliwości, które dotyczą prawomocności wpisu danego postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych. Zarówno doktryna prawnicza, jak i orzecznictwo Sądu Najwyższego nie wypracowały jednolitych standardów oraz nie określiły jednoznacznie skutków wpisu postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych. Jedno stanowisko zakłada, iż wpis do rejestru klauzul niedozwolonych rodzi skutek w postaci prawomocności rozszerzonej takiego wyroku i dotyczy również osób trzecich, niebiorących udziału w postępowaniu przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Istnieje jednak stanowisko odmienne, które wskazuje, że wpis danego postanowienia nie wyklucza możliwości wytoczenia wobec innego przedsiębiorcy ponownego powództwa o uznanie takiej klauzuli za niedozwoloną. Konieczne w tym zakresie są kompleksowe rozwiązania systemowe, które zwiększą przejrzystość rejestru klauzul abuzywnych oraz ułatwią pracę sądów.

W artykule opisano również pozostałe skutki (procesowe oraz publicznoprawne) wpisu danego postanowienia do rejestru. Wykorzystanie przez danego przedsiębiorcę w obrocie z konsumentami postanowienia tożsamego z wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych (lub podobnego do niego) stanowi w świetle ustawy o ochronie konkurencji konsumentów praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Stosowanie przez przedsiębiorców takich praktyk usankcjonowane jest karą pieniężną.

Słowa kluczowe: klauzule abuzywne, konsumenci, wzorce umów, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, rejestr klauzul niedozwolonych.

Wstęp

Rejestr klauzul niedozwolonych jest instrumentem, którego głównym zadaniem jest gromadzenie, porządkowanie oraz ujawnianie postanowień umownych uznanych w drodze postępowania przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: SOKiK) za niedozwolone. Rejestr klauzul niedozwolonych prowadzony jest przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Rejestr jest jawny, dostępny na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: UOKiK), a żaden przedsiębiorca nie może zasłaniać się nieznajomością

danych zawartych w rejestrze¹. Zgodnie z treścią art. 479⁴⁵ k.p.c.² odpis prawomocnego wyroku uwzględniającego powództwo sąd przesyła Prezesowi UOKiK.

W celu wpisania danego postanowienia umowy do rejestru klauzul niedozwolonych konieczne jest przeprowadzenie postępowania w sprawie o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolony – w szczególnym trybie określonym w przepisach kodeksu postępowania cywilnego. Wydane w danej sprawie prawomocne orzeczenie SOKiK uznające postanowienie umowy za niedozwolone wpisywane jest następnie do rejestru klauzul niedozwolonych. Czynności te wchodzą w ramy modelu abstrakcyjnej kontroli wzorca umownego. Model ten został wprowadzony do polskiego porządku prawnego wskutek implementacji dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (dalej: dyrektywa)³.

W art. 3 dyrektywy zaznaczono wstępne granice kontroli abuzywności danego zapisu umownego. Przepis ten stanowi, że: „Warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, mogą być uznane za nieuczciwe, jeśli stoją w sprzeczności z wymogami dobrej wiary, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta”. Odzwierciedleniem powyższej normy w polskim porządku prawnym jest art. 385¹ k.c. Art. 7 dyrektywy nałożył natomiast na państwa członkowskie obowiązek stworzenia skutecznych środków, które mają na celu zapobiegnięcie stosowaniu nieuczciwych warunków w umowach z konsumentami. Implementacja dyrektywy została dokonana ustawą z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny⁴. Art. 19 tej ustawy wprowadził do działu IVa tytułu VII księgi pierwszej k.p.c. rozdział 3 zatytułowany: „Postępowanie w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone” (obecnie jest to dział IVb). Postępowanie to określone jest w przepisach art. 479³⁶–479⁴⁵ k.p.c. Warto również zwrócić uwagę, że cechą charakterystyczną takiego postępowania jest określenie szerokiego kręgu osób, które mogą wystąpić z powództwem o uznanie danej klauzuli za niedozwoloną. Legitymacja czynna do wytoczenia powództwa określona jest w przepisie art. 479³⁸ § 1 k.p.c. Norma ta określa, że powództwo o uznanie postanowienia za niedozwolone „może wytoczyć każdy, kto według oferty pozwanego mógłby zawrzeć z nim umowę zawierającą postanowienie, którego uznanie za niedozwolone żąda się pozwem. Powództwo może wytoczyć także organizacja pozarządowa, do której zadań statutowych należy ochrona interesów konsumentów, powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów oraz Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów”. W doktrynie uznano, iż powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone jest powództwem o ukształtowanie stosunku prawnego lub prawa. Wyrok uwzględniający powództwo ma charakter konstytutywny i działa *ex nunc*⁵.

W orzecznictwie sądowym oraz w piśmiennictwie powstał spór dotyczący charakteru prawomocności wyroku, na którego podstawie dochodzi do wpisu danego postanowienia umownego do rejestru klauzul niedozwolonych. Spór ten powstał na tle zagadnienia, czy wpis do rejestru klauzul niedozwolonych dotyczy tylko przedsiębiorcy, wobec którego toczyło się postępowanie o uznanie

¹ H. Ciepła et al., *Kodeks postępowania cywilnego*, t. 1, *Komentarz do artykułów 367–505*³⁷, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 144.

² Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).

³ Dz. Urz. WE L 95/29 z dnia 21 kwietnia 1993 r.

⁴ Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1225.

⁵ Por. M. Michalska, M. Wojewoda, *Kilka uwag o rozszerzonej mocy wiążącej wyroków uznających postanowienia wzorca umowy za niedozwolone*, „Radca Prawny” 2008, nr 4/5; M. Michalska, *Wyrokowanie w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone*, (w:) Ł. Błaszczak (red.), *Wokół problematyki orzeczeń*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2007, s. 48–50.

postanowienia wzorca za niedozwolony, czy też wszystkich przedsiębiorców. Konieczne jest zatem rozstrzygnięcie, czy wyrok uznający dane postanowienie umowne za niedozwolone korzysta z tzw. rozszerzonej prawomocności i jakie skutki rodzi to w sferze procesowej oraz publicznoprawnej.

Jednoznaczne rozstrzygnięcie powstałych wątpliwości jest również niezwykle istotne z punktu widzenia ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych oraz przejrzystości funkcjonowania relacji prawnych występujących na linii konsument–przedsiębiorca. W przypadku przyjęcia stanowiska opowiadającego się za rozszerzoną prawomocnością (i tym samym rozszerzoną powagą rzeczy osądzonej) wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone ponowne powództwo o uznanie postanowienia za niedozwolone, skierowane przeciwko innemu przedsiębiorcy, podlegałoby odrzuceniu bądź oddaleniu. Przy przyjęciu założenia, że wyrok taki korzysta z prawomocności rozszerzonej, ułatwione jest również stosowanie normy art. 24 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów⁶. Przepis wyraźnie stanowi, że przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c. Istnieją jednak głosy odmienne, przyjmujące, iż wyrok zapadły przeciwko przedsiębiorcy (tj. uznający daną klauzulę za niedozwoloną) w postępowaniu określonym w art. 479³⁶ i nast. wiąże oraz obejmuje swoją prawomocnością wyłącznie strony postępowania przed SOKiK.

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie zatem dokonanie próby rozstrzygnięcia omawianego problemu oraz pewne usystematyzowanie zagadnienia. Omawiane kwestie mają bowiem niewątpliwie istotne znaczenie w praktyce prawniczej.

1. Prawomocność wpisu postanowienia do rejestru klauzul abuzywnych – stanowisko judykatury

W pierwszej kolejności należy zastanowić się, jaki skutek w sferze prawomocności powoduje wpis postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych. Omawiana problematyka rozważana była wielokrotnie przez sądy powszechne, Sąd Najwyższy oraz SOKiK. Kwerenda orzecznictwa pozwala wyróżnić dwa przeciwstawne stanowiska prawne. Pierwszy pogląd zakłada, iż powaga rzeczy osądzonej wyroku, na podstawie którego dokonano wpisu do rejestru klauzul abuzywnych, uniemożliwia ponowne wytoczenie powództwa w tym samym przedmiocie przez osobę, która uprzednio nie brała udziału w postępowaniu o uznanie tej klauzuli za niedozwoloną. Tym samym wytoczone powództwo podlegałoby odrzuceniu przez sąd. Drugie stanowisko zakłada natomiast przeciwnie, że takie powództwo powinno zostać uwzględnione i nie występuje tutaj rozszerzenie prawomocności oraz powagi rzeczy osądzonej na osoby trzecie. U podstaw tego poglądu leży założenie, że wyrok, na mocy którego doszło do wpisu postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych, dotyczy wyłącznie podmiotu, przeciwko któremu toczyło się postępowanie⁷.

Warto zatem zwrócić uwagę na argumentację zawartą w orzeczeniach, które wyrażają poparcie dla pierwszego z wyżej przedstawionych stanowisk. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2003 r.⁸, wydana na skutek przedstawienia przez Sąd Apelacyjny w Warszawie zagadnienia prawnego, dać może asumpt do rozważań dotyczących omawianej problematyki. W tezie omawianej uchwały stwierdzono, że: „Powaga rzeczy osądzonej wyroku uznającego postanowienie

⁶ Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.

⁷ Szerzej por. K. Flaga-Gieruszyńska, (w:) A. Zieliński (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 830–832.

⁸ III CZP 95/03, LEX nr 82118.

wzorca umowy za niedozwolone wyłącza – od chwili wpisania tego postanowienia do rejestru (art. 479⁴³ w zw. z art. 365 i 479⁴⁵ k.p.c.) – ponowne wytoczenie powództwa w tym przedmiocie, także przez osobę nie biorącą udziału w sprawie, w której wydano wyrok”. W uzasadnieniu judykatu Sąd przedstawił szereg argumentów przemawiających za przyjęciem rozszerzonej prawomocności wyroków wydanych przez SOKiK uznających dane postanowienia za niedozwolone. W pierwszym rzędzie wskazano, że nie tylko przepis art. 479⁴³ k.p.c. przewiduje skuteczność wyroku również w stosunku do osób trzecich. Sąd stwierdził, że stosowanie norm art. 435 § 1, art. 458 § 1 k.p.c., art. 254 § 1 i 4 oraz art. 427 § 1 i 2 k.s.h. spowodowało konieczność określenia istoty rozszerzonej prawomocności oraz zestawienia prawomocności rozszerzonej z pojęciem powagi rzeczy osądzonej. W swoich rozważaniach Sąd Najwyższy oparł się na zasadzie wyrażonej w art. 365 § 1 k.p.c. W przepisie tym wskazano, że: „Orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby”. Lektura cytowanego przepisu pozwala stwierdzić zatem, że zgodnie z zasadą prawomocne orzeczenie wiąże strony i sąd, który je wydał, oraz inne sądy, organy państwowe i organy administracji publicznej. Wyjątkiem od tej zasady są sytuacje, w których przepis szczególny stanowi, że prawomocny wyrok wiąże również osoby trzecie. Wykładnia omawianego przepisu pozostawia zatem wątpliwość, co oznacza sformułowanie, iż wyrok „wiąże” osoby trzecie. Powstaje pytanie, czy związanie osób trzecich prawomocnym wyrokiem sprawia również, że stan powagi rzeczy osądzonej rozciąga się na te osoby. W omawianym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że związanie wyrokiem osób trzecich powoduje, iż stan powagi rzeczy sądzonej rozciąga się również na osoby trzecie. Sąd Najwyższy uznał, że ponowne wytoczenie powództwa (przez osobę, która nie brała udziału w postępowaniu przed SOKiK w sprawie o uznanie klauzuli za niedozwoloną) w trybie indywidualnej kontroli wzorca powinno podlegać odrzuceniu na mocy art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c. Przepis ten pozwala sądowi odrzucić pozew w sytuacji, gdy sprawa o to samo roszczenie pomiędzy tymi samymi stronami jest w toku albo została już prawomocnie osądzona.

Za powyższym poglądem w ocenie Sądu przemawiały również argumenty funkcjonalne oraz celowościowe. Wskazano, iż przyjęcie prawomocności rozszerzonej wyroku SOKiK uznającego daną klauzulę za abuzywną oraz uznanie, że wyrok taki stanowi *res iudicata* wobec osób trzecich, w pełni oddaje charakter oraz publiczny cel postępowania w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Przyjęcie prawomocności rozszerzonej pozwoli również uniknąć sytuacji, kiedy to prowadzonych będzie wiele postępowań, które zakończą się identycznym rozstrzygnięciem.

Warto również zwrócić uwagę na orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 lipca 2013 r.⁹ W tezie orzeczenia Sąd wskazał, że powaga rzeczy osądzonej wyroku uznającego postanowienie wzorca umowy za niedozwolone wyłącza – od chwili wpisania tego postanowienia do rejestru – ponowne wytoczenie powództwa w tym przedmiocie, także przez osobę niebiorącą udziału w sprawie, w której wydano wyrok. Orzeczenie zapadło na skutek apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W pierwszej instancji SOKiK oddalił powództwo w części dotyczącej żądania uznania postanowienia za niedozwolone. Pozwany natomiast wnosił o odrzucenie pozwu w tej części na podstawie art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c., bowiem podniósł, iż postanowienie tożsame zostało wpisane uprzednio do rejestru klauzul niedozwolonych pod numerem 2751. Również Sąd w toku postępowania z urzędu ustalił, iż postanowienie będące przedmiotem żądania uznania postanowienia za niedozwolone zostało uprzednio wpisane do

⁹ VI ACa 1497/12, LEX nr 1362973.

rejestr pod numerem 2751. W tej sytuacji Sąd uznał, iż okoliczność wpisania klauzuli stosowanej przez pozwanego do rejestru klauzul niedozwolonych – w związku z rozszerzoną prawomocnością wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone – ma wpływ na treść rozstrzygnięcia w przedmiocie teje klauzuli. Sąd pierwszej instancji wskazał również, że rejestr klauzul niedozwolonych jest wiążącym źródłem informacji, jakich postanowień przedsiębiorca nie może stosować w swoim wzorcu. Jednocześnie rejestr ten daje konsumentowi możliwość pozyskania wiedzy na temat, które klauzule są uznawane za niedozwolone i czy wobec konkretnego przedsiębiorcy orzeczono zakaz ich stosowania. Zawarcie umowy z konsumentem w oparciu o wzorec umowy zawierający klauzulę wpisaną do rejestru prowadzi do bezwzględnej nieważności czynności prawnej na podstawie art. 58 k.c. Zbędne jest zatem wytaczanie kolejnych powództw zmierzających do stwierdzenia abuzywności klauzuli stosowanej przez danego przedsiębiorcę, która została już wpisana do rejestru klauzul niedozwolonych. W tej sytuacji Sąd uznał, iż powództwo w zakresie klauzuli objętej żądaniem pozwu o treści: „Mimo dołożenia wszelkich starań nie gwarantujemy, że publikowane dane techniczne nie zawierają uchybień lub błędów, które nie mogą jednak być podstawą do roszczeń” podlega oddaleniu, gdyż klauzula ta została już uznana za niedozwoloną prawomocnym wyrokiem sądu, w sprawie wniesionej przez inną stronę powodową, i wpisanie tego postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych spowodowało skutek w postaci zakazu posługiwania się tym postanowieniem w obrocie prawnym przez pozwanego przedsiębiorcę, jak również przez innych przedsiębiorców.

Powód złożył apelację od tego wyroku i zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo. Sąd Apelacyjny, rozpatrując apelację, przedstawił, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego brak jest jednolitego stanowiska w przedmiocie prawomocności rozszerzonej wyroków, na podstawie których dokonywane są wpisy określonych klauzul abuzywnych do rejestru klauzul niedozwolonych. Sąd Apelacyjny w swoich rozważaniach podzielił jednak stanowisko przedstawione we wskazanym już uprzednio wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2003 r. Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wskazał, że za niezasadne należy uznać stanowisko, jakoby wyrok wydany w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone eliminował niedozwolone postanowienia tylko z konkretnego wzorca. Dalej stwierdzono, że wyrok SOKiK uznający konkretne postanowienia wzorca umowy za abuzywne wyłącza je z wszelkich wzorców umów – niezależnie od przedsiębiorcy posługującego się tym wzorcem. Natomiast inną kwestią jest indywidualne uzgodnienie z konsumentem takiego postanowienia i wprowadzenie go do umowy. Sąd wskazał, że kwestia zmiany okoliczności sprawy (czy też innych okoliczności sprawy) nie stoi na przeszkodzie odmowie odrzucenia pozwu w przypadku, gdy uznaje się, że rozszerzona moc wiążąca wyroku SOKiK pokrywa się z zakresem powagi rzeczy osądzonej. Ponadto Sąd zaznaczył, że klauzula wskazana w rejestrze pod numerem 2751 była klauzulą używaną właśnie przez pozwanego, a pozwany mimo zakazu nadal ją stosuje w obrocie z konsumentami. Sąd wskazał, iż nie ma potrzeby zabrania mu po raz kolejny tego procederu, powinien on bowiem zastosować się do zakazu wyływającego z poprzedniego wyroku. Z tych względów sąd drugiej instancji stwierdził, iż wyrok SOKiK w zaskarżonej części podlega uchyleniu, a postępowanie w tym zakresie należało umorzyć.

Również w orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 listopada 2005 r.¹⁰ wskazano, że postępowanie w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone ma na celu abstrakcyjną kontrolę wzorca umowy, która dokonywana jest w oderwaniu od konkretnej umowy, zaś wyrok uwzględniający powództwo przez uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone i zakazanie ich stosowania ma – zgodnie z art. 479⁴³ k.p.c. – od chwili wpisania

¹⁰ VI ACa 473/05, LEX nr 183981.

do odpowiedniego rejestru skutek także wobec osób trzecich. Rozszerzona prawomocność materialna takich wyroków stanowi przeszkodę procesową dla ponownego rozpoznawania sprawy dotyczącej uznania za niedozwolone postanowień wzorców umowy, które zostały wcześniej uznane za niedozwolone prawomocnymi wyrokami wpisanymi do rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK na podstawie art. 479⁴⁵ k.p.c. Wpisanie do rejestru wzorca umowy uznanego za niedozwolony wyłącza ponowne wytoczenie powództwa w tym przedmiocie, także przez osobę niebiorącą udziału w sprawie, w której wyrok wydano.

W orzecznictwie sądowym ukształtowało się także stanowisko przeciwne – zakładające, iż wyrok, na mocy którego wpisywane są określone postanowienia do rejestru klauzul abuzywnych, wiąże wyłącznie strony tego postępowania. Stanowisko takie zostało m.in. wyrażone w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2008 r.¹¹ W tezie uchwały wyraźnie zaznaczono, że: „Rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479⁴³ w zw. art. 365 k.p.c.) nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa przez tego samego lub innego powoda – w tym także przez organizację społeczną działającą na rzecz ochrony interesów konsumentów – przeciwko innemu przedsiębiorcy, niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, stosującemu takie same lub podobne postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c.” Warto zwrócić uwagę, że w omawianej sprawie sąd pierwszej instancji odrzucił pozew, powołując na przepis art. 199 § 1 pkt 2 w zw. z art. 366 i 479⁴³ k.p.c. Sąd Okręgowy w wydanym postanowieniu uznał, że rozszerzona skuteczność wyroku, na mocy którego wpisano sporne postanowienie do rejestru klauzul niedozwolonych, działa *erga omnes* – obejmując zarówno konsumentów występujących po stronie powodowej, jak i przedsiębiorców występujących po stronie pozwanej, choćby nie brali oni udziału w poprzednim postępowaniu. Wskazano również, że rozszerzona prawomocność nie tylko dotyczy tego wzorca, co do którego zapadł wyrok, ale także postanowień każdego innego wzorca umowy, które są identyczne z wpisanym uprzednio do rejestru klauzul niedozwolonych lub podobne do niego. Sąd pierwszej instancji wskazał też, że rozszerzona skuteczność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone wywołuje również skutki procesowe w postaci powagi rzeczy osądzonej, określonej w art. 366 k.p.c. Na postanowienie to strona powodowa złożyła zażalenie. Przy rozpatrywaniu tego zażalenia Sąd Apelacyjny w Warszawie powziął poważne wątpliwości prawne i przedstawił Sądowi Najwyższemu zagadnienie prawne do rozpatrzenia.

Sąd Najwyższy dokonał analizy przedmiotowej problematyki i wskazał, że rozszerzona prawomocność wpisu do rejestru klauzul niedozwolonych powinna dotyczyć sytuacji, gdy powód wytacza powództwo o uznanie za niedozwolone tego samego postanowienia przeciwko temu samemu przedsiębiorcy, co do którego wpisano uprzednio postanowienie do rejestru klauzul abuzywnych. W takiej sytuacji, zdaniem Sądu, zasadne byłoby odrzucenie pozwu. Wskazano, że przyjęcie takiego zapatrywania uwzględni potrzebę szerokiej ochrony konsumentów, wypełnia cele, o jakich mowa w dyrektywie, oraz eliminuje potrzebę prowadzenia procesu wtedy, gdy w postępowaniu przeciw temu samemu przedsiębiorcy to samo postanowienie wzorca zostało już prawomocnie uznane za niedozwolone i zostało wpisane do stosownego rejestru. Jednakże zdaniem Sądu rozszerzenie mocy wiążącej wyroku nie powinno obejmować innych przedsiębiorców, którzy potencjalnie mogą występować po stronie pozwanego. A zatem zgodnie z punktem widzenia zaprezentowanym przez Sąd Najwyższy powództwo o uznanie za niedozwolone postanowienia tożsamego z wpisanym uprzednio do rejestru przeciwko innemu przedsiębiorcy

¹¹ III CZP 80/08, LEX nr 458124.

(przeciwko któremu nie toczyło się uprzednio postępowanie) powinno zostać uwzględnione i rozpatrzone przez sąd. W uzasadnieniu wskazano dalej, że sąd, dokonując kontroli wzorca, nie czyni tego *in abstracto*, ale odnosi się do konkretnego postanowienia konkretnego wzorca, uwzględniając przy tym pozostałe postanowienia tego wzorca (art. 385² i 385³ k.c.). W ocenie Sądu Najwyższego należy wykluczyć uznanie, iż moc wiążąca wyroku i powaga rzeczy osądzonej mogą rozciągać się na podobne lub nawet takie same postanowienia stosowane przez innego przedsiębiorcę w innym wzorcu. Abstrakcyjna kontrola wzorca nie może prowadzić do generalnego wyłączenia danej klauzuli z obrotu, rzeczą bowiem sądu jest rozstrzyganie w konkretnej sprawie, dotyczącej określonego postanowienia konkretnego wzorca. Wydany w takiej sprawie wyrok dotyczy zatem postanowienia określonego wzorca, a nie postanowienia w ogóle. Uzasadniając swoje stanowisko, Sąd przywołał również normę art. 385² k.c., która przy ocenie zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami nakazuje uwzględniać okoliczności zawarcia umowy oraz inne umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. Wskazano, że podstawa faktyczna rozstrzygnięcia w danej sprawie może być inna nawet wówczas, gdy ocenia się to samo postanowienie tego samego wzorca umownego, lecz stosowane przez innego przedsiębiorcę. Co ciekawe, w uzasadnieniu orzeczenia Sąd zaznaczył również, że uznanie, jakoby rozszerzona prawomocność materialna wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone wyłączała – wobec powagi rzeczy osądzonej – możliwość wytoczenia powództwa przeciw innemu przedsiębiorcy stosującemu takie samo lub podobne postanowienie umowne, a niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, budzi poważne wątpliwości i stanowi ograniczenie prawa do obrony i wysłuchania, a tym samym realizacji prawa do sądu określonego w art. 45 Konstytucji.

Podobne stanowisko znaleźć można w wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 sierpnia 2005 r.¹² Przedmiotowy wyrok zapadł na skutek odwołania od decyzji Prezesa UOKiK, w której to uznano, iż powód posługuje się w umowie kredytowej zapisem tożsamym z postanowieniem uznanym za abuzywny i wpisanym do rejestru klauzul niedozwolonych na mocy wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 31 stycznia 2003 r.¹³ Prezes UOKiK w uzasadnieniu przedmiotowej decyzji uznał, że art. 479⁴³ k.p.c. rozszerza prawomocność wyroku wydanego w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy na osoby trzecie, a skutek tzw. prawomocności rozszerzonej następuje z chwilą wpisania niedozwolonej klauzuli do rejestru. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił stanowiska Prezesa UOKiK i stwierdził, że nie można uznać, jakoby stosowanie klauzuli umownej wpisanej do rejestru klauzul niedozwolonych na podstawie wyroku zapadłego przeciwko jednemu podmiotowi miało być zakazane innym podmiotom. W ocenie Sądu wyroki takie zakazują stosowania określonych postanowień wzorca wyłącznie konkretnemu podmiotowi. Ponadto wskazano, że stwierdzenie abuzywności określonego postanowienia następuje w kontekście zbadania treści całego wzorca. A zatem przy ocenie abuzywności klauzuli należy brać pod uwagę całość wzorca, a w szczególności takie kwestie, jak brak analogicznego zapisu na korzyść konsumenta i niewspółmierność świadczenia konsumenta. W uzasadnieniu judykatu stwierdzono również, że przyjęcie poglądu Prezesa UOKiK podważałoby w istocie cel oraz funkcję kontroli abstrakcyjnej wzorca umownego. Wskazano też, że skutkiem wyroków SOKiK, na mocy których określone postanowienia wpisywane są do rejestru klauzul niedozwolonych, nie może być wyeliminowanie danych klauzul z obrotu prawnego, lecz wyłącznie usunięcie ich z konkretnego wzorca. Sąd uznał, że badanie abuzywności

¹² XVII Ama 21/05, LEX nr 166196.

¹³ XVII Amc 31/02.

nie może następować mechanicznie, w oderwaniu od innych zapisów, które stosowane są zgodnie z dobrymi obyczajami oraz nie naruszają interesu konsumenta. Przykładowo, zdaniem Sądu, symetryczne zapisy działające na korzyść konsumenta to takie, które przewidują możliwość zapłaty niskiego odstępnego bądź niskiej kary umownej.

Jak zatem wynika z powyższej kwerendy, zarówno Sąd Najwyższy, jak i sądy powszechne nie prezentują jednolitego stanowiska w przedmiocie prawomocności wyroków SOKiK, na mocy których dochodzi do wpisania postanowień wzorca umownego do rejestru klauzul niedozwolonych. Część orzeczeń sądowych aprobuje możliwość wytoczenia ponownego powództwa o uznanie postanowienia za niedozwolone przez osobę, która nie brała udziału w postępowaniu w sprawie o uznanie postanowień wzorca za niedozwolone. Zwolennicy takiego poglądu wskazują, iż wyroki SOKiK zakazują stosowania postanowień wyłącznie konkretnemu podmiotowi wskazanemu w orzeczeniu. Podnosi się również, że określenie abuzywności oraz kontrola treści postanowienia powinny uwzględniać całość wzorca umownego. Abstrakcyjna kontrola winna mieć na celu – w ocenie zwolenników tego poglądu – wyeliminowanie postanowienia z konkretnego wzorca, a nie usunięcie postanowienia z obrotu w ogóle. Podobne stanowisko prezentuje M. Jagielska¹⁴. Autorka wskazuje, że art. 479⁴³ k.p.c. nie obejmuje swoim zakresem innych przedsiębiorców oraz innych postanowień, podobnych do tych, które wpisano do rejestru. W jej ocenie przedmiotem kontroli jest bowiem postanowienie konkretnego wzorca, stosowanego przez danego przedsiębiorcę. Uznanie danego postanowienia za niedozwolone nie daje możliwości dokonywania ocen klauzul zawartych w innych wzorcach.

Z drugiej strony zwolennicy przeciwnego poglądu wskazują, że art. 479⁴³ k.p.c. powoduje, iż osoby trzecie niebiorące udziału w postępowaniu przed SOKiK nie mogą wystąpić z ponownym roszczeniem o uznanie za niedozwolone postanowienia, które uprzednio zostało wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych. Podnosi się również, że moc wiążąca wyroku SOKiK zostaje rozciągnięta nie na konkretny wzorzec podlegający badaniu, lecz na wszystkie wzorce umowne stosowane przez przedsiębiorców w kontaktach z konsumentami¹⁵. Słusznie wskazuje się bowiem w orzecznictwie, że bezcelowe jest ponowne badanie tego samego postanowienia umownego w sytuacji, gdy uprzednio prawomocnym wyrokiem zakazano stosowania go w obrocie konsumenckim. Zwolennicy poglądu rozszerzonej prawomocności (a co za tym idzie powagi rzeczy osądzonej wyroku SOKiK), określonej w art. 479⁴³ k.p.c., twierdzą, iż nadrzędnym celem abstrakcyjnej kontroli jest eliminacja postanowień niedozwolonych z każdego wzorca umownego stosowanego w relacjach prawnych z konsumentami.

Na aprobatę zasługuje stanowisko pośrednie prezentowane przez M. Bednarek¹⁶. Autorka wskazuje, iż rozszerzoną prawomocnością oraz powagą rzeczy osądzonej wyroku SOKiK, na podstawie którego dochodzi do wpisu do rejestru klauzul abuzywnych, są objęte wszystkie postanowienia o identycznym brzmieniu i bez znaczenia jest, czy klauzule takie pochodzą z innych wzorców tego samego przedsiębiorcy, czy też ze wzorców, którymi posługują się inni przedsiębiorcy. Natomiast z powagi rzeczy osądzonej oraz z rozszerzonej prawomocności nie korzystają już postanowienia wzorców umownych o zbliżonym (lecz nie tożsamym) brzmieniu. Zdaniem autorki w odniesieniu do takich klauzul powinno się przeprowadzić nowe postępowanie w celu stwierdzenia ich ewentualnie niedozwolonego charakteru.

¹⁴ Por. M. Jagielska, *Głosa do postanowienia SN z dnia 13 lipca 2006 r., III SZP 3/06*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2007, nr 5, s. 44–47.

¹⁵ M. Michalska, M. Wojewoda, *op. cit.*, s. 13.

¹⁶ Por. M. Bednarek, *Wzorce umów w prawie polskim*, C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 224.

2. Powaga rzeczy osądzonej a rozszerzona prawomocność wyroku

W celu dalszego przybliżenia oraz lepszego zrozumienia analizowanego zagadnienia należy rozważyć, czy rozszerzona prawomocność wyroku korzysta z powagi rzeczy osądzonej określonej w art. 366 k.p.c. W przytoczonych uprzednio orzeczeniach sądy rozważały omawianą problematykę. Rozstrzygnięcie zakresu tych pojęć determinować będzie decyzję procesową, którą powinien podjąć sąd w przypadku wytoczenia przez inny podmiot powództwa o uznanie postanowienia za niedozwolone w sytuacji, gdy postanowienie to zostało uprzednio wpisane do rejestru postanowień abuzywnych.

Warto zwrócić uwagę, iż znaczna część doktryny prawniczej wskazuje, że rozszerzona moc wiążąca prawomocnego wyroku oraz konstrukcja powagi rzeczy osądzonej stanowią dwie niezależne od siebie, odrębne instytucje¹⁷. Zwolennicy tego poglądu podnoszą, że odmienne są zarówno przedmiot, jak i granice tych pojęć. Rozszerzona moc wiążąca powoduje skutek, że osoby, na które rozciąga się moc wiążąca, powinny automatycznie przyjąć, iż dana kwestia będąca przedmiotem postępowania przed SOKiK (tj. uznanie określonej klauzuli za abuzywną) kształtuje się tak, jak została przedstawiona w prawomocnym wyroku objętym rozszerzoną prawomocnością. Zagadnienie prawomocnie rozstrzygnięte musiałoby być przyjęte jako pewnik dla osób trzecich, nie mogłoby więc podlegać ponownemu rozpatrzeniu przez sąd.

Powaga rzeczy osądzonej skutkuje tym, że pomiędzy stronami danego postępowania sąd ustalił już istnienie bądź nieistnienie określonej, indywidualnej normy prawnej (np. ustalił istnienie stosunku prawnego bądź obowiązku zapłaty na rzecz powoda świadczenia wynikającego z nie-należytego wykonania zobowiązania)¹⁸. Istnieje jednak zapatrywanie odrębne, zgodnie z którym rozszerzona prawomocność wyroku uznającego daną klauzulę za niedozwoloną powoduje również rozszerzoną powagę rzeczy osądzonej¹⁹.

Warto w tym miejscu wskazać, iż literalne brzmienie przepisu art. 366 k.p.c. stanowi, że wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Jak podniesiono w uzasadnieniu przywoływanej uchwały Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2003 r., nie ma podstaw do stwierdzenia, że wyroki wyposażone w rozszerzoną moc wiążącą, która *ex definitione* dotyczy osób trzecich, korzystają jednocześnie z rozszerzonej powagi rzeczy osądzonej. Jak wskazano w orzeczeniu, przyjmuje się wprawdzie, że pojęcie strony użyte w treści art. 366 k.p.c. obejmuje swoim zakresem nie tylko powoda i pozwanego wymienionych w wyroku, ale również ich następców prawnych, brak jest jednak podstaw, by w jakimkolwiek innym przypadku mówić o objęciu osób trzecich rozszerzoną prawomocnością.

Gdyby jednak przyjąć założenie, że rozszerzona prawomocność wyroku SOKiK uznającego daną klauzulę za niedozwoloną oraz wpis na tej podstawie do rejestru klauzul abuzywnych korzystają z rozszerzonej powagi rzeczy osądzonej, to sąd, rozstrzygając każdorazowo kolejne powództwo (wytoczone przez podmiot niebiorący uprzednio udziału w postępowaniu przed SOKiK), miałby ewentualną podstawę do jego odrzucenia na podstawie art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c.

¹⁷ Por. W. Miszewski, *Proces cywilny w zarysie*, Księgarnia Wydawnictw Prawniczych, Warszawa 1946, cz. 1, s. 210–211; M. Michalska, M. Wojewoda, *op. cit.*, s. 10; W. Broniewicz, *Prawomocność orzeczeń w postępowaniu cywilnym*, „Studia Iuridica” 1976, s. 80; M. Sychowicz, *Z problematyki prawomocności orzeczeń w procesie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 1996, nr 11–12, s. 53.

¹⁸ Por. M. Michalska, M. Wojewoda, *op. cit.*, s. 11; a także: W. Broniewicz, *Prawomocność...*, *op. cit.*, s. 76, W. Broniewicz, *Postępowanie cywilne w zarysie*, LexisNexis, Warszawa 2005, s. 244.

¹⁹ Por. M. Bednarek, *op. cit.*, s. 220.

Należy jednak mieć na uwadze, że odrzucenie pozwu nie jest merytorycznym rozstrzygnięciem sporu. Odrzucenie pozwu oznacza odmowę udzielenia sądowej ochrony prawnej zawartemu w pozwie roszczeniu powoda, bez zajęcia merytorycznego stanowiska co do zasadności (bezzasadności) tego roszczenia w świetle norm prawa materialnego. Sąd, odrzucając pozew, stwierdza, że merytoryczne rozpoznawanie sprawy jest niedopuszczalne wyłącznie z przyczyn formalnych, tj. z braku określonych w normach przesłanek procesowych²⁰. W takiej sytuacji powstaje również wątpliwość co do tożsamości podmiotowej stron. Przepis art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c. umożliwia bowiem odrzucenie pozwu w przypadku, gdy sprawa o to samo roszczenie pomiędzy tymi samymi stronami jest w toku albo została już prawomocnie osądzona. Należy pamiętać, że ewentualne powództwa wytaczane byłyby przez inny podmiot niż ten, który uczestniczył w postępowaniu o uznanie klauzuli za abuzywną w trybie kontroli abstrakcyjnej.

Właściwsze wydaje się jednak w takiej sytuacji rozstrzygnięcie sądu polegające na oddaleniu powództwa z uwagi na brak pozytywnej przesłanki, tj. brak interesu prawnego w uzyskaniu wyroku o żądanej treści (art. 189 k.p.c.)²¹. Nie powinno budzić większych wątpliwości, iż powództwo o uznanie postanowienia wzorca za niedozwolone ma charakter powództwa o ukształtowanie stosunku prawnego. Można zatem przyjąć, że w sytuacji, gdy dana klauzula została w odrębnym postępowaniu uznana za abuzywną, to dany stan prawny został już ukształtowany, a kolejne procesy stają się bezprzedmiotowe²².

Należałoby rozważyć też przykładową sytuację procesową, w której to dochodzi do incydentalnej kontroli wzorca, np. powód żąda zapłaty określonego świadczenia w oparciu o zapis tożsamy bądź podobny do tego, który został uznany za niedozwolony. Przykładowo, powód wnosi o zasądzenie kwoty podatku VAT, która to została potrącona z należnego mu świadczenia wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia autocasco. W rejestrze klauzul niedozwolonych pod numerami 1265, 2001 oraz 2012 wpisano postanowienia ubezpieczycieli: Uniąq, Compensa i Concordia. Postanowienia te – stosowane oczywiście w umowach z konsumentami – upoważniały ubezpieczyciela do obniżenia świadczenia odszkodowawczego o kwotę należnego podatku VAT. Powód żąda kwoty tytułem potrąconego podatku VAT od ubezpieczyciela, który również posługuje się kwestionowanym postanowieniem, jednakże nigdy nie brał udziału w postępowaniu przed SOKiK o uznanie danego postanowienia za abuzywne. Powstaje zatem pytanie, czy sąd rozpatrujący przedmiotowy spór powinien dokonać ponownego badania spornej klauzuli i dopiero w momencie, gdy uzna, że postanowienie to jest niedozwolone, zasądzić świadczenie. Czy też należałoby przyjąć, iż skoro postanowienie podobne bądź tożsame znalazło się w rejestrze klauzul niedozwolonych, to sąd rozpatrujący kolejne powództwo zwolniony jest od merytorycznego zbadania samej treści postanowienia?

M. Michalska oraz M. Wojewoda wskazują, że w sytuacji, gdy dana klauzula została uznana za niedozwoloną, nie może wywołać ona skutków prawnych, a sąd jest zwolniony od jej merytorycznej oceny – bowiem klauzula ta jest bezwzględnie nieważna w świetle art. 58 § 3 k.c.²³ Powstaje jednak wątpliwość, czy taki pogląd można przyjąć wyłącznie w odniesieniu do tej samej klauzuli abuzywnej (tzn. powództwo dotyczy klauzuli wpisanej do rejestru), czy również do klauzuli podobnej bądź tożsamej z tą, która została uprzednio wpisana rejestru.

²⁰ Por. P. Telenga, *Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego*, LEX.

²¹ Por. M. Michalska, M. Wojewoda, *op. cit.*, s. 12; a także W. Broniewicz, *Postępowanie...*, *op. cit.*, s. 219.

²² Por. M. Michalska, *Glosa do uchwały SN z 19 grudnia 2003 r., III CZP 95/03*, „Przegląd Sądowy” 2008, nr 4.

²³ Por. M. Michalska, M. Wojewoda, *op. cit.*, s. 12; podobnie również wskazano w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2006 r., III SZP 3/06, gdzie zaznaczono, że posługiwanie się klauzulą wpisaną do rejestru klauzul abuzywnych korzysta z rygoru sankcji z art. 58 k.c.

3. Skutki posługiwania się przez przedsiębiorcę klauzulą wpisaną do rejestru postanowień abuzywnych

Jak już wyżej wspomniano, w doktrynie prawniczej istnieją wątpliwości w kwestii, jaki skutek w obszarze stosunków cywilnoprawnych wywiera wpisanie postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych.

Z jednej strony spotkać się można z poglądem, iż wpisanie postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych powoduje skutek w postaci nieważności postanowień tożsamych z wpisanym do rejestru. Nieco odmienne stanowisko zakłada jednak, że wpisanie określonej klauzuli do rejestru powoduje sankcje bezskuteczności względem postanowień tożsamych. Oznaczałoby to, że gdyby przedsiębiorca nadal używał postanowień uznanych za abuzywne, to narażałby się na sankcję bezskuteczności, a w miejsce niedozwolonych postanowień wchodziłyby odpowiednie przepisy dyspozytywne²⁴.

Warto również zwrócić uwagę, jaki skutek w sferze publicznoprawnej wywiera posługiwanie się przez przedsiębiorcę postanowieniem, które zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Można w tym zakresie wyróżnić dwie regulacje prawne, które przewidują stosowne sankcje publicznoprawne: art. 24 wzmiankowanej ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz art. 138b kodeksu wykroczeń (dalej: k.w.)²⁵. O ile pierwsza regulacja jest dosyć znana i często wykorzystywana w praktyce, to druga – ze względu na swoje marginalne znaczenie – stosowana jest niezwykle rzadko.

Nie budzi wątpliwości, iż zgodnie z treścią art. 24 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stosowanie postanowień wzorców umowy wpisanych do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c., stanowi praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Warto również zwrócić uwagę na tezę uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2006 r.²⁶, gdzie wskazano, że stosowanie postanowień wzorców umów o treści tożsamej z treścią postanowień uznanych za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisanych do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c., może być uznane w stosunku do innego przedsiębiorcy za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Jak wynika z treści tego orzeczenia, zakaz posługiwania się klauzulą niedozwoloną dotyczy również innych przedsiębiorców (niebiorących uprzednio udziału w postępowaniu przed SOKiK), wobec których może być zastosowane postępowanie w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. W przedmiotowym orzeczeniu Sąd wskazał, iż praktyk naruszających zbiorowe interesów konsumentów dopuścić się mogą:

- a) przedsiębiorca, na którego został nałożony zakaz stosowania danej klauzuli, nadal wykorzystujący ten zapis i łamiący w ten sposób nałożony na niego wyrokiem SOKiK obowiązek,
- b) przedsiębiorca, któremu zakazano stosowania określonej klauzuli i który dokonał zmian w jej treści – niemodyfikujących jednak samego znaczenia klauzuli oraz jej skutków dla konsumenta,
- c) przedsiębiorca, niebędący uprzednio stroną postępowania przed SOKiK, wykorzystujący w swym wzorcu umowy klauzulę figurującą w rejestrze prowadzonym przez Prezesa UOKiK,

²⁴ Por. M. Bednarek, *op. cit.*, s. 220; podobnie: M. Jagielska, *op. cit.*

²⁵ Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 482 z późn zm.).

²⁶ III SZP 3/06, OSNP 2007, nr 1–2, poz. 35.

d) przedsiębiorca niebiorący udziału w postępowaniu przed SOKiK, wykorzystujący klauzulę wywierającą te same skutki co klauzula zawarta w rejestrze, jednakże o odmiennej od niej treści²⁷.

Jak wynika z powyższego zestawienia, na gruncie stosowania przepisu art. 24 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz prowadzenia postępowania i nakładania sankcji przez Prezesa UOKiK określonych w przedmiotowej ustawie, przyjmuje się, iż prawomocność rozszerzona wpisu do rejestru klauzul niedozwolonych rozciąga się na podmioty niebiorące uprzednio udziału w postępowaniu o uznanie danej klauzuli za niedozwoloną, a także na postanowienia o podobnych treści i celu.

Zgodnie natomiast z treścią art. 138b k.w.: „Kto, będąc zobowiązany na mocy orzeczenia sądu do zaniechania wykorzystywania lub do odwołania zalecenia stosowania ogólnych warunków umów albo wzoru umowy, nie stosuje się do tego obowiązku, zawierając w umowie niedozwolone postanowienia umowne, podlega karze grzywny”. Jak wynika z treści art. 24 § 1 k.w., maksymalna grzywna za powyższe wykroczenie wynosić może 5000 zł. Powyższa sankcja ma jednak znikome znaczenie (w szczególności dla większych przedsiębiorców), a norma ta praktycznie jest martwa. W piśmiennictwie wskazuje się, iż art. 138b k.w. opisuje wykroczenie indywidualne, bowiem jego sprawcą może być jedynie osoba, na której ciąży określony obowiązek wynikający z orzeczenia sądu. W doktrynie zauważa się, że wykroczenie z art. 138b § 1 może być popełnione jedynie umyślnie. Jeżeli orzeczenie sądu dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą fizyczną, odpowiedzialność przewidzianą w art. 138b § 1 k.w. ponosi osoba kierująca przedsiębiorstwem lub osoba upoważniona do zawierania umów z konsumentami. A zatem również i w tym przypadku krąg podmiotów jest ograniczony do wskazanych osób będących pracownikami danego przedsiębiorstwa, którego orzeczenie dotyczy, a po ich stronie musi wystąpić umyślność²⁸.

Podsumowanie

Przywołane judykaty wskazują, że w orzecznictwie sądowym zarówno na poziomie Sądu Najwyższego, jak i sądów niższej instancji brak jednolitego stanowiska dotyczącego omawianej problematyki. Wydaje się więc, że ostatecznie rozstrzygnięcie zagadnienia powinno nastąpić bądź poprzez wydanie przez Sąd Najwyższy uchwały stanowiącej zasadę prawną (art. 61 § 6 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym²⁹), bądź poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian legislacyjnych, które wprowadziłyby normę określającą jednoznacznie, że skutek wynikający z przepisu art. 479⁴³ k.p.c. obejmuje rozszerzenie powagi rzeczy osądzonej wyroku uznającego określone postanowienie za niedozwolone na osoby trzecie.

Gdyby na podstawie właściwie zmienionych przepisów można było uznać, że wyrok SOKiK stanowi powagę rzeczy osądzonej względem osób trzecich, to sądy zwolnione byłyby od prowadzenia po raz kolejny postępowań o uznanie postanowień za niedozwolone oraz odrzucałyby powództwa zawierające żądanie uznania takiego postanowienia. Jednakże w obowiązującym stanie prawnym właściwsze byłoby oddalenie powództwa o uznanie klauzuli za niedozwoloną – oczywiście przy zbadaniu, czy dane postanowienie zostało wpisane do rejestru, a tym samym sporne zagadnienie zostało rozstrzygnięte. Kolejne powództwa z takim samym przedmiotem żądania byłyby w sposób oczywisty bezzasadne. W przypadku np. powództw o zasądzenie określonego świadczenia opartego na klauzuli niedozwolonej, sądy nie badałyby po raz kolejny

²⁷ Por. J. Moskala, *Glosa do uchwały SN z dnia 13 lipca 2006 r., III SZP 3/06*, LEX.

²⁸ Por. M. Mozgawa, *Komentarz do art. 138(b) kodeksu wykroczeń*, LEX.

²⁹ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 499.

abuzywności takiego zapisu, a samą zasadność bądź wysokość żądania. Warto skłonić się również do koncepcji pośredniej, która zakłada, że badanie abuzywności mogłoby nastąpić tylko wówczas, gdyby sąd powziął wątpliwości, czy zapis będący przedmiotem żądania uznania za niedozwolony jest tożsamy z zapisem uprzednio wpisanym do rejestru. Prowadzenie postępowania byłoby wówczas jak najbardziej zasadne, bowiem eliminowałoby powstałą niepewność i dawałoby przedsiębiorcy możliwość obrony swoich praw. Takie rozstrzygnięcie stanowiłoby pewien kompromis pomiędzy interesami konsumentów oraz przedsiębiorców.

Wydaje się więc, że w obowiązującym stanie prawnym przepis art. 479⁴³ k.p.c. najlepiej spełnia swoją pomocniczą rolę na gruncie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Na potrzeby uznania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów przyjmuje się – za wskazaną uprzednio uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2006 r. – że moc wiążąca wyroku SOKiK, na podstawie którego dochodzi do wpisu do rejestru klauzul abuzywnych, dotyczy zarówno innych przedsiębiorców, jak i postanowień tożsamych bądź podobnych.

Aktualnie – ze względu na powstałe wątpliwości – w rejestrze klauzul niedozwolonych brakuje przejrzystości oraz nie ma jednoznacznego skutku prawnego wpisu określonego postanowienia do tego rejestru. W celu usunięcia obecnego stanu niepewności prawnej konieczne będzie wprowadzenie odpowiednich zmian w celu uregulowania przedmiotowego zagadnienia.

Summary of the article

Entry of the contract provisions into the registry of abusive clauses – validity of the judgment

Aim of the following article is to present doubts related to the validity of the judgment concerning entry of a contract provision into the registry of abusive clauses. Both the legal doctrine and jurisdiction of the Polish Supreme Court did not construct a uniform standard nor explicitly identified the effects of the entry of the contract provision into the registry of abusive clauses. One position assumes that the entry in the register of abusive clauses results in an extended validity of such a judgment that also refers to third parties not participating in the proceedings before the Competition and Consumer Protection Court. However, other opinion is also presented which indicates that entry of contract provisions into the registry does not preclude the possibility of filing another complaint against a trader for recognition of the clause as abusive. Complete systemic solutions that will increase transparency of the register of abusive clauses and will also facilitate the work of the courts are therefore required in this field.

The article also describes other effects (related to litigation and public law) of entry of a contract provision into the registry. The use by a trader of provisions identical to the ones entered into the registry of abusive clauses (or similar to it) in consumer relations is under the provisions of the Polish Competition and Consumer Protection Act a practice violating collective consumer interests. The use of such practices by businesses is sanctioned by a fine.

Keywords: abusive clauses, consumers, contract terms and conditions, the Competition and Consumer Protection Office, the register of abusive clauses.

Mgr **Mateusz Kościelniak**, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Warszawie.

Marcin Banasik

Sądowa waloryzacja świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia zawartych z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej na przykładzie ubezpieczenia renty odroczonej

Świadczenie należne uposażonemu na podstawie umowy ubezpieczenia renty odroczonej w razie ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego, może podlegać waloryzacji sądowej przewidzianej w art. 358¹ § 3 k.c. Podstawowymi przesłankami zastosowania mechanizmu waloryzacyjnego, który jest odstępstwem do kodeksowej zasady nominalizmu oraz zasady pacta sunt servanda, są istotna zmiana siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania oraz rozważanie interesów stron zgonie z zasadami współżycia społecznego. Co warto zauważyć, nie ma obiektywnego schematu i zawsze stosowalnego wskaźnika waloryzacji i dlatego kryteria jej dokonywania zostały pozostawione uznaniu sędziowskiemu. Wydaje się, że na gruncie ubezpieczenia renty odroczonej i urealnienia wysokości należnego uposażonemu świadczenia, najbardziej właściwym kryterium waloryzacji jest odniesienie siły nabywczej pieniądza do średniego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej z okresu zawarcia umowy/uiszczenia składek przez ubezpieczonego do okresu spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela. Ryzyko utraty wartości waluty w czasie nie może obciążać w sposób wyłączny jednej tylko strony stosunku ubezpieczenia i powinno być sprawiedliwie rozłożone pomiędzy ubezpieczonego/uposażonego i ubezpieczyciela. Nie zmienia to jednak faktu, iż ubezpieczyciel, jako podmiot konstrukcyjnie powołany do ponoszenia ryzyka ubezpieczeniowego, powinien przyjmować to ryzyko w zakresie przekraczającym ½.

Słowa kluczowe: renta odroczonej, ubezpieczenie, składka, uposażony, waloryzacja.

Wstęp

Instytucja waloryzacji świadczeń pieniężnych swoją normatywną podstawę czerpie z art. 358¹ § 3 k.c.¹, zgodnie z którym: „W razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, sąd może po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasadami współżycia społecznego, zmienić wysokość lub sposób spełnienia świadczenia pieniężnego, chociażby były ustalone w orzeczeniu lub umowie”. Innymi słowy, waloryzacja ma zabezpieczać interesy stron stosunku zobowiązaniowego na wypadek zmiany wartości pieniądza w czasie. Jeżeli bowiem dojdzie do sytuacji, iż siła nabywcza waluty, w której strony umawiają się na spełnienie świadczenia, w mo-

¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 121).

mencie powstania zobowiązania jest istotnie wyższa aniżeli w chwili zrealizowania zobowiązania, to wówczas istnieje możliwość odpowiedniego urealnienia wysokości świadczenia przysługującemu uprawnionemu. Wymieniona instytucja waloryzacji, uregulowana w prawie cywilnym, stosowana jest w odniesieniu do zobowiązań prywatnoprawnych – w odróżnieniu od waloryzacji świadczeń o charakterze publicznoprawnym², jak np. renty i emerytura, która jest dokonywana w oparciu o sztywne czynniki, ustalane na podstawie przepisów ustawy³. I tak, waloryzacji na gruncie prawa cywilnego mogą podlegać wszelkiego rodzaju zobowiązania o charakterze pieniężnym, które zaistniały wskutek woli stron i względem których ziściło się ryzyko zmiany wartości waluty w czasie. Oczywiście, waloryzacja jest instytucją oddziaływającą na obydwie strony stosunku zobowiązaniowego, ponieważ zastosowanie jej może skutkować wyższym świadczeniem dla podmiotu uprawnionego (gdy siła nabywcza pieniądza na dzień spełnienia świadczenia istotnie spadła w stosunku do dnia powstania zobowiązania), ale może też skutkować niższą wysokością obowiązku świadczenia przez podmiot zobowiązany (gdy siła nabywcza pieniądza na dzień spełnienia świadczenia istotnie wzrosła w stosunku do dnia powstania zobowiązania). Opisany mechanizm chroni zatem strony stosunku zobowiązaniowego zarówno przed inflacją, jak i przed deflacją⁴.

Szczególnie interesującym przykładem urzeczywistnienia instytucji waloryzacji świadczenia jest praktyka polegająca na sądowej waloryzacji wysokości świadczeń przypadających uprawnionym z tzw. ubezpieczenia renty odroczonej (i renty natychmiast płatnej), czyli specjalnej umowy zawieranej w okresie PRL-u przez ubezpieczających z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń, będącym w tamtym okresie państwową jednostką organizacyjną⁵. Powszechność zawierania tego rodzaju polis ubezpieczeniowych, a co za tym idzie skutki społeczne wynikające z wysokości świadczeń wypłacanych obecnie przez następcę prawnego Państwowego Zakładu Ubezpieczeń,

² Czyli takich, gdzie zarówno świadczenie, jak i jego wysokość ukształtowane są przez organ administracji publicznej (w ujęciu funkcjonalnym) mocą aktu administracyjnego, przy wykorzystaniu sfery władztwa publicznego. Tego rodzaju uprawnienia (np. prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy) nie mogą być zakwalifikowane jako wynik działania prywatnoprawnego organu administracji publicznej, a przez to nie podlegają waloryzacji w myśl art. 358¹ § 3 k.c., ale waloryzacji przewidzianej w przepisach prawa publicznego. Nie zmienia to jednak faktu, że organy administracji publicznej, działające w sferze gospodarki rynkowej jako podmioty prywatne, również będą uprawnione do zrealizowania normy z art. 358¹ § 3 k.c. i odpowiedniego sądowego urealnienia wysokości zobowiązania zawiązanego z innym podmiotem na zasadach cywilnoprawnych.

³ Waloryzacja emerytur, rent i innych świadczeń oraz dodatków następuje obecnie na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 1440 z późn. zm.), przy zastosowaniu wskaźnika waloryzacji wynoszącego w tym roku 101,6% (komunikat Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 lutego 2014 r., M.P. z 2014 r., poz. 150). Zakład Ubezpieczeń Społecznych waloryzuje tego rodzaju świadczenia z urzędu, dlatego też nie jest konieczne zgłaszanie przez podmiot uprawniony jakiegokolwiek wniosku czy też składanie pozwu.

⁴ Jak trafnie zauważa A. Nerka, powołując się na uzasadnienie wyroku SN z dnia 23 listopada 1993 r. (III CRN 46/93, OSNC 1994, nr 4, poz. 93), „we współczesnych realiach ekonomicznych spotkamy się głównie ze zmianą polegającą na obniżce wartości nabywczej pieniądza, choć proces ten może być dość powolny. W zależności od jego charakteru podmiotem żądania zmiany wysokości lub sposobu spełnienia świadczenia może być wierzyciel lub dłużnik, zaś przedmiotem żądania może być podwyższenie bądź obniżenie wysokości świadczenia. Takie sformułowanie wskazuje, że omawiany mechanizm ma asekurować interes obu stron stosunku obligacyjnego przed jakąkolwiek zmianą siły nabywczej pieniądza – inflacją czy deflacją”. (A. Nerka, *Sądowa waloryzacja świadczeń z ubezpieczenia osobowego*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2009, nr 1–2, s. 71).

⁵ Do przekształcenia Państwowego Zakładu Ubezpieczeń w jednoosobową spółkę akcyjną Skarbu Państwa pod nazwą Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna doszło mocą rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 1991 r. w sprawie trybu i zasad przekształcenia Państwowego Zakładu Ubezpieczeń w spółkę akcyjną Skarbu Państwa oraz przejęcia przez tę spółkę zobowiązań z tytułu zawartych ubezpieczeń (Dz. U. z 1991 r., Nr 119, poz. 522).

sprawiają, że właściwie zastosowana instytucja waloryzacji wysokości należnego świadczenia stała się zjawiskiem o dużej doniosłości społecznej i w interesie społecznym leży, by sposób przeprowadzenia waloryzacji oraz wskaźniki, w oparciu o które jest realizowana, zapewniały z jednej strony racjonalny rozkład ryzyka zmian gospodarczych⁶, a z drugiej należytą ochronę słabszej strony stosunku ubezpieczeniowego.

1. Charakter ubezpieczenia renty odroczonej

Powszechną praktyką zabezpieczania interesów majątkowych osób najbliższych było zawieranie w latach 70. i 80. ubiegłego wieku przez obywateli (zazwyczaj rzemieślników i drobnych przedsiębiorców) umów ubezpieczenia renty odroczonej. Była to umowa ubezpieczenia zawierana z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń, na podstawie której ubezpieczony w zamian za wpłaconą sumę pieniężną otrzymywał po upływie okresu odroczenia świadczenie w postaci renty, zaś wskazana przez ubezpieczonego osoba, czyli uposażony, miała prawo do otrzymania jednorazowego świadczenia w wysokości równej wpłaconym przez ubezpieczonego składkom. Ubezpieczenie to przewidywało możliwość zamiany renty odroczonej na rentę natychmiast płatną, czyli uiszczaną na rzecz ubezpieczonego miesięcznie, w wysokości równej różnicy pomiędzy kapitałem wraz z naliczonym przyrostem kapitału (czyli odsetkami oraz innego rodzaju wartością uzyskiwaną przez ubezpieczyciela wskutek obrotu pieniędzmi wpłaconymi przez ubezpieczonego) a nominalną wysokością kapitału.

Renta taka była/jest ze strony Państwowego Zakładu Ubezpieczeń/następcy prawnego Państwowego Zakładu Ubezpieczeń swoistym ekwiwalentem dla ubezpieczonego za możliwość wykorzystywania jego środków pieniężnych do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i obrotu instrumentami finansowymi. Przekładając tę zależność na płaszczyznę bankowości detalicznej, można by stwierdzić, że przyrost kapitału środków zgromadzonych przez ubezpieczyciela odpowiada oprocentowaniu i kwocie odsetkowej sumy wpłaconej przez klienta banku na rachunek oszczędnościowy lub lokatę bankową. Tym samym, w zamian za możliwość obrotu środkami przez ubezpieczyciela, należna jest ubezpieczonemu renta, której wypłata nie uszczupla pochodzącego ze składek kapitału nominalnego, ale ogranicza się do środków, które pochodzą z działalności ubezpieczeniowej wykorzystującej wpłaconą przez ubezpieczonego sumę pieniężną. Warto w tym miejscu nadmienić, że jak podkreśla A. Nerka „zakład ubezpieczeń, jako podmiot profesjonalny w zakresie prowadzonej przez siebie działalności, dysponując otrzymanymi w związku z zawarciem umów ubezpieczenia składkami ubezpieczeniowymi, ma obowiązek tak je ulokować, aby w pewnym przynajmniej zakresie zminimalizować skutki zmniejszenia siły nabywczej pieniądza”⁷.

W razie ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego osoba wskazana w umowie ubezpieczenia, czyli uposażony, ma prawo otrzymać świadczenie równe wpłaconej przez ubezpieczonego sumie składek, czyli nominalną kwotę ubezpieczenia. Taka treść umowy ubezpieczenia renty odroczonej (czy też renty natychmiast płatnej oraz polis posagowych) zgodna jest z celem i intencją ubezpieczonego, z uwagi na które w przeszłości polisa została zawarta. Najczęściej bowiem motywacją ubezpieczonego do zawarcia umowy ubezpieczenia renty odroczonej była nie tyle chęć otrzymania

⁶ Należy však pamiętać, że waloryzacja świadczeń jest wyjątkiem od zasady nominalizmu, wyrażonej w art. 358¹ § 1 k.c., zaś spadek siły nabywczej pieniądza w czasie jest normalnym zjawiskiem ekonomicznym. Jest to element ryzyka kontraktowego, z którym muszą się liczyć strony stosunku zobowiązaniowego przewidujące obowiązek spełnienia świadczenia pieniężnego (R. Morek, (w:) K. Osajda (red.), *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, wersja elektroniczna, Legalis – C.H. Beck, 2013).

⁷ A. Nerka, *op. cit.*, s. 86.

w przyszłości renty (gdyż jej wysokość zazwyczaj była i tak stosunkowo niska), ile chęć zaopatrzenia osoby najbliższej (uposażonego) w środki materialne na wypadek negatywnych następstw i kosztów, powstałych wskutek śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczenie renty odroczonej stanowiło zatem przejaw indywidualnej przezorności osoby ubezpieczonej, która to cecha w wymiarze ogólnospołecznym mogłaby skutecznie odciążyć państwo w zakresie jego zadań opiekuńczych⁸.

W opozycji do tego postulatu kształtuje się jednak praktyka następcy prawnego Państwowe- go Zakładu Ubezpieczeń, który to podmiot w sytuacji zaktualizowania się obowiązku wypłaty uposażonemu wynikającej z polisy sumy pieniężnej, uchyla się od zrealizowania zobowiązania w wymiarze odpowiadającym społecznej funkcji realizowanej przez ubezpieczyciela. Innymi słowy, ubezpieczyciel w razie ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego wypłaca uposażo- nemu sumę nominalną wpłaconych składek, odpowiednio zdenominowaną w oparciu o ustawę z dnia 7 lipca 1994 r. o denominacji złotego⁹, co sprawia, że zamiast świadczenia równego kil- kudziesięciu lub kilkuset tysiącom złotych w okresie zawierania polisy uposażony otrzymuje po zaistnieniu ryzyka ubezpieczeniowego kilkaset lub kilka tysięcy złotych. Postępowanie takie pod- waża zaufanie obywateli do ubezpieczyciela oraz jego stanu finansowego w sytuacji, gdy tak istotne jest zachowanie wypłacalności zakładów ubezpieczeń i stabilności ich sytuacji finanso- wej. Jak podkreśla J. Łazowski, „niepewność w stosunkach ubezpieczeniowych, upadłość, krach ubezpieczyciela, jego niewypłacalność stają się katastrofą nie tylko dla tych podmiotów (czyli ubezpieczonych), ale podważają również zaufanie do ubezpieczeń jako takich”¹⁰.

Należy w tym miejscu wspomnieć, że ubezpieczyciel często dokonuje urealnienia wysokości wpłaconych przez ubezpieczonego składek, ale czyni to nie poprzez instytucję sądowej walory- zacji, ale stosując współczynniki ustalone w oparciu o wewnętrzne dokumenty postępowania (którymi najczęściej są uchwały zarządu spółki kapitałowej), obowiązujące w strukturze orga- nizacyjnej tego podmiotu. Dokonane urealnienie jest jednak z natury rzeczy niekorzystne dla ubezpieczonego/uposażonego, gdyż ma charakter wyłącznie jednostronny. Ubezpieczony nie ma żadnego wpływu na wskaźniki ustalane i stosowane przez następcę prawnego Państwowe- go Zakładu Ubezpieczeń, a w konsekwencji na wymiar dokonanego urealnienia, co sprawia, że ustalenie proporcjonalnego rozkładu ryzyka i rzeczywistej wartości wpłaconych ubezpieczycie- lowi składek na etapie przedsądowym pozostaje fikcją.

W tym miejscu otwiera się pole dla mechanizmów zabezpieczających strony stosunku ubez- pieczenia przed negatywnymi skutkami zmian gospodarczych i prowadzonej polityki pieniężnej. Jednym z tego rodzaju rozwiązań jest poddawanie waloryzacji sądowej składek wpłaconych na poczet ubezpieczenia renty odroczonej – w oparciu o art. 358¹ § 3 k.c.

2. Przesłanki waloryzacji sądowej

Przywołany na wstępie art. 358¹ § 3 k.c. – stanowiący, iż „w razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, sąd może po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasa-

⁸ Dlatego też nacisk powinien być położony na umacnianie wiarygodności ubezpieczycieli, jako podmiotów od- grywających ważną społeczno-gospodarczą rolę, które dopełniają ochronę wynikającą z systemu emerytalnego i zabezpieczenia społecznego.

⁹ Dz. U. Nr 84, poz. 386 z późn. zm. (dalej: ustawa denominacyjna). Ustawa ta w art. 2 ust. 2 przewidywała, iż nowa jednostka pieniężna, tj. 1 złoty, będzie miała wartość równą 10 000 starych złotych. Zatem przeliczenie sum kapitału ubezpieczeniowego po wejściu w życie ustawy polegało na pomniejszeniu ich przez ubezpieczycie- la 10 000 razy; przykładowo, wpłacone w latach 70. XX w. 100 000 zł starych złotych stanowiło po przeliczeniu jedynie 10 zł nowej waluty.

¹⁰ J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Lex, Sopot 1998, s. 201, (za:) A. Nerka, *op. cit.*, s. 77.

dami współżycia społecznego, zmienić wysokość lub sposób spełnienia świadczenia pieniężnego, chociażby były ustalone w orzeczeniu lub umowie” – zakłada, że aby został zrealizowany postulat waloryzacji, muszą zaistnieć dwie przesłanki, które zostaną poniżej omówione.

a) Istotna zmiana siły nabywczej pieniądza

Zmiana siły nabywczej pieniądza w rozważanym tu zakresie dotyczy okresu od powstania stosunku zobowiązaniowego do momentu aktualizacji obowiązku wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela. Waloryzacja może być zatem dokonana wówczas, jeżeli ilość dóbr porównywalnej wartości, które można było nabyć za sumę nominalną w okresie powstania zobowiązania, była znacznie większa niż ilość tych dóbr, które można potencjalnie nabyć w momencie spełnienia świadczenia. Jest to przesłanka, którą – zgodnie z zaleceniem Sądu Najwyższego zawartym w wyroku z dnia 23 listopada 1993 r.¹¹ – sąd rozpatrujący sprawę waloryzacji bada w pierwszej kolejności; jeżeli uzna, że wystąpiła istotna zmiana siły nabywczej pieniądza, to dopiero wówczas dokonuje rozważenia interesów stron w kontekście zasad współżycia społecznego. Istotna zmiana siły nabywczej pieniądza wykracza poza standardowe ryzyka związane z gospodarką rynkową. Zwykła inflacja nie będzie zatem wyczerpywała definicji istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza, gdyż inflacja jest nieodłącznym elementem rynku finansowego. Pewne wahania wartości pieniądza w czasie wynikają z mechanizmów rynkowych i stanowią ryzyko, które obydwie strony umowy przyjmują na siebie w momencie jej zawierania. Dopiero bardzo wysoki i długo utrzymujący się wskaźnik inflacji, znacznie wykraczający poza standardową w danych stosunkach zmianę wartości waluty, może być zakwalifikowany jako istotna zmiana siły nabywczej uprawniająca do waloryzacji. Zdaniem R. Morka istotność zmiany „powinna podlegać ocenie na tle porównywalnych danych z okresów wcześniejszych. Istotna zmiana siły nabywczej pieniądza nie w każdym przypadku musi być gwałtowna lub nagła. Może być następstwem utrzymującego się w długim okresie stabilnego i stałego spadku albo wzrostu wartości pieniądza”¹². Należy jednak pamiętać, że powyższe nie odbywa się w sposób automatyczny, tj. nie każda istotna zmiana wartości pieniądza w czasie będzie skutkowała koniecznością dokonania waloryzacji przez sąd w sprawie przed nim zawisłej. Dla oceny zasadności waloryzacji powinno się stosować bowiem kryterium mieszane, uwzględniające zarówno obiektywny spadek siły nabywczej pieniądza w czasie, jak i wpływ spadku wartości na sytuację stron stosunku obligacyjnego, z którego świadczenie ma zostać zwaloryzowane. Ponadto spadek wartości pieniądza w czasie powinien nastąpić po powstaniu zobowiązania i być niemożliwym do przewidzenia na etapie zawierania umowy. Przy nawiązywaniu umowy ryzyko spadku siły nabywczej pieniądza musi zatem, moim zdaniem, wykraczać poza zwyczajną staranność, jakiej wymaga się od osoby skrupulatnie dbającej o własne interesy, czyli przeciętnego obywatela w standardowej sytuacji motywacyjnej.

Zdaniem A. Nerki „wskaźnik [inflacyjny – przyp. M. Banasik] wskazany w budżecie lub publikowany przez GUS można by brać pod uwagę przy ocenie przesłanki »istotności«, a skoro jest on podawany do publicznej wiadomości – strony stosunku zobowiązaniowego mogą go uwzględnić w umowach, jednakże tych o charakterze krótkoterminowym [...] wskaźnik ten traci swój walor informacyjny przy umowach zawartych na dłuższy okres”¹³. Niewątpliwie umową długoterminową jest umowa ubezpieczenia renty odroczonej, która zawierana jeszcze w okresie PRL-u przewiduje wypłatę świadczenia w momencie ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczo-

¹¹ III CRN 46/93, OSNC 1994, nr 4, poz. 93.

¹² R. Morek, *op. cit.*

¹³ A. Nerka, *op. cit.*, s. 70.

nego, co często następuje dopiero obecnie i będzie następowało jeszcze później, dlatego też w takiej sytuacji wskaźnik inflacji publikowany przez Prezesa GUS dla oceny cechy istotności staje się nieprzydatny. Istotność zmiany pieniądza w czasie należy zatem pozostawić uznaniu i ocenie sądu, który badając okoliczność konkretnej sprawy oraz wskaźniki wzrostu wynagrodzeń, wzrostu rent i emerytur, wzrostu cen mieszkań i towarów konsumpcyjnych oraz innych czynników, ustali, czy nastąpiła taka zmiana.

b) Waloryzacja zgodna z zasadami współżycia społecznego w kontekście ochrony interesów stron

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 maja 2000 r., stwierdził, że „nominalne sumy składek uiszczonych ubezpieczycielowi w ramach umowy ubezpieczenia rent odroczonej mogą być waloryzowane na podstawie art. 358¹ § 3 k.c. Ujemne skutki spadku wartości pieniądza nie mogą obciążać tylko jednej strony zawartej umowy. Stąd sądy orzekające, dokonując przeliczenia świadczenia pieniężnego, powinny uwzględniać interesy obu stron umowy. Niezbędne jest jednak także dokonanie oceny konkretnej sytuacji, z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego”¹⁴. Powyższe stanowisko uzasadnione było m.in. załamaniem gospodarczym, które nastąpiło w Polsce w latach 80. XX wieku i spowodowało wysoką inflację. Państwowy Zakład Ubezpieczeń, wówczas państwowa jednostka organizacyjna, będący stroną umów ubezpieczenia renty odroczonej, w sytuacji wystąpienia zjawiska hiperinflacji postawiony był odnośnie do stosunków ubezpieczenia, w myśl zasady rygorystycznego nominalizmu, w sytuacji znacznie uprzywilejowanej względem ubezpieczonych (czyli wierzycieli stosunku ubezpieczenia). Jak zaznacza A. Brzozowski, „nie znajdowało to żadnego racjonalnego uzasadnienia prawnego. Względy gospodarcze czy wyższy interes państwa nie dostarczały także argumentów za utrzymaniem istniejącego stanu prawnego. Należy ponadto podkreślić, że zasada nominalizmu przestała odgrywać w tych warunkach przypisywaną jej rolę ochronną w odniesieniu do ustroju finansowego państwa”¹⁵. Okoliczności te sprawiają, że ustalając wysokość jednorazowego świadczenia należącego dziś uposażonemu od następcy prawnego Państwowego Zakładu Ubezpieczeń, sąd musi dokonać ustalenia, która ze stron umowy ubezpieczenia i w jakim zakresie powinna ponieść ryzyko utraty siły nabywczej pieniądza w czasie.

Postulat, by przy dokonywaniu waloryzacji uwzględniać zasady współżycia społecznego, nie oznacza, że zasady te zawsze przemawiają na korzyść uposażonego. Jak bowiem zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 sierpnia 1999 r., „rozważenie interesu stron może prowadzić do wniosku, że w okolicznościach faktycznych konkretnej sprawy orzeczenie sądowej waloryzacji naruszałoby żywotne i zasługujące na ochronę interesy dłużnika, co w rezultacie wyklucza możliwość dokonania waloryzacji”¹⁶. Jako że zjawisko inflacji jest powszechne i w równej mierze dotyka wszelkiego rodzaju podmiotów uczestniczących w rynku, który posługuje się instrumentem pieniądza jako formą płatności, toteż konieczne jest zbadanie, jaki był cel zawartej przez strony umowy i w jakiej proporcji pozostają do siebie pozycja i możliwości stron umowy¹⁷.

¹⁴ I CKN 720/98, niepubl., dostępny na stronie <http://www.rzu.gov.pl>.

¹⁵ A. Brzozowski, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1–449*¹⁰, t. 1, wersja elektroniczna, Legalis – C.H. Beck, 2013. Autor ten podkreśla, że państwo dysponuje zresztą na tym polu znacznie skuteczniejszymi instrumentami kontroli. Brzozowski zalicza do nich w pierwszej kolejności kontrolę polityki kredytowo–pieniężnej, kontrolę cen, kontrolę przepływu kapitałów i obrotu dewizowego.

¹⁶ I PKN 226/99, „Prawo Pracy” 2000, nr 3, poz. 33, (za:) A. Nerka, *op. cit.*, s. 74.

¹⁷ Pamiętać należy jednak o wyroku SN z dnia 2 grudnia 1999 r., w którym stwierdzono, iż „niedopuszczalne jest w świetle art. 358¹ § 3 k.c. uznanie społeczno–gospodarczego celu umowy i rodzaju zobowiązania za podstawowe kryterium waloryzacji” (III CKN 489/98, OSNC 2000, nr 7–8, poz. 130).

W przypadku ubezpieczenia renty odroczonej najczęściej z jednej strony występował będzie ubezpieczony (a w razie ziszczenia się ryzyka jego śmierci – uposażony), który jest osobą fizyczną, często pozbawioną wsparcia prawnego, dla którego wpłacona suma składek stanowiła oszczędności całego życia, zaś po drugiej stronie umiejscowiona jest dobrze prosperująca spółka kapitałowa dysponująca znacznym majątkiem oraz wsparciem organizacyjno–prawnym, mająca dodatkowo do zrealizowania społeczne funkcje w dziedzinie zabezpieczenia społecznego¹⁸. Niewątpliwe jest zatem, iż to ubezpieczyciel będzie tym podmiotem, który winien przyjąć na siebie przeważającą część ryzyka wystąpienia niekorzystnych zmian gospodarczych po zawarciu umowy. Pozostaje jednak pytanie, w jakiej proporcji powinien nastąpić rozkład ryzyka hiperinflacji przełomu lat 80. i 90. ubiegłego stulecia pomiędzy ubezpieczyciela i ubezpieczonego.

Zgodnie z wytycznymi Sądu Apelacyjnego w Katowicach, zawartymi w wyroku z dnia 22 marca 2006 r., „przy dokonywaniu waloryzacji świadczenia ubezpieczeniowego na podstawie art. 358¹ § 3 k.c. sąd musi wyważyć interesy stron w granicach zasługujących na ochronę przy utrzymaniu właściwego stosunku między nimi. Słuszny interes może i powinien być uwzględniony, ale tylko do granic kolizji z interesem drugiej strony. Jednocześnie należy pamiętać, że ingerencja sądu powinna następować w minimalnym zakresie, gdyż waloryzacja sądowa stanowi wyjątek od zasady dotrzymania umów i nie może prowadzić do podważenia całego systemu umownego oraz likwidacji stabilności umów”¹⁹. Zgodnie zatem z powołanym stanowiskiem granica rozkładu ryzyka pomiędzy strony stosunku ubezpieczenia renty odroczonej winna oscylować między skrajnymi obszarami możliwości przyjęcia tego ryzyka. Maksymalne ryzyko, które może przyjąć ubezpieczony/uposażony, ustalone być powinno w ten sposób, by jego sytuacja odniesiona do konkretnego kryterium waloryzacji w czasie powstania zobowiązania nie uległa pogorszeniu w chwili wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela, również w odniesieniu do tego samego kryterium waloryzacji.

W mojej ocenie, jako że ubezpieczyciel jest z samej istoty i konstrukcji stosunku ubezpieczenia powołany do przyjmowania ryzyka ubezpieczeniowego (czyli wypłaty świadczenia na wypadek ziszczenia się tego ryzyka) – zaś ryzyko zmian inflacyjnych i stagnacji/załamania gospodarczego jest rodzajem ryzyka ubezpieczeniowego – w odniesieniu do rent odroczonych to następcą prawny Państwowego Zakładu Ubezpieczeń powinien przyjąć na siebie większą część tego ryzyka. Jakkolwiek waloryzacja nie powinna być stosowana przez przyjęcie zwykłego matematycznego przeliczenia wartości świadczenia pieniężnego i w swej istocie należy ją realizować ściśle indywidualnie oraz w oderwaniu od schematyzmu i automatyzmu w określaniu wartości świadczenia, to jednak jeśli przełożyć powyższą implikację na język matematyki, należy stwierdzić, że ryzyko przyjęte przez ubezpieczyciela powinno być wyższe niż $\frac{1}{2}$ ²⁰.

¹⁸ Wynika to chociażby z faktu następstwa prawnego Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. po Państwowym Zakładzie Ubezpieczeń.

¹⁹ I ACa 2150/05, niepubl., dostępny na stronie <http://www.rzu.gov.pl>.

²⁰ Okoliczności konkretnej sprawy zawisłej przed sądem będą decydowały o tym, czy wskaźnik ten wyniesie dla ubezpieczyciela $\frac{3}{5}$, $\frac{2}{3}$, czy też $\frac{2}{5}$, a nawet $\frac{1}{2}$. Pozycja stron konkretnego stosunku ubezpieczenia oraz pozostałe okoliczności towarzyszące tak zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i wypłacie świadczenia uposażonemu uprawniać będą sąd do właściwej modyfikacji tego współczynnika. Z uwagi jednak na cel ubezpieczenia rent odroczonej oraz fakt, iż były one zawierane z podmiotem działającym wówczas w imieniu i interesie państwa, współczynnik poniesienia ryzyka przez ubezpieczyciela nie powinien być – w mojej ocenie – ustalany przez sąd poniżej progu $\frac{1}{2}$. Obywatel nie może wszak ponosić decydującej odpowiedzialności za dokonywane przez państwo zmiany organizacyjne w zakresie podmiotów ubezpieczających oraz politykę pieniężną. Klóci się to chociażby z konstytucyjną zasadą demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej.

3. Kryteria waloryzacji

Jak zauważono powyżej, waloryzację świadczeń pieniężnych dokonywaną przez sąd należy oprzeć na odpowiednim kryterium waloryzacyjnym, przy czym najlepiej, aby kryterium to powiązane było ze stosunkiem obligacyjnym, w którym strony przewidziały obowiązek świadczenia pieniężnego. Należy zatem poszukać takiego wskaźnika, który ma charakter zewnętrzny (tj. jest niezależny od stron stosunku obligacyjnego, w którym dokonana zostanie waloryzacja) oraz funkcjonalnie powiązany jest z okolicznościami sprawy. W konkretnym przypadku może to być średnia cena złota, cena materiałów budowlanych, cena ropy naftowej, średnie wynagrodzenie w określonym sektorze gospodarki narodowej czy też średnia renta lub emerytura. Kontekst stosunku ubezpieczenia renty odroczonej sprawia, że najwłaściwszym miernikiem dokonywanej przez sąd waloryzacji świadczenia wydaje się być średnie miesięczne wynagrodzenie, publikowane przez Prezesa GUS i ujęte w rocznikach statystycznych. Jest to kryterium dynamiczne, niemniej jednak takie, którego wartości rosną (choć w różnym tempie) po obydwu stronach odniesienia – mianowicie wraz ze wzrostem wynagrodzeń zazwyczaj wzrastają też ceny produktów konsumpcyjnych, na które w przeważającej części wydatkowane jest wynagrodzenie²¹. Mechanizm taki pozwala ustalić wartość należnego świadczenia w sposób realny, tj. odzwierciedlający rzeczywisty spadek siły nabywczej pieniądza w czasie, oraz umożliwia odniesienie tego spadku do konkretnych towarów i usług.

Należy ponadto pamiętać, że waloryzacji sądowej po ziszczeniu się ryzyka śmierci ubezpieczonego podlegać będzie nie suma ubezpieczenia, ale kwota uposażenia z polisy ubezpieczenia renty odroczonej²². W wymiarze praktycznym ustalenie waloryzacji przebiegać powinno zatem w ten sposób, że sąd winien najpierw ustalić wielokrotność średniego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, jaką stanowiła suma uposażenia w momencie zawierania umowy ubezpieczenia (opłacenia składek)²³, a potem wielokrotność tę odnieść do średniego miesięcznego wynagrodzenia w momencie powstania obowiązku wypłaty świadczenia dla uposażonego²⁴. Tak otrzymany wynik sąd powinien następnie skorygować o współczynnik ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela, poprzez przemnożenie uzyskanej wielokrotności przez ten współczynnik. Otrzymana w ten sposób kwota stanowi odpowiednio zwaloryzowane świadczenie, które winno być zasądzone (po odjęciu sumy, która została przez ubezpieczyciela wypłacona uposażonemu dobrowolnie) na rzecz uposażonego, który wystąpił do sądu z odpowiednim powództwem o zapłatę (i dokonanie waloryzacji).

Przykład:

Jan A. zawarł w 1977 r. z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń umowę ubezpieczenia renty odroczonej, wpłacając jako sumę ubezpieczenia 100 000 zł. Mocą tej umowy Jan A. uczynił upo-

²¹ Przykładowo dynamika wzrostu wynagrodzeń oraz wskaźnik cen i towarów konsumpcyjnych za lata 1990–2010 zostały przedstawione w opracowaniu Sedlak & Sedlak *Wynagrodzenia Polaków po 20 latach transformacji*. Tekst dostępny na stronie <http://www.wynagrodzenia.pl> (13.04.2014).

²² Takı wniosek odnośnie do polis ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci (który jednak pozostaje aktualny w odniesieniu do ubezpieczenia renty odroczonej) poczynił SN w wyroku z dnia 14 września 2005 r. (III CK 39/05, LEX nr 371789), w postanowieniu z dnia 6 stycznia 2005 r. (III CZP 76/04, LEX nr 157157) oraz w wyroku z dnia 12 lutego 2003 r. (I CKN 1/0, LEX nr 78275) – wszystkie (za:) A. Nerka, *op. cit.*, s. 81.

²³ Przy czym jeżeli termin zawarcia umowy ubezpieczenia znacznie wyprzedzałby czasowo termin uiszczenia składek, to decydujące znaczenie należałoby przyznać terminowi uiszczenia składek, a nie zawarcia umowy. Wpłacone kwoty stanowiły bowiem realną wartość dla ubezpieczonego w momencie oddania ich do „pomnażania” zakładowi ubezpieczeń, a nie w momencie zawarcia umowy.

²⁴ Średnie miesięczne wynagrodzenia w gospodarce narodowej za lata 1950–2013 można znaleźć na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1630_PLK_HTML.htm.

szonym swojego syna Józefa A., który zgodnie z warunkami umowy w razie śmierci ojca miał otrzymać świadczenie równe wysokości wpłaconych przez ojca składek (tj. 100 000 zł). W roku 1988 r. umowa ubezpieczenia renty odroczonej została zamieniona na rentę natychmiast płatną, dzięki czemu Jan A. otrzymywał od ubezpieczyciela miesięczną rentę odpowiadającą stopie odsetek/przyrostu na wpłaconym kapitale, niemniej jednak pozostałe warunki ubezpieczenia pozostały niezmienione (tj. wysokość uposażenia dla syna Józefa A.) W roku 2012 Jan A. zmarł, zaś następcą prawny Państwowego Zakładu Ubezpieczeń wypłacił Józefowi A. z powodu ziszczenia się ryzyka śmierci ojca jedynie kwotę 4000 zł. Józef A. wystąpił na drogę sądową przeciwko ubezpieczycielowi o zapłatę. Sąd powinien dokonać waloryzacji, przyjmując następującą metodologię:

- 4596 zł wynosiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 1977 r.²⁵,
- 100 000 zł (suma ubezpieczenia) w 1977 r. stanowiło 21,76-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
- 3521,67 wynosiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2012 r.²⁶,
- 21,76-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w 2012 r. wynosiła zatem 76 631,54 zł,
- $76\ 631,54\ \text{zł} \times \frac{3}{5}$ (przykładowy wskaźnik ryzyka zmiany pieniądza w czasie ponoszonego przez ubezpieczyciela) = 45 978,92 zł (suma uposażenia po zwaloryzowaniu),
- 45 978,92 zł – 4000 zł (kwota wypłacona) = 41 978,92 zł,
- 41 978,92 zł – suma, która powinna być zasądzona przez sąd uposażonemu Józefowi A.

Zaprezentowany powyżej model sądowej waloryzacji sumy uposażenia z tytułu umowy ubezpieczenia renty odroczonej jest źródłem rozbieżności pomiędzy ubezpieczycielem i uposażonym dotyczącej kwoty miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, stanowiącej podstawę sądowego urealnienia świadczenia. Następcą prawny Państwowego Zakładu Ubezpieczeń przekonuje, iż suma uposażenia wpłacona w okresie zawierania umowy (czyli w latach 70. i 80. ubiegłego wieku) stanowiła wielokrotność kwoty przeciętnego wynagrodzenia netto i dlatego też obecnie, w celu uzyskania realnego ekwiwalentu, należałoby przemnożyć tę wielokrotność przez kwotę przeciętnego wynagrodzenia netto. Ubezpieczyciel w postępowaniu sądowym będzie mógł argumentować, że skoro w czasie PRL-u nie było rozróżnienia na kwotę brutto i netto, to kwotę podawaną w statystykach Głównego Urzędu Statystycznego jako średnie miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej należy traktować jako kwotę netto. W konsekwencji prowadzi to do tego, iż świadczenie należne uposażonemu przemnożone o wskaźnik netto jest niższe niż świadczenie obliczone na podstawie wynagrodzenia brutto. Zmniejsza się bowiem mnożnik współczynnika wielokrotności, czyli wynagrodzenie otrzymywane przez pracownika „do ręki”²⁷, co pociąga za sobą zmniejszenie iloczynu, czyli sumy należnej od ubezpieczyciela z tytułu uposażenia.

Chociaż powyższe stanowisko jest korzystne dla ubezpieczyciela i z pozoru wydaje się być prawidłowe, to w mojej ocenie jednak nie zasługuje na aprobatę. Do ustalenia realnej wysokości świadczenia przez sąd winna być brana obecnie wysokość wynagrodzenia brutto, co pociągałoby za sobą świadczenie wyższe niż przy zastosowaniu kwoty średniego wynagrodzenia netto.

²⁵ http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1630_PLK_HTML.htm.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Łatwo bowiem obliczyć, iż w roku 2012 przy zarobkach 3521,67 zł brutto po odprowadzeniu składek na ubezpieczenie społeczne, składki zdrowotnej oraz zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, pracownikowi zostawało 2520,35 zł netto. Źródło: kalkulator wynagrodzeń brutto-netto ze strony <http://www.wynagrodzenia.pl> (13.04.2014).

Przyjęcie wskaźnika netto powoduje porównywanie wynagrodzenia z czasów obecnych, w których funkcjonuje rozróżnienie brutto–netto, do czasów PRL–u, kiedy to takiego rozróżnienia nie było. Nie można zatem porównywać i odnosić do tej samej wielokrotności wartości wynagrodzeń z dwóch różnych kategorii, zwłaszcza gdy obecna wartość nie ma swojego odpowiednika w czasie przeszłym. O wiele bardziej miarodajną metodą, moim zdaniem, jest wykorzystanie współczynnika, który był obecny w okresie PRL–u, a który jest aktualny również i dziś. Kryterium takim może być przykładowo podstawa wymiaru rent i emerytur, która w okresie PRL–u równała się wysokości średniego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej²⁸ (bez rozróżnienia na brutto–netto), zaś obecnie odpowiada kwocie wynagrodzenia brutto. Podstawę wymiaru emerytury i renty obecnie stanowi bowiem – ustalona w sposób wskazany w art. 15 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych²⁹ – przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (począwszy od 1 stycznia 1999 r.) lub na ubezpieczenie społeczne (do 31 grudnia 1998 r.), na podstawie przepisów prawa polskiego³⁰, czyli kwota należnego wynagrodzenia brutto³¹. Ustalenie wymiaru świadczenia należnego uposażonemu w oparciu o wskaźnik podstawy wymiaru rent i emerytur jest zatem kryterium bardziej obiektywnym, a co najważniejsze pełniącym tę samą funkcję społeczno–ekonomiczną zarówno w okresie PRL–u, kiedy powstał stosunek obligacyjny przewidujący spełnienie świadczenia pieniężnego podlegającego waloryzacji, jak i obecnie, kiedy to zrealizował się obowiązek wypłaty tego świadczenia.

Podsumowanie

Umowa ubezpieczenia renty odroczonej zawierana była przez ubezpieczonego w konkretnym celu, jakim było zabezpieczenie interesów majątkowych uposażonego na wypadek ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego. Cel ten sprawia, że świadczenie należne uposażonemu nie może przybierać jedynie formalnego, symbolicznego wymiaru i być dowolnie kształtowane przez ubezpieczyciela przy zastosowaniu czynników i wytycznych, na które ubezpieczony ani uposażony nie mieli i nie mają żadnego wpływu. Urealnienie dokonane jednostronną czynnością ubezpieczyciela nie wyklucza zatem możliwości sądowego dochodzenia waloryzacji przez uposażonego w oparciu o art. 358¹ § 3 k.c. (choćby urealnienie takie powinno zostać uwzględnione przez sąd przy waloryzacji i ważeniu interesów stron oraz zachowaniu zasad współzycia społecznego).

Kryzys lat 80. XX wieku i zjawisko hiperinflacji oraz przyjęta przez prawodawcę ustawa o denominacji złotego przełożyły się na istotny spadek siły nabywczej waluty w okresie od powstania stosunku ubezpieczenia renty odroczonej do terminu płatności świadczenia uposażonemu. Waloryzacja sądowa ma zatem za zadanie przywrócić istniejącemu zobowiązaniu realną wartość ekonomiczną, odpowiadającą przynajmniej częściowo wartości nabywczej kwoty nominalnej ubezpieczenia. Następcą prawny Państwowego Zakładu Ubezpieczeń to podmiot konstrukcyjnie powołany do przyjmowania i ponoszenia ryzyka ubezpieczeniowego (również ryzyka spadku wartości pieniądza w czasie) i dlatego to przede wszystkim on powinien być obciążony negatywnymi konsekwencjami zjawisk inflacyjnych.

W mojej ocenie stopień ryzyka obciążającego ubezpieczyciela w stosunkach polis ubezpieczenia renty odroczonej powinien, ze względu na społeczną rolę tego rodzaju ubezpieczeń, zawsze

²⁸ http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1630_PLK_HTML.htm.

²⁹ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 1440.

³⁰ Źródło: <http://www.zus.pl> (13.04.2014).

³¹ http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1630_PLK_HTML.htm.

być wyższy niż ½. Najbardziej adekwatnym kryterium waloryzacji jest natomiast odniesienie sumy nominalnej, będącej sumą uposażenia oraz wysokości świadczenia należnego uposażonemu od ubezpieczyciela, do współczynnika stanowiącego podstawę wymiaru rent i emerytur, tak w momencie zawarcia umowy i wpłacenia składek, jak i w chwili ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego, a tym samym aktualizacji wypłaty świadczenia na rzecz uposażonego.

Summary of the article

Judicial indexation of insurance benefits related to insurance contracts with the Polish State Insurance Company from the period of People's Republic of Poland illustrated with an example of deferred pension

Benefits payable under the deferred pension's insurance policy in case of insured party's death are subject to indexation according to art. 358¹ § 3 of Polish Civil Code. The main conditions for applying indexation clause which is an exception from the principles of payment in nominal amount and pacta sunt servanda rule provided for by Civil Code are the following: substantial change of money's purchasing power and weighing the parties' interest in accordance with the principles of community coexistence. It should be noticed that there is no one universal pattern and indexation rate which could be always applied so the criteria of indexation are subject to judicial discretion. It seems that most suitable criterion for the deferred pension's indexation is to compare money's purchasing power to average monthly wages and salaries from the time of the conclusion of insurance contract/payment of insurance premiums up until the performance of obligation by the insurer. The risk of depreciation of currency should not be borne by only one party to the insurance policy but should be fairly distributed between insurer and insured person/beneficiary. However the insurer as the entity which statutory obligation is to bear insurance risk should cover more than half of this risk.

Keywords: deferred pension, insurance, premium, beneficiary, indexation.

Mgr **Marcin Banasik**, doktorant w Katedrze Postępowania Administracyjnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego, aplikant radcowski przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Krakowie.

Damian Walczak, Sylwia Pieńkowska-Kamieniecka

Ogólne warunki ubezpieczenia – wybrane aspekty prawne i społeczne

Celem opracowania było przedstawienie ogólnych warunków ubezpieczeń w aspekcie prawnospołecznym z uwzględnieniem istoty procesu ubezpieczenia. W artykule przedstawiono podstawy prawne ogólnych warunków ubezpieczeń, świadomość ubezpieczeniową klientów oraz ich wiedzę na temat zasad i funkcjonowania ubezpieczeń oraz rynku ubezpieczeniowego. Z zaprezentowanych rozważań wynika, że wielu klientów nie czyta ogólnych warunków ubezpieczenia, a wybór danego produktu ubezpieczeniowego opiera przede wszystkim na jego niskiej cenie. Ubezpieczyciele z kolei niejednokrotnie formułują nieprecyzyjne i wprowadzające w błąd zapisy, stąd też niezwykle istotna jest transparentność i zrozumiałość ogólnych warunków ubezpieczeń.

Słowa kluczowe: ogólne warunki ubezpieczenia, wzorzec umowy, świadomość ubezpieczeniowa, proces ubezpieczenia.

Wprowadzenie

Ubezpieczenia są produktem dla wielu Polaków nieznanym, przez wielu niedocenianym, a u niektórych nawet budzącym obawy. Wiele osób posiada wyłącznie ubezpieczenia obowiązkowe, a pozostałe traktuje jak niepotrzebny wydatek. Zapewne jednym z elementów ubezpieczeń, który wpływa na ich postrzeganie, jest świadomość ubezpieczeniowa, co dotyczy zwłaszcza osób, które miały kontakt z ubezpieczycielem na poziomie likwidacji szkody. Wtedy bowiem decydujące znaczenie ma interpretacja postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia.

Należy podkreślić, że niedocenianie ubezpieczeń pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji, zarówno w skali mikro – dla poszczególnych obywateli, jak i makro – gdzie wiąże się z kosztami ewentualnej pomocy ze strony państwa. Niestety w Polsce brak jest skoordynowanych działań w zakresie poprawy świadomości finansowej obywateli. W tej dziedzinie nie są również pomocni dziennikarze lub politycy, którzy ukazują ubezpieczycieli w złym świetle, a pomijają inne elementy rynku ubezpieczeniowego¹.

Analizy zaprezentowane w artykule zostały oparte głównie na źródłach wtórnych: w zakresie oceny obowiązujących przepisów prawnych – na aktach normatywnych, a w zakresie wiedzy o ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej: o.w.u.) – zarówno na badaniach empirycznych przeprowadzonych przez odpowiednie instytucje, jak i na badaniach własnych, np. na analizie

¹ D. Walczak, *Wybrane determinanty rozwoju rynku ubezpieczeń gospodarczych w Polsce*, (w:) A. Organiściak-Krzykowska, J. Bak (red.), *Problematyka współczesnych ubezpieczeń*, IPISS, Warszawa 2013.

zapisów o.w.u. W pracy przedstawiono również propozycję dotyczącą czynników wpływających na przebieg procesu ubezpieczenia. Celem opracowania było przedstawienie o.w.u. w aspekcie prawno-społecznym z uwzględnieniem istoty procesu ubezpieczenia.

1. Ogólne warunki ubezpieczenia – podstawy prawne

Ogólnych warunków ubezpieczenia nie można analizować w oderwaniu od umowy ubezpieczenia, która jest jedynym źródłem powstania ochrony ubezpieczeniowej². Tę fundamentalną dla powstawania stosunków ubezpieczeniowych zasadę formułuje art. 12 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (dalej: u.d.u.)³. Zgodnie z art. 12 ust. 3 i 4 u.d.u. ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Podobny zapis został zawarty również w art. 385 § 2 k.c.⁴, według którego wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta. Oczywiście postanowienia o.w.u. lub umowy ubezpieczenia muszą być zgodne z przepisami prawa, ponieważ w myśl art. 807 § 1 k.c. postanowienia o.w.u. lub umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami tytułu XXVII kodeksu cywilnego „Umowa ubezpieczenia” są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki.

Art. 384 § 1 k.c. stanowi, że ubezpieczyciel jest zobowiązany przedstawić o.w.u. ubezpieczającemu przed zawarciem umowy. Zgodnie z treścią tego artykułu ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Jednak ubezpieczyciel może zaniechać przedstawienia o.w.u. (art. 384 § 2 k.c.), gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte; wzorzec umowy wiąże także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Co prawda nie dotyczy to umów zawieranych z udziałem konsumentów⁵, jednak i tutaj jest pewien wyjątek: wymóg ten nie obowiązuje bowiem w przypadku umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego⁶.

Dostarczenie wzorca umowy jest szczególnie istotne ze względu na charakter umowy ubezpieczenia, która jest umową adhezyjną, czyli zawieraną przez przystąpienie, a wzorzec to zjawisko (tekst) umożliwiające zaistnienie adhezji. W związku z tym w przypadku umowy zawartej z użyciem wzorca (a tak najczęściej zawiera się umowy ubezpieczenia) powstaje stosunek prawny jednostronnie ukształtowany przez oferenta⁷. Jednocześnie należy podkreślić, że ze względu na specyfikę wzorca – jako dokumentu przeznaczonego do wielokrotnego zastosowania – jest on

² Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 16 listopada 2006 r. (II CSK 181/06) oferta złożona ubezpieczycielowi nie musi mieć formy pisemnej, jednak ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia (art. 809 ust. 1 k.c.). Z kolei brak polisy nie oznacza braku ubezpieczenia, a jedynie (zgodnie z art. 6 k.c.) ciężar udowodnienia faktu (istnienia ochrony ubezpieczeniowej) spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.

³ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 950).

⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

⁵ W myśl art. 22¹ k.c. konsumentem jest osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

⁶ Nie ma w polskim prawie enumeratywnej listy drobnych bieżących spraw życia codziennego, jednak w doktrynie przyjmuje się, że umowy ubezpieczenia do nich nie należą; por. E. Łętowska (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 645–647.

⁷ Por. M. Bednarek, *Wzorce umów*, (w:) E. Łętowska (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 608–609; M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, (w:) A. Koch, J. Napierała (red.), *Umowy w obrocie gospodarczym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 190–191.

ustalany przez profesjonalistów i formułowany w sposób abstrakcyjny i generalny. Dodatkowo, ze względu na oczekiwania klientów dotyczące niskiej ceny ubezpieczenia, wzorzec umowy jest niejako psuty – poprzez ograniczanie ochrony ubezpieczeniowej, tak aby jej cenę obniżyć⁸.

Wprowadzenie do obrotu handlowego wzorców umów usprawniło funkcjonowanie przedsiębiorstw, w tym banków i zakładów ubezpieczeń, świadczących usługi dla wielu milionów osób. Ułatwiło to kontrolę i kalkulację kosztów, a także usprawniło proces zawierania umów. Jednocześnie umożliwiło narzucanie klientom niekorzystnych rozwiązań. W ubezpieczeniach przejawia się to w wykorzystywaniu niskiej świadomości ubezpieczonych⁹.

Zgodnie z powyższym schematem w przypadku *bancassurance*, gdy bank (który nie jest konsumentem) jest ubezpieczającym¹⁰, sam nie musi otrzymać o.w.u., jeśli tylko mógł się z łatwością dowiedzieć o ich treści, a w związku z tym nie jest również zobligowany do przekazywania o.w.u. swym klientom (ubezpieczonym)¹¹. Na szczęście, po pierwsze, klient w praktyce przeważnie otrzymuje o.w.u. lub w przypadku nabywania ubezpieczenia przez internet (np. ubezpieczenia karty) może ich treść pobrać ze strony internetowej. Po drugie, zgodnie z art. 808 ust. 4. k.c. ubezpieczony może samodzielnie żądać, aby ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz o.w.u. w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego¹².

A zgodnie z art. 12a u.d.u. ogólne warunki ubezpieczenia muszą określać w szczególności¹³:

- 1) rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- 2) warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- 3) prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia;
- 4) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń;
- 5) przy ubezpieczeniach majątkowych – sposób ustalania rozmiaru szkody;
- 6) sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstąpienie od zasad ogólnych;
- 7) sposób ustalania i opłacania składek ubezpieczeniowej;
- 8) metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują;
- 9) tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- 10) przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Postanowienia umowy ubezpieczenia lub o.w.u. mogą przewidywać konkretne wyłączenia odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, jeżeli tylko wyłączenia takie nie pozostają w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa¹⁴.

⁸ Por. M. Bednarek, *op. cit.*, s. 606, 613, 650.

⁹ Por. M. Orlicki, *op. cit.*, s. 40–41.

¹⁰ Urząd Komisji Nadzoru Finansowego stoi na stanowisku, że i w takim przypadku bank występuje jako pośrednik ubezpieczeniowy, z jednej strony pobiera bowiem składkę od klienta, a z drugiej strony otrzymuje wynagrodzenie od ubezpieczyciela; por. Stanowisko UKNF stanowiące odpowiedź na publikację przez Rzecznika Ubezpieczonych raportu nt. ubezpieczeń kapitałowych (z dnia 20 grudnia 2012 r.), http://www.knf.gov.pl/Images/odpowiedz_na_publicacje_Rzecznika_Ubezpieczonych_tcm75-32855.pdf, s. 7.

¹¹ Jeżeli bank jest pośrednikiem ubezpieczeniowym, zobligowany jest każdorazowo przekazywać o.w.u. swym klientom (konsumentom).

¹² Por. *Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych*, http://rzu.gov.pl/files/108_40_Raport_bancassurance.pdf, s. 14–19.

¹³ Zapis „w szczególności” oznacza, że o.w.u. mogą zawierać i najczęściej zawierają również inne elementy.

¹⁴ Por. wyrok SN z dnia 18 grudnia 2003 r. (I CK 365/02, LEX nr 599511).

Jednocześnie funkcjonuje rejestr klauzul niedozwolonych (abuzywnych), do którego wpisywane są postanowienia umowne uznane za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Część zapisów dotyczy sformułowań pochodzących z o.w.u. Właśnie za stosowanie klauzul uznanych za niedozwolone (głównie przewidujących pomniejszenie zwrotu kosztów naprawy pojazdu o podatek VAT) Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w 2009 r. nałożył na PZU karę w wysokości 15 mln zł (kara ta została podtrzymana w 2011 r. przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów).

Na koniec należy podkreślić, że definicje pojęć zawarte w o.w.u. nie muszą się pokrywać z ich rozumieniem potocznym, chociaż oczywiście muszą być formułowane w sposób zrozumiały i jednoznaczny, co znalazło wyraz m.in. w orzeczeniu Sądu Okręgowego w Zamościu z 2009 r. Po raz kolejny potwierdził się fakt, że o.w.u. trzeba czytać, bowiem „każde słowo może być użyte przeciwko tobie”¹⁵. Najgłośniejszą medialnie sprawą dotyczącą różnic pomiędzy definicją zapisaną w o.w.u. a powszechnym rozumieniem danego słowa jest definicja pojęcia „zawał” zastosowana przez PZU Życie S.A. Ubezpieczyciel ten wymagał w przebiegu zawału tzw. załamka Q w zapisie EKG. UOKiK wymierzył PZU Życie S.A. karę w wysokości 4 mln zł, gdyż zgodnie z wiedzą medyczną obecność tego załamka nie jest konieczna, aby stwierdzić zawał. Wyrok ten dotyczył powszechnie znanej choroby, która w naukach medycznych została w odpowiedni sposób opisana. Na jak wiele sposobów można określać np. pożar lub powódź pozostawiamy samodzielnej ocenie czytelnika...¹⁶

2. Świadomość ubezpieczeniowa w aspekcie wiedzy o ogólnych warunkach ubezpieczenia

Obywatele wielu krajów, w tym Polski, uważają, że ich świadomość ekonomiczna oraz poziom edukacji finansowej są na dość niskim poziomie, w związku z czym nie mają oni wystarczającej wiedzy, aby podejmować ważne dla nich decyzje i dokonywać właściwych wyborów. Dotyczy to także ubezpieczeń, gdzie podstawą wyboru odpowiedniego zakresu ochrony ubezpieczeniowej jest umiejętność zapoznania się z o.w.u. Wnioski te płyną z raportu Erste Group¹⁷, zgodnie z którym przeświadczenie takie wyraża 75% respondentów w Polsce¹⁸ (57% w Niemczech, 59% w Austrii). Ponadto 70% ankietowanych wskazuje, że elementarne zagadnienia z zakresu ekonomii i finansów powinny być nauczane już na etapie szkoły podstawowej. Również z IV edycji „Mapy edukacji finansowej i ubezpieczeniowej” przygotowanej na zlecenie Związku Banków Polskich i Polskiej

¹⁵ Przedmiotowa sprawa (I Ca 297/09) dotyczyła pojęcia „rodzic ubezpieczonego”, którym mógł być również ojczym lub macocha, ale koniecznie pozostający w dniu zgonu w związku małżeńskim z ojcem lub matką. Podobnie można stwierdzić w o.w.u., że nie każdy silny wiatr będzie huraganem, tak jak nie wszystkie opady deszczu, choćby bardzo intensywne, będą kwalifikowane jako nawalne, a nie każdy niedobór opadów będzie suszą; por. „Rzeczpospolita”, 20 października 2009, s. C3.

¹⁶ Przytaczamy różne definicje pojęcia „bójka” zawarte w o.w.u. NNW poszczególnych ubezpieczycieli; najistotniejszą różnicą jest kryterium liczby uczestników (lub jego brak) i konieczność wzajemności starcia: bójka – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik (PZU); bójka – wzajemne starcie połączone z naruszeniem nietykalności cielesnej jej uczestników, którzy wspólnie wymieniają uderzenia, występując zarazem jako napastnicy oraz broniący się (PTU); bójka – starcie co najmniej dwóch osób, z których każda występuje w roli napastnika i poszkodowanego (Ergo Hestia).

¹⁷ Erste Group, *The savings behavior country overview*, IMAS International, September 2012. Badanie przeprowadzone w miesiącach sierpień–wrzesień 2012 r. na grupie 6423 respondentów z następujących państw: Austria, Czechy, Słowacja, Węgry, Rumunia, Chorwacja, Serbia, Ukraina, Niemcy, Polska, Turcja, Czarnogóra.

¹⁸ Także z raportu z badania ilościowego dotyczącego stanu wiedzy finansowej Polaków wynika, że blisko dwie trzecie naszych rodaków uważa, że stan ich wiedzy na tematy finansowe jest niewystarczający; por. *Stan wiedzy finansowej Polaków*, Raport Fundacji Kronenberga przy Citi Handlowy, Dom Badawczy Maison, wrzesień 2009.

Izby Ubezpieczeń¹⁹ wynika, że upowszechnianie wiedzy ekonomicznej, w tym ubezpieczeniowej, powinno rozpocząć się wraz z początkiem kształcenia – na poziomie dostosowanym do wieku uczniów. Podejmowane w tym zakresie inicjatywy, wspierane przez różne instytucje publiczne i organizacje pozarządowe, są liczne i różnorodne, jednak brakuje koordynacji działań i kompleksowego podejścia do edukacji ekonomicznej²⁰. Od kilku lat można dostrzec, że edukacja ekonomiczna koncentruje się już nie tylko na dzieciach i młodzieży, lecz również na ludziach starszych, którzy ze względu na wiedzę nabytą jeszcze w innych realiach ekonomicznych bądź w oparciu o inne podstawy programowe znajdują się w grupie osób zagrożonych tzw. wykluczeniem finansowym. D. Stańko wskazuje, że zrozumienie zakresu ochrony ubezpieczeniowej opisanej w o.w.u. może być problemem szczególnie dla osób starszych²¹. Niezbędna jest zatem odpowiednia edukacja ubezpieczeniowa, którą można określić jako proces nabywania lub polepszania zdolności rozumienia ryzyka ubezpieczeniowego i specyfiki produktów ubezpieczeniowych. Innymi słowy, dzięki uzyskiwanym informacjom i instrukcjom jednostka rozwija w sobie świadomość oraz umiejętność podejmowania odpowiednich działań w kierunku zapewnienia adekwatnego poziomu ochrony ubezpieczeniowej dla obszarów ryzyka, na które jest ona narażona w dłuższej perspektywie²². Z raportu dotyczącego stanu wiedzy finansowej Polaków²³ wynika, że osoby mające niewielką wiedzę ekonomiczną są mniej zapobiegliwe od pozostałych, podobnie jak osoby pozostające w złej sytuacji materialnej.

Niski poziom świadomości i znajomości produktów ubezpieczeniowych prowadzi do wielu rozczarowań w sytuacji, gdy ubezpieczony nie zapoznał się wcześniej z o.w.u. i nie poznał podstawowych zasad ubezpieczeń²⁴. Znajomość o.w.u. wraz m.in. ze znajomością kategorii ryzyka i funkcji ochronnej ubezpieczenia jest tym bardziej istotna, że decyduje o świadomości ubezpieczeniowej, o której według T. Szumlicza świadczą „wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, czyli w konsekwencji wykazać stosowną przezorność ubezpieczeniową”²⁵. Jak już wcześniej wspomniano, należy pamiętać, że zgodnie z przepisami prawa postanowienia wzorca umowy wiążą klienta, jeżeli zostały mu doręczone przed zawarciem umowy. Nie oznacza to jednak, że klient musi zapoznać się z ich treścią, co w praktyce często właśnie nie następuje²⁶. Analiza postanowień o.w.u. jest zadaniem trudnym, ponieważ choć warunki ubezpieczenia powinny być jednoznaczne i zrozumiałe, to często pozostają roz-

¹⁹ M. Jurek, P. Marszałek, *Mapa edukacji finansowej i ubezpieczeniowej, IV edycja. Streszczenie menedżerskie*, Związek Banków Polskich, Polska Izba Ubezpieczeń, Poznań 2012.

²⁰ *Ibidem*, s. 6.

²¹ Por. D. Stańko, *Seniorzy w Polsce – perspektywa ekonomiczna*, (w:) *Osoby starsze na rynku usług finansowych. Analiza i zalecenia*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2013, s. 14.

²² Por. *Improving Financial Literacy: Analysis of Issues and Policies*, OECD 2005.

²³ *Stan wiedzy finansowej Polaków*, *op. cit.*

²⁴ Por. M. Kawiński, *Ubezpieczenia w rozwoju społeczno-gospodarczym Polski*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, numer specjalny 2, s. 5; D. Walczak, A. Żołądkiewicz, *Świadomość ubezpieczeniowa oraz skłonność do ryzyka studentów*, (w:) W. Ronka-Chmielowiec, *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” nr 228, Wrocław 2011, s. 515–523.

²⁵ T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 1 (1/2006), s. 21. S. Wieteska zagadnienie świadomości ubezpieczeniowej zestawia z kolei z samoświadomością ubezpieczeniową i wyjaśnia, że podczas gdy pojęcie świadomości ubezpieczeniowej może dotyczyć całego społeczeństwa lub jego grup, samoświadomość ubezpieczeniowa dotyczy indywidualnych osób. Wskazuje on przy tym, że również w przypadku samoświadomości jej zakres kształtują przede wszystkim ogólne warunki ubezpieczenia; por. S. Wieteska, *Świadomość czy samoświadomość ubezpieczonych*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym” 2010, nr 1 (13), s. 233.

²⁶ T. Szumlicz przekonywanie definiuje, że „ogólne warunki ubezpieczenia to książeczka, której ubezpieczający nie czyta”; T. Szumlicz, *op. cit.*, s. 23.

budowanymi dokumentami zawierającymi wiele odesłań, a ich studiowanie jest szczególnie uciążliwe w sytuacji, gdy napisane są skomplikowanym, specjalistycznym językiem²⁷. Pomimo tych utrudnień warto jest zapoznać się z treścią o.w.u., aby rozwiać wszelkie wątpliwości dotyczące rozumienia poszczególnych postanowień w nich zawartych i zdarzeń objętych konkretnym ubezpieczeniem. Choć powinna być to kwestia oczywista, w praktyce przysparza ona wielu trudności, bo z jednej strony pojawia się wspomniana niezrozumiałość języka, a z drugiej strony zapisy o.w.u. wielokrotnie wprowadzają w błąd²⁸, co w konsekwencji skutkuje kupowaniem niewłaściwej ochrony ubezpieczeniowej. Zakłady ubezpieczeń dostrzegają ten problem, lecz zdają się wychodzić z założenia, że umowa ubezpieczenia jest z natury trudna, a statystycznie liczba skarg klientów na wyrazistość i czytelność o.w.u. jest stosunkowo niewielka²⁹. Ponadto zapisy o.w.u. muszą gwarantować ubezpieczycielowi, że klienci nie będą wyłudzać świadczeń. Z tego względu niektóre zapisy wydają się restrykcyjne, gdyż w przeciwnym razie wzrosłaby szkodowość, a co za tym idzie – wysokość składki. Zatem tak naprawdę i w ostateczności odpowiedzialność za wybór odpowiedniego produktu spoczywa na kliencie, który przed zawarciem umowy powinien przestudiować (i zrozumieć) treść o.w.u., tak by później nie okazało się, że nie ma on zapewnionej ochrony, której potrzebował i oczekiwał³⁰.

Z zasady jednak klienci (pomińmy na chwilę wspomnianą niejednoznaczność zapisów) choć zdają sobie sprawę, że ogólne warunki ubezpieczeń to istotny dokument, nie są *de facto* zainteresowani ich treścią. Nie można zatem całej odpowiedzialności przerzucać na zakłady ubezpieczeń, gdyż klienci, którzy nie czytają o.w.u., nie znają zapisów w nich zawartych, a w konsekwencji nie rozumieją, dlaczego ubezpieczyciele odmawiają wypłaty świadczeń lub obniżają ich wysokość. Z danych KNF wynika, że 95% nabywców usług ubezpieczeniowych nie czyta o.w.u. przed zawarciem umowy³¹. Doświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych wskazują z kolei, że brak lub nieprecyzyjność definicji pojęć zawartych w o.w.u. często prowadzi do odmiennego rozumienia postanowień umowy i jest przyczyną powstania sporów znajdujących swój finał przed sądem³².

Należy też zwrócić uwagę, że na poziom świadomości i edukacji ubezpieczeniowej konsumentów, a co za tym idzie na ich wiedzę o produktach ubezpieczeniowych, wpływają czynniki zarówno kulturowe, jak i regulacyjne. Dla przykładu we Francji dostawca danego produktu ubezpieczeniowego ma ustawowy obowiązek rzetelnego poinformowania potencjalnego nabywcy o specyfice danego produktu, co więcej, musi upewnić się, że klient nie tylko został dobrze poinformowany, lecz także prawidłowo zrozumiał treść podanej informacji. Ponadto wymagana

²⁷ Por. P. Dudzicz, P. Matraszek, P. Nowak, Ł. Szymański, *Ubezpieczenia z głową, czyli ubezpieczeniowe ABC dla myślących przed szkodą*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2012, s. 23.

²⁸ Często również klienci wprowadzają ubezpieczyciela w błąd podczas podpisywania umowy; por. P. Majewski, D. Walczak, *(Nie)świadome zatajenia*, „Miesięcznik Ubezpieczonych” 2012, nr 9, s. 19–20.

²⁹ Por. T. Szumlicz, *op. cit.*, s. 23.

³⁰ Roli o.w.u. nie można analizować w oderwaniu od jednej z zasad ubezpieczeń – realności ochrony ubezpieczeniowej. Aby ubezpieczający mógł liczyć na to, że skutki zdarzenia losowego zostaną pokryte przez ubezpieczyciela zgodnie z obowiązującymi go warunkami oraz aby mógł rzetelnie określić swoje oczekiwania, musi znać i rozumieć określone w o.w.u. warunki.

³¹ <http://www.ubezpieczenie.com.pl> (02.10.2013).

³² Por. M. Kudlak, J. Owczarek, *Problemy rynku ubezpieczeń w świetle skarg konsumentów skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995–2005*, „Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych”, Zeszyt 6 (2006), s. 63–70; E. Kiziewicz, *Zasada transparentności a ogólne warunki ubezpieczeń*, http://rzu.gov.pl/publikacje/artykuly-pracownikow-i-wspolpracownikow/Ewa_Kiziewicz_-_Zasada_transparentnosc_a_ogolne_warunki_ubezpieczen__132.

jest, w postaci pisemnego kwestionariusza, rzetelna analiza profilu ryzyka danego klienta oraz stopnia jego skłonności do ryzyka w celu dopasowania odpowiedniego dla niego rozwiązania³³.

Warto również zwrócić uwagę na wyniki globalnego badania konsumentów usług ubezpieczeniowych przeprowadzonego przez firmę Ernst&Young³⁴ w 2012 r., z którego wynika, że konsumenci oczekują przede wszystkim większej prostoty i przejrzystości warunków ubezpieczenia oraz rzetelnej i obiektywnej informacji ze strony ubezpieczyciela, która ułatwiłaby im wybór produktu. Jest to tym bardziej istotne, że jak wynika z badań, klienci coraz częściej poszukują jasnej i czytelnej informacji o oferowanych przez ubezpieczycieli produktach na własną rękę. Mimo iż znaczenie pośredników ubezpieczeniowych w przekazywaniu informacji o warunkach danego ubezpieczenia jest wciąż duże, klienci coraz częściej – ze względu na występujące ryzyko *missellingu* (czyli świadomie nieuczciwych praktyk sprzedażowych) – dywersyfikują źródła pozyskiwania informacji o produktach. Należy przy tym zaznaczyć, że cechy i jakość oferowanego produktu oraz stabilność finansowa ubezpieczyciela są kluczowymi wyznacznikami dokonywanych wyborów – zarówno ubezpieczyciela, jak i oferowanych przez niego ubezpieczeń. Pozostałe czynniki, takie jak pozycja ubezpieczyciela na rynku oraz wspomniane rekomendacje pośredników ubezpieczeniowych, odgrywają dość ważną, jednak nie pierwszoplanową rolę. Niezwykle istotne jest zatem przedstawienie klientom jak najbardziej przejrzystych warunków ubezpieczeń, dzięki czemu będą mogli oni wybrać produkt, jakiego *de facto* potrzebują i który spełnia ich oczekiwania. Gdy odniesiemy wyniki badań do rynku polskiego, zauważymy, że niemal siedmiu na dziesięciu respondentów w Polsce zamierza w przyszłości poświęcić więcej czasu na analizę informacji o danym ubezpieczeniu. Choć w tym celu polscy konsumenci najchętniej korzystają i nadal chcą korzystać z internetu, to przy zakupie ochrony ubezpieczeniowej skłaniają się ku tradycyjnym kanałom dystrybucji. Zauważa się jednak przy tym zjawisko bierności klienta, który akceptuje dany produkt bez pytania o to, co dany doradca i dlaczego w danym przypadku rekomenduje, zwłaszcza jeśli chodzi o tak skomplikowane produkty jak ubezpieczenia na życie z funkcją oszczędzania na okres emerytalny. Stąd podmioty zaangażowane w szerzenie wiedzy na temat ubezpieczeń powinny dostarczać jak najobszerniejszej i najrzetelniejszej informacji nie tylko o warunkach i zasadach ubezpieczeń, lecz również o rodzajach informacji, o które klienci powinni zapytać przed podjęciem decyzji o nabyciu danego produktu ubezpieczeniowego, aby móc wykazać się stosowną przezornością ubezpieczeniową.

Ze wspomnianych badań Ernst&Young wynikają dwa kluczowe, optymistyczne wnioski. Po pierwsze, większość uczestników europejskiego rynku ubezpieczeniowego pozytywnie ocenia jego funkcjonowanie, a po drugie, klienci zasadniczo są przekonani, że wybrali produkt ubezpieczeniowy zgodny z ich oczekiwaniami (zwłaszcza w Wielkiej Brytanii – 84% respondentów, w Polsce – 73% badanych) (wykres nr 1).

Wyniki powyższego badania dają jednak również podstawę do stwierdzenia, że co czwarty klient nie jest zorientowany bądź jest zorientowany jedynie w niewielkim stopniu w specyficzne zagadnień związanych z ubezpieczeniami. Stąd też niezwykle istotna jest transparentność i zrozumiałość o.w.u. Należy uwzględniać przeciętny poziom wiedzy ubezpieczającego i stosować zapis umożliwiający poprawne odczytanie poszczególnych postanowień, co wyraża się m.in. w precyzyjnym określeniu zakresu oferowanego ubezpieczenia oraz przejrzystości definicji pojęć występujących w o.w.u.³⁵, które mają – jak wspomniano – z reguły inne znaczenie niż

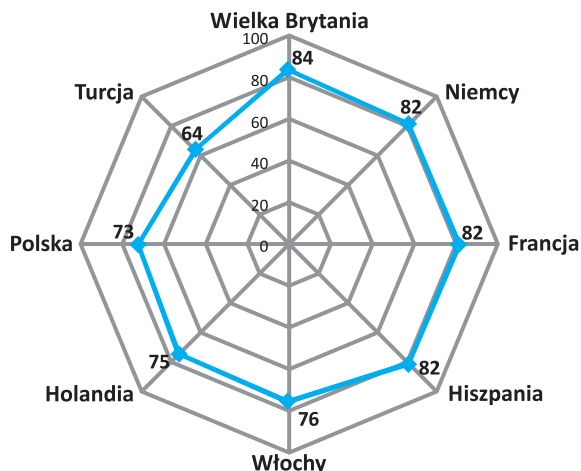
³³ *Voice of the Consumer. Time for Insurers to Rethink their Relationships. Global Insurance Consumer Survey 2012*, Ernst&Young, s. 8. Badanie zostało przeprowadzone w 23 krajach, w tym także w Polsce, gdzie badaniem objęto 1005 respondentów – klientów korzystających z usług ubezpieczeniowych.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Por. E. Kiziewicz, *op. cit.*

w mowie potocznej. Oznacza to, że realizacja świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia nie zależy od osobistego przeświadczenia klienta o wystąpieniu wskazanych w umowie zjawisk, lecz od oceny danego zdarzenia przez zakład ubezpieczeń pod kątem definicji i uregulowań zawartych w o.w.u.³⁶ Należy również zwrócić uwagę na niską jakość oferowanych ubezpieczeń, gdyż w wielu przypadkach o.w.u. nie uwzględniają szeregu czynników mających wpływ na dane ryzyko ubezpieczeniowe (np. powodziowe)³⁷.

Wykres nr 1. Pewność respondentów, że wybrali produkt ubezpieczeniowy zgodny z ich oczekiwaniami (w procentach)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Voice of the Consumer. Time for Insurers to Rethink their Relationships, Global Insurance Consumer Survey 2012, Ernst&Young, s. 7.*

Tytułem podsumowania należy stwierdzić, że pomimo powszechności zawierania umów ubezpieczenia w celu ograniczania skutków ryzyk, zarówno przez osoby fizyczne, jak i przedsiębiorstwa, wiedza na temat ubezpieczeń jest stosunkowo niewielka. Często głównym, choć błędnym motywem wyboru oferty danego zakładu ubezpieczeń jest niska cena ochrony ubezpieczeniowej (składki ubezpieczeniowej)³⁸, która jednak nie zawsze gwarantuje pożądany przez klienta zakres ochrony ubezpieczeniowej³⁹.

³⁶ http://rzu.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-majatkowe-mieszkan-i-domow-assistance/Na_jakie_codziennie_ryzyka_narazony_jest_nalezacy_do_nas_majatek_tzn_nieruchomosci_dom_mieszkanie_i_ruchomosci_rzeczy_i_p_1480 (02.10.2013).

³⁷ M. Pchałek, A. Juchnik, *Zarządzanie ryzykiem powodziowym a warunki ubezpieczeń*, „Powódź. Infrastruktura. Finansowanie” (wydanie specjalne „Wiadomości Ubezpieczeniowych”), PIU, Warszawa 2012, s. 9.

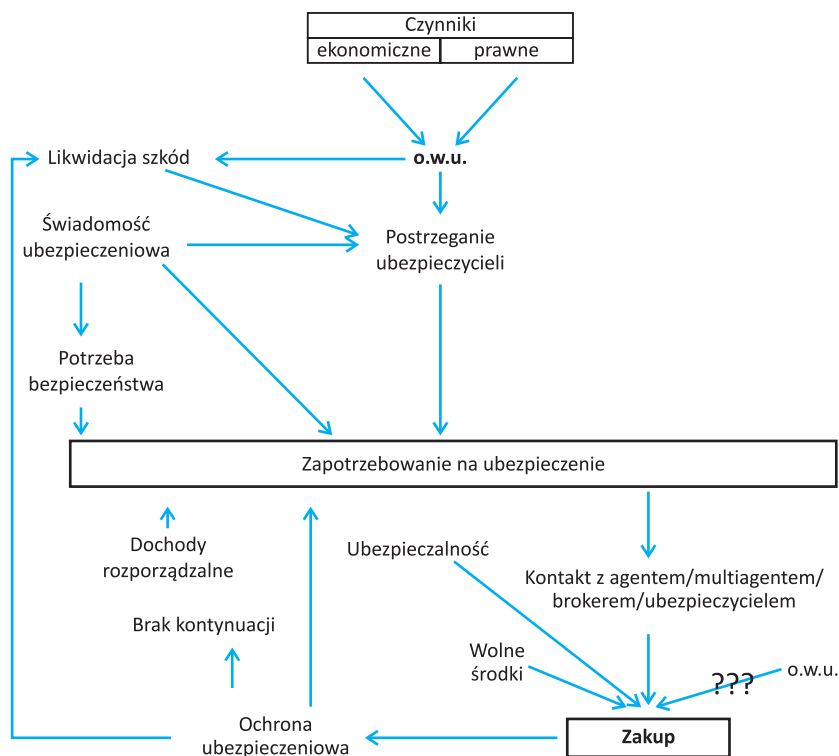
³⁸ Por. M. Borda, A. Jędrzychowska, *Analiza postaw nabywców ubezpieczeń komunikacyjnych na rynku polskim*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 13 (2/2012), s. 77. Ten sam wniosek wynika z badania „Ubezpieczenia w systemie *direct* jako model świadczenia usług ubezpieczeniowych” przygotowanego przez Zespół Ubezpieczeń Direct Polskiej Izby Ubezpieczeń w 2009 r.

³⁹ Należy podkreślić, że ubezpieczenia nie mogą być zbyt tanie. W 2011 r. Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych zapłaciło 500 tys. zł kary za oferowanie ubezpieczeń po zbyt niskiej cenie, czyli za „ustalenie składki ubezpieczeniowej w wysokości nie odzwierciedlającej ryzyka ubezpieczeniowego, wykonania wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycia kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej”.

ty reputacji, ubezpieczenie od ryzyka zmian klimatu, ubezpieczenia pokrywające ryzyka związane z nanotechnologią czy islamska forma ubezpieczenia Takaful⁴¹. Jednak rozwój rynku ubezpieczeniowego, rozumiany jako zwiększona sprzedaż zarówno tradycyjnych produktów (casco, kradzież itp.), jak i tych bardziej innowacyjnych, wymaga pozytywnego postrzegania całego sektora ubezpieczeń.

Rozwój rynku zależy od właściwego przebiegu procesu ubezpieczenia. Oczywiście rozpoczyna się on po stronie ubezpieczyciela, który ocenia ryzyko danego ubezpieczenia i na podstawie danych ekonomicznych⁴² oraz uwarunkowań prawnych tworzy ofertę zawierającą cenę oraz zakres ubezpieczenia. Na decyzję klienta o zakupie wpływ ma wiele czynników, zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich, np. świadomość ubezpieczeniowa, dochody, ubezpieczalność ryzyka, wspomniane postrzeganie ubezpieczycieli, a wreszcie zapisy zawarte w o.w.u. Niestety, jeżeli w rzeczywistości klient nie zapozna się z produktem, na który się decyduje w momencie zawierania umowy, a rubrykę o zapoznaniu się z o.w.u. odznaczy automatycznie, to może się okazać, że „zaznajomi się” z zakupionym produktem dopiero na etapie likwidacji szkody. W przypadku gdy jego odczucia względem wysokości świadczenia będą odmienne od oczekiwań, postrzeganie ubezpieczyciela oraz ogólnie ubezpieczeń istotnie ulegnie zmianie na niekorzyść. Zjawisko to zapewne przełoży się na i tak niską popularność ubezpieczeń wśród Polaków (schemat 1).

Schemat nr 1. Proces ubezpieczenia



Źródło: Opracowanie własne.

⁴¹ Por. *Product innovation in non-life insurance markets. Where little “i” meets big “I”*, „Sigma” 2011, nr 4, s. 10.

⁴² Uwzględniając m.in.: stosowanie underwritingu, koszty akwizycji czy odwrócony cykl produkcji.

Podsumowanie

Ochrona ubezpieczeniowa nie jest typowym produktem rynkowym. Klient nabywa bowiem dość abstrakcyjną gwarancję prawną pokrycia przyszłych szkód, płacąc za nią określoną cenę (składkę ubezpieczeniową)⁴³. Niestety klient przeważnie nie wie, co zakupił, a że produkt jest skomplikowany, sprzedawca (ubezpieczyciel) pewne zapisy może rozumieć inaczej niż kupujący⁴⁴. Ogólne warunki ubezpieczeń są kluczowym dokumentem, z którym należy zapoznać się przed zawarciem umowy, aby po wystąpieniu szkody i problemów z otrzymaniem świadczenia nie okazało się zasadne przytoczenie przysłowia „mądry Polak po szkodzie”. Wielu klientów nie czyta o.w.u. i wybiera dane ubezpieczenie na podstawie ceny, a nie postanowień regulujących ich prawa i obowiązki, jak też innych zapisów rozstrzygających o kształcie zawartej umowy. Powoduje to, że o.w.u. zamiast być orężem w rękach klientów, stają się dla rozczarowanych wysokością świadczenia (lub jego brakiem) wygodnym wytłumaczeniem niekorzystnej sytuacji, poprzez zrzucenie winy na kruczki prawne nierzetelnej firmy. Z tego względu szerzenie wiedzy na temat świadomości ryzyka i warunków ubezpieczeń powinno być kluczowym elementem edukacji finansowej, zwłaszcza z punktu widzenia ubezpieczycieli, którzy postrzegani są przez przyzmat wysoce złożonych i skomplikowanych produktów ubezpieczeniowych.

⁴³ Ze względu na odwrócony cykl produkcji w ubezpieczeniach większe ryzyko ponosi ubezpieczyciel. Szacuje on wysokość składki, nie znając kosztów, które pojawią się dopiero w przyszłości.

⁴⁴ Zapisy te mogą być przez ubezpieczyciela rozumiane inaczej, aby ograniczyć wysokość świadczenia, lub też – co bardziej prawdopodobne – kupujący rozumie je odmiennie (a zapoznaje się z nimi dopiero po zdarzeniu) zgodnie z mądrością: „gdzie dwóch Polaków, tam trzy zdania”.

Summary of the article

The issues of General Terms and Conditions of Insurance Contract – legal and social aspects

Aim of the article is to outline general terms and conditions of insurance contract as a significant element of the insuring process. The article presents legal basis of general terms and conditions of insurance contracts, the insurance awareness of clients and their knowledge regarding the rules and functioning of the insurance market and its products. The article presents a view that many clients do not read terms and conditions of insurance contract and they select a particular insurance on the basis of its price, whereas insurers often formulate vague and misleading statements in general terms and conditions of insurance. Above all clients expect greater simplicity and transparency of insurance terms and conditions along with honest and objective information from the insurer in order to offer the best product and make the choice easier.

Keywords: General Terms and Conditions of Insurance Contract, standard contract, insurance awareness, insurance process.

Dr **Damian Walczak**, Katedra Zarządzania Finansami Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Dr **Sylwia Pieńkowska-Kamieniecka**, Katedra Polityki Społecznej i Ubezpieczeń Uniwersytetu Warmińsko–Mazurskiego w Olsztynie.

II. INNE OPRACOWANIA

1. *Pro memoria*

Elżbieta Lukrecja Połczyńska (1936–2014)

19 marca 2014 r. zmarła w Poznaniu, w wieku 78 lat, Elżbieta Lukrecja Połczyńska. Zawodowo związana z miejscową administracją szczebla wojewódzkiego, czas wolny poświęcała pasji, którą było zaszczepienie norm prawa konsumenckiego w warunkach polskiej gospodarki. Wysiłek ten nie okazał się daremny. Pani Elżbieta Połczyńska była osobą o niekwestionowanych zasługach – inicjowała i realizowała wiele działań na rzecz ochrony konsumentów, głównie, choć nie tylko, na terenie Wielkopolski.

Z Rzecznikiem Ubezpieczonych współpracowała od początku powstania tego urzędu, desygnowana przez Federację Konsumentów do pierwszego składu Rady Ubezpieczonych – ciała opiniodawczo–doradczego Rzecznika Ubezpieczonych, którego aktywnym uczestnikiem była przez trzy kolejne czteroletnie kadencje. Do końca swoich dni uczestniczyła w pracach Rady Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej, powołanej przez Rzecznika Ubezpieczonych w 1999 r.; a po powstaniu w 2004 r. Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych – została wpisana na listę jego arbitrów.

Elżbieta Połczyńska nie przez przypadek włączyła się w działalność Biura Rzecznika Ubezpieczonych, gdy nowo powołany urząd, do którego zadań należy ochrona konsumentów usług ubezpieczeniowych, poszukiwał – w celach współpracy – osób mających doświadczenie w ochronie konsumenckiej, o co w pierwszych latach transformacji ustrojowej lat 90. ubiegłego wieku nie było łatwo. Elżbieta Połczyńska – której urok osobisty i wyrazista osobowość łączyły się z wielkopolską pracowitością i bogatym doświadczeniem w działaniach na rzecz ochrony konsumentów – stała się nieocenionym wsparciem przy organizacji kolejnych działań Rzecznika Ubezpieczonych.

Z bogatego dorobku Elżbiety Połczyńskiej należy wymienić przynajmniej kilka istotnych faktów: uczestnictwo w grupie inicjującej powstanie Federacji Konsumentów, a następnie – również w 1981 r. – zorganizowanie Klubu Federacji Konsumentów w Poznaniu, któremu mimo słabnącego zdrowia przewodniczyła aż do śmierci. Jako osoba samotna powtarzała, że Federacja Konsumentów to Jej jedyna rodzina. Idąc tym tropem, można rzec, iż dzieckiem, któremu poświęcała wiele uwagi i troski, była – powołana przy Jej wydatnym udziale – Wielkopolska Olimpiada Wiedzy Konsumenckiej. Olimpiada adresowana do uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest jedynym w Polsce przykładem harmonijnego współdziałania wielu środowisk lokalnych na rzecz popularyzacji wiedzy konsumenckiej wśród młodzieży. Elżbieta Połczyńska powtarzała, że czynnikiem, który zdecydował o niewątpliwym sukcesie tego projektu, było umiejętne połączenie wysiłku

pasjonatów wspierających działania prokonsumenckie, wywodzących się z różnych środowisk województwa wielkopolskiego, co w rezultacie przełożyło się na wieloletnią, owocną współpracę nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych, miejskich (powiatowych) rzeczników konsumentów, poznańskiej delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, poznańskiego oddziału Federacji Konsumentów, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, jak też wielkopolskiej Inspekcji Handlowej. W tym roku odbyła się jubileuszowa X edycja Olimpiady, która to cieszy się rosnącą popularnością wśród młodzieży mimo wyznaczonego dla uczestników coraz wyższego stopnia trudności. Dzięki zapobiegliwości Elżbiety Połczyńskiej Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej są stałymi fundatorami nagród dla zwycięzców Olimpiady.

Elżbieta Połczyńska stała się osobą znaną i szanowaną w branżowym środowisku w Wielkopolsce głównie dzięki temu, że nie bała się bezpośrednich kontaktów z miejscową społecznością, czego przykładem są organizowane przez Nią szkolenia dla nauczycieli o tematyce konsumenciej, dyżury w sklepach wielkopowierzchniowych, udział w audycjach radiowych lokalnych rozgłośni, jak również dyżury w poznańskim Klubie Federacji Konsumentów.

Szczególnie ciepło wspominają Elżbietę Połczyńską osoby, które reprezentowała przed sądem z ramienia Federacji Konsumentów, najczęściej, choć nie tylko, w sprawach dotyczących waloryzacji świadczeń należnych z tytułu ubezpieczeń posagowych z tzw. starego portfela. Mimo skromnej emerytury (utrzymując to w tajemnicy) udzielała wielu osobom i instytucjom wsparcia finansowego, co ujawniły pokwitowania przekazów pieniężnych odnalezione po Jej śmierci.

Mówi się często, że nie ma ludzi niezastąpionych, lecz Elżbieta Połczyńska jest przykładem zaprzeczającym tej tezie. Wypada życzyć, aby Wielkopolska doczekała się jak najszybciej godnego Jej następcy oraz by powołane przez Nią dzieła były kontynuowane i rozwijane, stając się żywym pomnikiem upamiętniającym Jej dokonania.

Krystyna Krawczyk, dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

2. Alternatywne metody rozwiązywania sporów ubezpieczeniowych. Szanse i zagrożenia w praktyce – zapis debaty zorganizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych oraz redakcję „Rozpraw Ubezpieczeniowych”

W dniu 3 kwietnia 2014 r. w siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyła się debata na temat alternatywnych metod rozwiązywania sporów. Celem spotkania było podjęcie dyskusji nad obecnym stanem oraz perspektywami rozwoju ADR, a ponadto ustalenie przyczyn niedostatecznego wykorzystania tych metod przez podmioty funkcjonujące na polskim rynku ubezpieczeniowym.

W debacie udział wzięli:

- **dr Aleksandra Wiktorow**, Rzecznik Ubezpieczonych,
- **Olesia Frączek**, wiceprezes Rady Krajowej Federacji Konsumentów,
- **Katarzyna Marczyńska**, arbiter bankowy, Związek Banków Polskich,
- **Małgorzata Rothert**, Miejski Rzecznik Konsumentów w Warszawie,
- **prof. dr hab. Aleksander Chłopecki**, przewodniczący Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego,
- **mec. Wiesław Zaborowski**, przedstawiciel Polskiej Izby Ubezpieczeń,
- **Paweł Zagaj**, naczelnik Wydziału Strategii i Analiz Departamentu Polityki Konsumentckiej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Poniżej prezentujemy szczegółowy zapis debaty.

Aleksandra Wiktorow (AW): Witam wszystkich. Temat alternatywnych metod rozwiązywania sporów (ADR) jest interesujący z różnych powodów. Po pierwsze, w Polsce sporów rozstrzyganych przy zastosowaniu ADR jest coraz więcej. Z własnych doświadczeń, jako Rzecznika Ubezpieczonych, wiem jednak, że sądownictwo polubowne jest niestety w niewielkim stopniu wykorzystywane do rozstrzygania sporów ubezpieczeniowych, by nie powiedzieć wręcz, że w tej dziedzinie nie funkcjonuje. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych działa od lat; niestety, nawet jeżeli dwie, trzy osoby rocznie zgłoszą chęć skorzystania z tego rozwiązania, to zakłady ubezpieczeń nie wyrażają zgody. Wiem, że także w innych branżach sądownictwo polubowne jest rzadko wykorzystywane do rozwiązywania sporów z konsumentami. Wiem, że jeżeli w innych branżach pojawiają się spory z konsumentami, także tam sądownictwo polubowne rzadko

jest wykorzystywane. Równocześnie pragnę nadmienić, że Rzecznik Ubezpieczonych należy do międzynarodowych organizacji, których celem jest upowszechnianie ADR, uczestniczy w spotkaniach, podczas których opracowywane są podstawy prawne dla ADR. Niejednokrotnie w naszym gronie dyskutujemy, w jakim stopniu (a także czy w ogóle) koncepcje międzynarodowe mogą być wykorzystywane. Zwracamy także uwagę na wykorzystanie elektronicznych możliwości w zakresie rozstrzygania sporów ubezpieczeniowych (tzw. ODR). Z tych właśnie względów, a także z uwagi na fakt, iż niewiele czasu pozostało na wdrożenie dyrektywy dotyczącej ADR, uznaliśmy, że warto pochylić się nad tym tematem w kontekście sporów ubezpieczeniowych, których jest naprawdę dużo. Liczę na owocną dyskusję. Na początek porozmawiamy o tym, jakie są szanse na stosowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów przez polskie podmioty.

Aleksander Chłopecki (ACh): Jako przewodniczący Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego mogę stwierdzić, że sąd ten jest dość specyficzny, ponieważ przedmiotem naszego zainteresowania są wszelkie spory pomiędzy podmiotami rynku kapitałowego. Państwo natomiast prowadzi postępowania polubowne z poszczególnych dziedzin, jak np. ubezpieczenia czy bankowość. Doświadczenia sądu przy Komisji Nadzoru Finansowego pozwalają kompleksowo zobaczyć, jak wygląda procentowo liczba poszczególnych sporów, stosunek instytucji finansowych do tego typu postępowań, wreszcie stanowisko klientów. Należy zwrócić uwagę, że w Polsce jest około 60 sądów polubownych, jednak aktywnie działających jest niewiele. Nasz sąd jest dość aktywny. Jeżeli chodzi o rynek finansowy, mniej więcej dwie trzecie spraw dotyczy sporów z bankami, około jednej trzeciej to ubezpieczenia, reszta to pośrednictwo finansowe czy spory maklerskie. Jeśli brać pod uwagę rodzaj spraw, najwięcej dotyczy umów kredytowych. W odniesieniu do ubezpieczeń spory dotyczą odszkodowań, a najbardziej problematycznymi sprawami są te z zakresu zadośćuczynień. Spory dotyczą także sposobu realizacji umów.

Jeżeli chodzi o stosunek instytucji finansowych do ADR, obserwujemy, że coraz większa ich liczba wyraża zgodę na ten tryb rozwiązywania sporów. Na 120–140 wpływających wniosków około 10% spraw jest podejmowanych, z tym że około 90% wniosków pochodzi od klientów i w tym przypadku jedynie około 15% instytucji godzi się na wszczęcie postępowania arbitrażowego. Jako praktyk mogę stwierdzić, że przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać w tym, że instytucje finansowe mają silnie rozbudowane działy prawne, co może skutkować tym, że z punktu widzenia ich interesów lepsze jest długotrwałe postępowanie sądowe niż krótkie postępowanie arbitrażowe. Na szczęście powoli się to zmienia. Zdarza się też, że gdy sprawa pojawi się na wokandzie, strony próbują się porozumieć, zanim dojdzie do postępowania (statystycznie dzieje się tak w około 10% spraw). Kolejna obserwacja dotyczy faktu, że strony coraz chętniej godzą się na mediacje. Mam wrażenie, iż nasz sąd coraz bardziej przekształca się w centrum mediacyjne. Jest to odpowiedź na potrzeby rynku. Zawsze też staram się podkreślać – opierając się m.in. na badaniach amerykańskich – że ponad 80% spraw, w których dochodzi do mediacji, kończy się zawarciem ugody. Trzeba pamiętać, że w naszych polskich warunkach, przy bardzo powolnym przyroście liczby postępowań (o ok. 10% w skali roku), te naprawdę imponujące statystyki możemy osiągnąć za 10–15 lat.

Jeśli chodzi o reakcje klientów na poziomie ogólnym, to myślę, że w dalszym ciągu świadomość konsumentów jest niezadowolająca. Dostrzegam też pewne obawy instytucji finansowych dotyczące jednoinstancyjności postępowań arbitrażowych (a takie przeważają). Z punktu widzenia prawa jedyną drogą po wyroku sądu arbitrażowego jest skarga na ten wyrok, a i tutaj możliwości stron są ograniczone.

Ostatnią kwestią, którą chcę teraz poruszyć, jest nastawienie sądów powszechnych do postępowań polubownych. Uważam, że sędziowie powinni bardziej aktywnie uczestniczyć we wspieraniu rozwoju sądownictwa polubownego. Sąd przy KNF raz na jakiś czas stara się zorganizować spotkania z przedstawicielami sądownictwa powszechnego i polubownego w celu wymiany myśli, wypracowania wspólnych stanowisk, wzajemnego wsparcia.

AW: Dziękuję. To cenne uwagi, które rzeczywiście obrazują obecny stan faktyczny. Widzę, że przedstawiciel Polskiej Izby Ubezpieczeń chce zabrać głos. Proszę.

Wiesław Zaborowski (WZ): Witam państwa. Dzisiaj występuję nie tylko jako przedstawiciel firmy TUIR Allianz Polska S.A., lecz także w imieniu samorządu ubezpieczeniowego, czyli Polskiej Izby Ubezpieczeń. Chcę na początku podkreślić, że rynek ubezpieczeniowy jest za upowszechnieniem sądownictwa polubownego. Nie jest zatem prawdą, że my cokolwiek blokujemy. Istnieje jednak wśród ubezpieczycieli pewien lęk wywołany rzeczywistością, która nas otacza. Ubezpieczenia opierają się na długofalowym planowaniu finansowym i nie możemy sobie pozwolić na niewiadomą, a niestety orzecznictwo sądów arbitrażowych nie jest jednolite. Z kolei orzecznictwo sądów powszechnych, aczkolwiek ewoluuje, nie jest zaskakujące. Tak więc co do zasady jesteśmy za rozwojem, a przeszkodą jest tu brak standaryzacji w ubezpieczeniach, która na rozwiniętych rynkach finansowych jest powszechna. U nas natomiast panuje chaos, np. w kwestiach produktowych. Myślę, że wszyscy uczestnicy rynku powinny razem wypracować określone mechanizmy. Dotyczy to także Komisji Nadzoru Finansowego. Mam nadzieję, że doczekamy chwili, w której produkty, procesy ulegną standaryzacji i zapanuje pewna spójność. Nastąpi wtedy spore uproszczenie i podejrzewam, że na skutek takich okoliczności większość sporów będzie rozstrzyganych przez ADR, a nie przez sądy powszechne. Takim przykładem są choćby fundusze kapitałowe, w których zarówno my jako samorząd, Komisja Nadzoru Finansowego, jak i Rzecznik Ubezpieczonych wspólnie wypracowujemy jednolite standardy, które przede wszystkim są przewidywalne, a ponadto akceptowalne dla uczestników rynku oraz bezpieczne dla klientów. Myślę, że w ten sposób możemy doprowadzić do sytuacji, w której sądownictwo arbitrażowe (ale nie tylko, bo jak podkreślił pan profesor, pojawiają się duże szanse na wykorzystanie mediacji) będzie szeroko wykorzystywane w sporach ubezpieczeniowych. Jest to zresztą zgodne z projektowaną dyrektywą. W myśl proponowanych postanowień postępowanie powinno być bezpłatne dla klienta. Sądy arbitrażowe są jednak wbrew pozorom droższe niż postępowanie sądowe. Tytułem przykładu: biegły przed sądem powszechnym wystawia niewielkie rachunki za ekspertyzę, w przeciwieństwie do ekspertów w sądach arbitrażowych.

Podsumowując, jeszcze raz zaznaczam, że instytucje ubezpieczeniowe są jak najbardziej otwarte na polubowne załatwianie sporów, ale obawiają się nieprzewidywalnych orzeczeń sądów arbitrażowych.

AW: Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos kolejnej osobie, chciałabym zwrócić uwagę na jedną rzecz. Mam wrażenie, że do tej pory rozmawiamy o kosztownych sporach: odszkodowania, zadośćuczynienia etc. Natomiast, jak wiemy, większość spraw sądowych dotyczy małych kwot. Z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych i ze względu na rodzaj spraw dotyczących niedużych kwot, uważam, że to właśnie na nie trzeba zwrócić szczególną uwagę.

WZ: À propos rodzajów spraw, chciałbym przypomnieć, że sprawy masowo dochodzone na podstawie cesji praw z ubezpieczenia i związane z nimi działania niejednokrotnie stanowią nad-

użycie prawa. To też jest to problem. Przy okazji chciałem powiedzieć, że słusznie pani Rzecznik wystąpiła do Sądu Najwyższego z wnioskiem o interpretację. Natomiast w mojej ocenie jest to po raz kolejny leczenie objawowe, które niestety nie dotyka źródła problemu. W praktyce jest tak, że zanim poszkodowany wystąpi z roszczeniem, informacje o szkodzie i jego dane osobowe w dziwny sposób docierają do wypożyczalni aut. Warto, by instytucje państwowe zareagowały na ten problem. Trzeba zauważyć, że około jednej trzeciej spraw o wspomnianym charakterze to sprawy wytaczane przez wypożyczalnie samochodów. W takich sytuacjach staramy się bronić, szukając różnych argumentów, jednak uważamy, że jest to nadużycie prawa. Tym samym jest to przykład sytuacji, w której występuje szereg rozmaitych stanowisk, a brak standaryzacji.

AW: Rzeczywiście jest to sytuacja szczególna, zasługująca z pewnością na uwagę, jednak wykraczająca poza ramy dzisiejszej debaty. Przejdźmy zatem do kolejnego uczestnika, pani Małgorzata Rothert, Rzecznik Konsumentów.

Małgorzata Rothert (MR): Jako reprezentantka instytucji Rzecznika Konsumentów dostrzegam pewne tendencje. Do nas trafia rzesza niezadowolonych konsumentów, a spory na styku konsument–przedsiębiorca powstają we wszystkich segmentach rynku. Jeżeli chodzi o usługi finansowe, obserwujemy ogromny wzrost liczby skarg. Wynika to z pewnością zarówno ze zwiększonej świadomości konsumentów, jak i z niechęci instytucji finansowych do pozytywnego rozpatrywania reklamacji. Z treści skarg nie wyłania się pozytywny obraz rynku. Konsumenty opisujący swoje relacje z doradcami banków czy towarzystw ubezpieczeniowych wielokrotnie wskazują, że zostali wprowadzeni w błąd co do oferowanego im produktu. Takie działania świadczą jednoznacznie o stosowaniu nieuczciwych praktyk rynkowych. Z dokumentacji przesyłanej nam przez konsumentów wynika, że instytucje finansowe ignorują takie zarzuty i odmawiają uznania skargi czy reklamacji, ewentualnie wskazują konsumentowi drogę do rzecznika czy do arbitra bankowego. Rolą rzecznika jest udzielenie porady, ale w sytuacji sporu naszym zadaniem jest zastąpienie konsumenta w sporze z przedsiębiorcą. Niejednokrotnie odgrywamy swoistą rolę mediatora i próbujemy doprowadzić do zakończenia sporu. W wielu przypadkach udaje się rzecznikom zakończyć sprawy w sposób satysfakcjonujący dla konsumenta. Obserwujemy także tworzenie się grup poszkodowanych konsumentów w celu przygotowywania pozwów zbiorowych. Z naszego punktu widzenia rozwój funkcjonowania sądownictwa polubownego jest jak najbardziej pożądany.

Paweł Zagaj (PZ): W nawiązaniu do pani wypowiedzi chciałbym zabrać głos jako przedstawiciel Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, instytucji odpowiedzialnej za wdrożenie dyrektywy dotyczącej alternatywnego rozstrzygnięcia sporów konsumenckich (ADR). Akty prawne regulujące ADR zostały przyjęte w pierwszej połowie 2013 r., UOKiK rozpoczął proces implementacji dyrektywy ADR i w związku z tym w listopadzie i grudniu 2013 r. w ramach konsultacji społecznych przekazywaliśmy państwu pisma dotyczące tego aktu. Gdy przysłuchuję się wypowiedziom uczestników dzisiejszej dyskusji na temat niskiej efektywności czy też powodów braku powszechnego stosowania ADR w przypadku rozstrzygnięcia sporów konsumenckich, nasuwają mi się następujące wnioski. Po pierwsze, istotna jest kwestia braku świadomości wśród konsumentów. Przeprowadzaliśmy badania i okazało się, że poziom świadomości jest zróżnicowany. W 2009 r. poziom ów był dość wysoki, co wiązało się z szeroko zakrojoną kampanią informacyjną na temat sądownictwa polubownego. W zeszłym roku (2013) UOKiK przeprowadził badanie konsumenckie, obejmujące m.in. sprawdzenie wiedzy konsumentów na temat

ADR, które pokazało znacznie niższy poziom tej wiedzy. Wniosek jest jeden – jedyny sposób na zwiększanie świadomości to powtarzanie działań informacyjnych. Obecnie badamy poziom wiedzy wśród przedsiębiorców. Chciałem też zauważyć, że przy ocenie statystyk i doświadczeń Komisji Nadzoru Finansowego należy uwzględnić, iż polubowny sąd przy KNF rozstrzyga także spory w sprawach B2B. Zgadzam się jednak z wnioskiem profesora Chłopeckiego (który to wniosek potwierdza nasze obserwacje), że następuje spadek zainteresowania arbitrażem na rzecz mediacji. Potwierdzają to także badania Komisji Europejskiej. W całej Unii na wszystkie ADR konsumenckie 10–15% to arbitraż, a reszta to postępowania mediacyjne lub quasi–mediacyjne. Trzeba bowiem pamiętać, że w grę wchodzi instrumenty poboczne do mediacji. Odnosząc się do nastawienia przedsiębiorców, chcę zwrócić uwagę, że po wejściu w życie dyrektywy każdy przedsiębiorca będzie zobowiązany do przekazania informacji o ADR, dzięki któremu będzie można rozwiązać spór. Taka informacja nie będzie obligowała przedsiębiorców do poddania się temu trybowi, liczymy jednak, że znacznie wzrośnie liczba wniosków o postępowania przed podmiotami ADR. Ta informacja zdecydowanie zwiększy świadomość konsumentów na temat ADR. Należy pamiętać także, że obok dyrektywy obowiązywać będzie rozporządzenie, które nałoży na przedsiębiorców kolejny obowiązek informacyjny. W odpowiedzi na stanowisko pana mecenas Zaborowskiego – odnosząc się do niejednorodności orzeczeń jako powodu, dla którego ubezpieczyciele nie są zainteresowani ADR, chciałbym wskazać, iż dyrektywa przewiduje obowiązek informacyjny także po stronie ADR. Podmioty takie będą zobowiązane do składania okresowych sprawozdań (minimum raz na dwa lata), które będą musiały zawierać m.in. ostateczne rozstrzygnięcia dotyczące przeprowadzonych sporów. Będzie to dawało obraz spraw prowadzonych w poszczególnych sektorach. Ma to na celu ujednolicenie orzecznictwa, które jest kreowane przez ADR. Być może będzie to odpowiedź na obawy rynku ubezpieczeniowego. Oczywiście czas pokaże, jak ukształtowana zostanie praktyka tych rozwiązań. Inną sprawą jest kwestia zaufania. Po stronie przedsiębiorców istnieje obawa co do podmiotów zajmujących się ochroną praw konsumentów. Ważne będzie podkreślenie niezależności instytucji ADR, które to mają spełniać wymogi sformułowane w dyrektywie.

AW: Świadomość konsumentów rzeczywiście wzrasta. Moje dwuletnie doświadczenie jako Rzecznika Ubezpieczonych pokazuje, że podwoiła się liczba kierowanych do nas spraw. A zatem wiedza wśród konsumentów jest. Z drugiej strony jest jednak jeszcze wiele do zrobienia. Wracając na chwilę do naszych wniosków do Sądu Najwyższego, chcę podkreślić, że zwracamy się do Sądu w sytuacji, gdy występuje wiele rozbieżnych rozstrzygnięć różnych sądów. W niektórych sprawach Sąd Najwyższy wydaje jednoznaczną opinię, np. w sprawie amortyzacji. Jest to z pewnością konieczne. Zapraszam do dyskusji panią prezes Federacji Konsumentów Olesię Frączek.

Olesia Frączek (OF): Jeśli chodzi o statystykę skarg, które trafiają do nas, w 2013 r. było ich ponad 130 tys., z tego około 5% dotyczyło sektora bankowego i ubezpieczeniowego. Te dwie branże zbliżają się do siebie, choćby przez oferowanie produktów łączonych. Dostrzegam, że generalnie przedsiębiorcy nie boją się mediacji, ale jeżeli chodzi o poddanie się pod spór jest dużo gorzej. Dlaczego tak jest? Pomiędzy przedsiębiorcami nie występuje konkurencja w dziedzinie jakości obsługi konsumenta. Istnieje natomiast konkurencja cenowa. Problematyczna jest z kolei jakość obsługi. Warto zauważyć, że żaden z ubezpieczycieli w swoich kampaniach nie poinformował, że w razie sporu jest gotowy skorzystać z sądownictwa polubownego. Dla konsumenta byłby to naprawdę duży bonus promujący porozumienie. Postępowanie sądowe nie zawsze jest korzystne dla obu stron. Poza tym występuje szereg okoliczności utrudniających

przebieg tego postępowania. Nadto przedsiębiorcy nie widzą interesu w postępowaniu polubownym czy w mediacjach. Być może rozwiązaniem jest podjęcie dyskusji z przedsiębiorcami na temat modelu rozwiązywania konfliktów. Parę lat temu rozpoczęliśmy prace mające na celu zorganizowanie przy Federacji Konsumentów Rady Arbitrażowej, która docelowo ma dostosować zakres swego działania do dyrektywy. Zaproponowaliśmy przedsiębiorcom następujące rozwiązanie: wspólnie będziemy opracowywać zakres spraw, które będą rozpoznawane przez arbitrów w ramach określonych sekcji branżowych. Okazało się, że jest to możliwe. Założyliśmy, że sekcja branżowa podejmie działalność, gdy zgłosi się do niej co najmniej 15 przedsiębiorców. Różnimy się od innych tym, że będziemy rozpoznawać spory konsumenckie tylko z tymi przedsiębiorcami, którzy dobrowolnie zgłoszą swoją przynależność do poszczególnych sekcji branżowych. Ma to służyć też ograniczeniu straty czasu. W interesie każdego przedsiębiorcy leży konfidencjalność, czyli rozstrzygnięcie sporu tak, aby nie uczestniczyły w nim np. media. Pozytywnym aspektem jest to, że obecnie mamy chętnych do uruchomienia sekcji w obrębie trzech branż: spożywczej, podmiotów finansowych oraz producentów sprzętu elektronicznego. Liczymy, że czas uruchomienia Rady Arbitrów nie przekroczy roku. Korzyścią dla przedsiębiorców jest z pewnością także możliwość wykazania we własnych materiałach informacyjno-promocyjnych udziału w postępowaniach polubownych przy Federacji Konsumentów.

AW: Z pewnością załatwianie spraw poza mediami jest godne uwagi. Warto dostrzec, że ubezpieczyciele są tą grupą, która ma obowiązkowy samorząd. To jest miejsce, w którym można podjąć wiążące decyzje dotyczące polubownych metod rozwiązywania sporów. Myślę, że warto to rozpatrzyć.

WZ: Korzystając z głosu – nie mogę zgodzić się, że nie konkurujemy jakością usług. Wręcz przeciwnie. Na każdym etapie staramy się działać optymalnie.

AW: Ja z doświadczenia widzę, że ubezpieczyciele faktycznie konkurują jakością oferty produkcyjnej, inaczej to niestety wygląda np. przy postępowaniu likwidacyjnym. Dobrze byłoby, gdyby obie te sprawy były brane pod uwagę przez ubezpieczycieli. Jakość usług to niezwykle ważna rzecz z punktu widzenia konsumentów. Spójrzmy, jak wygląda to w sektorze bankowym – Katarzyna Marczyńska, arbiter bankowy.

Katarzyna Marczyńska (KM): Zgadzam się z przedmówczynią. Banki zidentyfikowały te problemy 13 lat temu. Instytucja Arbitra Bankowego istnieje już od 12 lat. Na początku działalności mieliśmy 800 sporów, a w 2013 r. – już 1250. Rok rekordowy – 2011 – to 1500 spraw. Liczba i katalog skarg rosną, co potwierdza, że klienci wiedzą, gdzie się zwrócić w razie sporu. Warto zauważyć, że banki coraz szybciej reagują na sytuacje sporne, np. gdy niezadowoleni klienci grupują się w celu złożenia pozwu zbiorowego, banki podejmują działania polubowne. Jest to pewna forma konkurencji jakością – chcemy załatwić sprawę tak, by nie nadawać jej rozgłosu, a klienci byli zadowoleni. Jako przykład podam, że w dwóch potencjalnych sporach zbiorowych z pomocą warszawskiego Rzecznika Konsumentów zawarto ok. 2000 ugód. Oceniając, dlaczego instytucja Arbitra Bankowego przyjęła się i działa już od 12 lat, choć wówczas nie mówiło się jeszcze o systemie polubownego rozstrzygnięcia sporów, stwierdzam, że to dlatego, iż przedsiębiorcy pilnowali interesów swoich i swoich klientów. Uważam, że największym problemem jest antagonizowanie stron: przedsiębiorcy i konsumenta. Przecież ważna jest współpraca, a gdy mówimy o jakości obsługi, trzeba pamiętać, że jest ona istotna na każdym etapie współpracy –

nie tylko przy zawieraniu umowy, lecz także w przypadku rozbieżności wynikłych później. Dla przedsiębiorcy istotna jest też strona wizerunkowa. Kiedyś przeliczyłam koszty postępowania arbitrażowego i sądowego i okazało się, że arbitraż jest dużo tańszy dla obu stron. I co najważniejsze, jest to instytucja, z której korzysta się na zasadzie dobrowolności. Dla banków jest to także pewnego rodzaju profilaktyka – od lat funkcjonuje baza orzeczeń Arbitra Bankowego, która pokazuje, jak są rozstrzygane spory, dzięki czemu banki mogą działać zgodnie z powiedzeniem „ucz się na cudzych błędach”. Przy okazji chcę przypomnieć rok 2007, gdy pojawiło się szereg sporów dotyczących *bancassurance*. Wówczas wraz z Rzecznikiem Ubezpieczonych przeprowadziliśmy serię szkoleń, których wynikiem było opracowanie przez Związek Banków Polskich i Polską Izbę Ubezpieczeń rekomendacji dla banków. Efekt był niemal natychmiastowy, zmalała liczba skarg dotyczących ubezpieczeń grupowych. Ponadto Arbiter Bankowy publikuje sprawozdania ze swojej działalności, także na stronie internetowej, z których konsumenci dowiadują się o liczbie spraw, ich rodzaju i zapadłych rozstrzygnięciach.

AW: Podniesiona została kwestia konkurencji cenowej. My widzimy np. obniżanie składek jako element konkurencji. Nie da się jednak ukryć, że taka tendencja przekłada się zarówno na jakość obsługi, jak i na wartość odszkodowań, które są niskie. Widzę tu miejsce na działania Komisji Nadzoru Finansowego, a także Polskiej Izby Ubezpieczeń. Obniżanie cen wiąże się bowiem z późniejszym traktowaniem klientów, zwłaszcza w postępowaniach likwidacyjnych.

ACh: Nie poruszyliśmy jeszcze kilku spraw. Co do sprawy kosztów trzeba pamiętać, że sądownictwo arbitrażowe to jest po prostu biznes. Sądy arbitrażowe nie są organizacjami powoływanymi czy wspieranymi przez państwo, samorządy bądź inne podmioty. Sąd przy Komisji Nadzoru Finansowego jest specyficzny, dlatego nasze koszty są minimalne. Ale to, co istotne i trudne do realizacji, to postanowienie dyrektywy dotyczące cen. Nieodpłatne postępowanie ADR dla konsumentów oznacza, że albo koszty będą przerzucone na przedsiębiorców, albo prawdopodobnie państwo stworzy instytucje takie jak sąd arbitrażowy przy KNF, chyba że przedsiębiorcy w samorządach zdecydują się na płacenie za postępowanie. Trzeba pamiętać o pracy arbitrów, dla których jest to źródło zarobku (zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę doświadczenia międzynarodowe), a do tego dochodzą koszty ekspertów. Kolejna rzecz związana z dyrektywą to czas postępowania. Nie jest tak, że w sądach polubownych postępowanie jest bardzo krótkie. Z pewnością istotne jest zapisanie terminu przeprowadzenia postępowania. W KNF staramy się tych terminów pilnować, aczkolwiek niejednokrotnie jest to niezwykle trudne. Czas jest jedną z istotniejszych kwestii, która stanowi o konkurencyjności ADR dla sądów powszechnych. Ten ostatni czynnik ma też wpływ na indywidualne podejście sędziego czy arbitra. Sędzia sądu powszechnego nie ma szans na pamiętanie o konkretnych sprawach na przestrzeni kilku miesięcy. W arbitrażu jest inaczej. Napewno jest konieczne wprowadzenie w dyrektywie określonych postanowień, które stworzą szanse na szybkie prowadzenie postępowań. Ostatnia sprawa to kwestia podejścia do sprawy poszczególnych arbitrów. Strona powołująca określoną osobę na arbitra ma nadzieję, że będzie on jej sprzymierzeńcem, a tak nie jest. Sam występowałem w sprawie, w której zagłosowałem niezgodnie z przewidywaniami. Krótko mówiąc, wyznaczając arbitra, strona liczy na określony wynik. Dlatego ważna jest neutralność, a tym samym sposób powołania arbitra. Pojawia się pytanie do ustawodawcy, jak to rozwiązać. Ponadto wynagrodzenie nie powinno być powiązane z wynikiem postępowania. Będzie to możliwe, gdy wynagrodzenie powiążemy z wartością przedmiotu sporu. A tak jest w większości sądów arbitrażowych.

PZ: Odniosę się jeszcze na chwilę do kwestii konkurowania jakością. Pojawiają się pewne rozwiązania dla biznesu dotyczące właśnie tych problemów, a UOKiK konsultuje możliwość wprowadzenia odpowiednich narzędzi. Najlepiej rozwiniętym rynkiem finansowym jest rynek brytyjski, gdzie rzecznik (*ombudsman*) ma zdecydowanie większe możliwości. Istnieje tam praktyka publikowania raz na pół roku listy przedsiębiorców, którzy np. notorycznie odmawiają zgody na sąd polubowny. Ponadto rzecznik kontaktuje się z przedsiębiorcą działającym w sposób niekorzystny dla konsumenta. Równocześnie przedsiębiorca ma też szansę wybronięcia się od przedłożonych zarzutów. Taka czarna lista jest pewną formą konkurowania jakością, ale od strony negatywnej. Myślę, że jest to pewien pomysł, który można wykorzystać w Polsce.

ACH: Jakkolwiek pomysł sprawdza się w Wielkiej Brytanii, to moim zdaniem u nas poza tworzeniem list (a może przede wszystkim) trzeba pomyśleć o stworzeniu otoczki prawnej, która pozwoli na realne tworzenie i wykorzystanie takich list – z możliwością weryfikacji danych w nich zawartych, a jednocześnie bez ryzyka, że umieszczenie danego podmiotu na liście skończy się powództwem o naruszenie dóbr osobistych.

WZ: Co do wymogów dyrektywy myślę, że trzeba przedyskutować kwestię bezstronności – jak ten problem rozwiązać. Polska Izba Ubezpieczeń ma w tej kwestii szereg wątpliwości, zwłaszcza że jest przedstawicielem jednej ze stron – ubezpieczycieli. Wydaje się, że rozwiązaniem spełniającym wymogi bezstronności byłby sąd, o którym pan profesor mówił, czyli działający przy Komisji Nadzoru Finansowego.

ACH: Warto jednak pamiętać, że wybór sędziów dokonywany jest kolegialnie przez przedsiębiorców i konsumentów.

PZ: Chciałbym się ustosunkować do przedstawionych problemów i omówić *ratio legis* proponowanych rozwiązań. Zarówno minimalne koszty, które miałyby ponosić konsument za wniesienie sprawy, jak i czas 90 dni były istotne z punktu widzenia politycznego. Kwestia kosztów była praktycznie bezdyskusyjna, a trzeba wiedzieć, że państwa mają różne systemy ADR, różną ich organizację: od biznesowych (opartych na podmiotach niepublicznych) po czysto administracyjne. Jako ciekawostkę powiem, że najdłużej czekano na stanowisko Niemiec, które jest przyjmowane dopiero, gdy zostanie uzgodnione na poziomie krajowym z partnerami społecznymi. Tam był duży opór społeczny, zwłaszcza w kontekście zbyt szerokiego zakresu przedmiotowego dyrektywy.

ACH: Jakie było *ratio legis* postanowienia, że strona może na każdym etapie wystąpić z postępowania? Dla mnie to dość szeroki zapis.

PZ: Niektóre *ratio legis* przedstawiają tak naprawdę interesy państw członkowskich i ich porządków prawych.

ACH: Ale co należy przez to rozumieć? Kiedy można wystąpić?

PZ: W postępowaniu mediacyjnym zawsze. Trzeba pamiętać, że dyrektywa ma mieć charakter uniwersalny i tak jak powiedziałem na początku – my rozumiemy ADR jako połączenie mediacji i arbitrażu. Są państwa członkowskie, gdzie są jeszcze inne formy, które ta dyrektywa musiała

objąć. Co do poruszonej tu kwestii bezstronności: dyrektywa musiała się też odnieść do tzw. prywatnego ADR, który może być tworzony przez samego przedsiębiorcę, indywidualnie. My byliśmy temu rozwiązaniu przeciwni. Ostatecznie pozostało to jako propozycja do ewentualnego zastosowania przez państwa członkowskie. Rozwiązanie to zostało przyjęte ze względu na praktykę Francji, która od lat ma ADR tworzone przez przedsiębiorców. Jeżeli chodzi o czas postępowania – 90 dni – był to jeden z punktów krytycznych. Problemem było uzasadnienie i zagwarantowanie, że postępowanie ADR będzie atrakcyjniejsze i prostsze niż postępowanie sądowe. Nie byliśmy zadowoleni z tego rozwiązania i wnosiliśmy o pewną elastyczność. Dlatego w sytuacji, gdy będzie to uzasadnione szczególnymi okolicznościami, termin będzie mógł być wydłużony. W kwestii kosztów: Parlament Europejski chciał, by postępowanie było darmowe, co jednak było niewykonalne. Ostatecznie ustalono, że konsument może ponosić pewne minimalne koszty za skorzystanie z ADR. Zdajemy sobie sprawę, że może to okazać się problematyczne. Można rozważyć kwestię opłat ponoszonych przez przedsiębiorcę albo przez państwo. Proszę zwrócić uwagę, że to państwo ma obowiązek wdrożyć dyrektywę i stworzyć ten system. Przeprowadziliśmy rozeznanie wśród przedsiębiorców i okazało się, że są oni zainteresowani, ale nic więcej. Reasumując, istnieje konieczność ustalenia, jak powinien wyglądać model ADR oraz jak zapewnić funkcjonowanie ADR w obszarach niezagospodarowanych. Uważam, że należy liczyć na wzrost zainteresowania ADR, choćby ze względu na fakt, że dyrektywa nakłada obowiązek informacyjny i tym samym promocję tej formy działań. W naszej ocenie lepszym rozwiązaniem są postępowania mediacyjne, ze względu na koszty, czas etc. Trzeba też pamiętać, że powołana przez ONZ komisja UNCITRAL pracuje nad światowym ODR i my, wraz z całą Unią, musimy się z tym liczyć. Trzeba też zauważyć, że w Polsce następuje przyrost liczby podmiotów, które prowadzą postępowania mediacyjne. Prowadzone są mediacje każdego rodzaju: gospodarcze, rodzinne, karne. Z tego, co wiem, takich podmiotów jest około kilkuset. Rozpoczyna się konkurencja na rynku. Chcę również zwrócić uwagę, że Ministerstwo Gospodarki pracuje nad regulacjami dotyczącymi popularyzacji form mediacji i arbitrażu, zwłaszcza w sprawach gospodarczych.

AW: Zastanawia mnie, na ile jest to ministerstwo właściwe do podejmowania takich działań.

ACh: Jeszcze jedno: dyrektywa zakłada, że najpierw trzeba przejść pewną drogę reklamacyjną. Istota problemów polega na sposobie rozpatrywania reklamacji. Najprościej można to zobrazować poprzez pokazanie komunikacji między konsumentem a przedsiębiorcą. Ten ostatni posługuje się językiem urzędowym, który jest niezrozumiały dla klienta. A potem, w postępowaniu mediacyjnym, te osoby, konsument i np. adwokat będący pełnomocnikiem przedsiębiorcy, siadają naprzeciwko siebie i zaczynają rozmawiać. Trzeba zatem podkreślić znaczenie odformalizowania postępowania oraz swobodnego uczłowieczenia relacji między klientem a przedsiębiorcą. Jest to szczególnie ważne w przypadku rynku finansowego.

AW: Jak najbardziej. Warto skupić się na wypracowaniu określonego modelu ADR. Jest to także ważne z punktu widzenia funkcjonowania Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych i jednocześnie Sądu przy Komisji Nadzoru Finansowego. Dlatego ważne jest dookreślenie zasad działania istniejących podmiotów.

PZ: Rzeczywiście jest to niezwykle ważne z punktu widzenia administracji państwa. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, że państwo przeznaczają określone środki z budżetu. Dlatego są to sprawy, które powinny być poddane pod dyskusję.

AW: Ostatnia kwestia, o której już co nieco powiedzieliśmy podczas dzisiejszego spotkania. Czy ADR jest alternatywą dla sądownictwa powszechnego?

WZ: Powtórzę swoją tezę, że standaryzacja jest szansą na to, by odejść od sądownictwa powszechnego na rzecz np. mediacji.

AW: W mojej ocenie nie zawsze istnieje możliwość wypracowania jednolitych zasad i standardów, aczkolwiek nie jestem temu przeciwna. Nie da się ukryć, że bez współpracy Rzecznika Ubezpieczonych, Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Komisji Nadzoru Finansowego, a także organizacji prokonsumenckich nie jest możliwe wypracowanie wzajemnych relacji istotnych dla przyszłości ADR. Niestety, mam trochę żalu do Polskiej Izby Ubezpieczeń, gdyż za każdym, gdy zwracam się z prośbą o określone dane, dostaję odpowiedź, iż nie istnieje definicja skargi, a zatem spełnienie mojej prośby nie jest możliwe. To z pewnością utrudnia współpracę – i to mnie martwi. Liczę jednak, że uda nam się przygotować wspólne stanowisko tak w zakresie ADR, jak i w każdej innej sprawie. Myślę, że poruszyliśmy dzisiaj szereg niezwykle istotnych zagadnień, pokazaliśmy problemy, które powinniśmy próbować rozwiązać – po to, by móc działać wspólnie na rzecz upowszechniania alternatywnych metod rozwiązywania sporów. Dziękuję wszystkim uczestnikom.

Projekt i zapis debaty przygotowała mgr **Ewa Maleszyk**.

3. Orzecznictwo

Przedawnienie roszczeń wobec Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13)

a) Wprowadzenie

Na wstępie warto przypomnieć, iż do czasu podjęcia przez Sąd Najwyższy omawianej poniżej uchwały Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny prezentował stanowisko, że do jego odpowiedzialności ma wprost zastosowanie art. 442¹ § 1 k.c.¹, bowiem żaden przepis szczególny nie przewiduje w tym zakresie innego terminu przedawnienia. Fundusz wyjaśniał, że w art. 442¹ § 1 k.c. mowa jest o osobie obowiązanej do naprawienia szkody, a nie o sprawcy szkody, a tym samym Fundusz – co potwierdza również orzecznictwo – powinien być traktowany jako osoba obowiązana do naprawienia szkody w rozumieniu tego przepisu, zaś jako początek biegu terminu przedawnienia należy przyjmować datę, w której uprawniony dowiedział się o prawomocnym zakończeniu postępowania karnego wobec niewykrycia sprawcy. Natomiast w przypadkach, w których nie było prowadzone postępowanie karne, za początek biegu terminu przedawnienia Fundusz uznawał datę zdarzenia wywołującego szkodę, spowodowanego przez nieustalonego kierowcę. Fundusz wskazywał też, że w przypadkach szkód spowodowanych przez niezidentyfikowanego sprawcę osobą obowiązaną do ich naprawienia jest z mocy prawa UFG, co w konsekwencji skutkuje domniemaniem prawnym, iż uprawnieni o tym fakcie wiedzieli lub przy dołożeniu zwykłej staranności mogli się dowiedzieć.

Zdaniem UFG w sytuacji, gdy istnieje powszechny dostęp do publikowanych w Dziennikach Ustaw przepisów prawa, roszczenicy nie mogą wykazać, iż od momentu uprawomocnienia się postanowienia o umorzeniu dochodzenia z powodu niewykrycia sprawcy nie wiedzieli, że to UFG jest obowiązany do naprawienia szkody. Na potwierdzenie stawianej tezy UFG przytaczał również znaną jeszcze z czasów rzymskich zasadę prawną *ignorantia iuris nocet* (z łac. niezajomość prawa szkodzi).

Fundusz przyznawał też – co jest ważne dla omawianej problematyki – że dla zastosowania określonego w art. 442¹ § 2 k.c. terminu przedawnienia roszczeń wynikających z przestępstwa nie jest konieczny skazujący wyrok karny. Jednakże z drugiej strony wskazywał, że dla oceny, czy

¹ Uprzednio obowiązujący do dnia 9 sierpnia 2007 r. art. 442 § 1 k.c.

takie przestępstwo zostało popełnione, niezbędne staje się precyzyjne stosowanie reguł prawa karnego, a więc stwierdzenie, czy zostały wypełnione przedmiotowe i podmiotowe znamiona przestępstwa; przy czym podmiotowe znamiona przestępstwa można ustalić jedynie wówczas, gdy czyn daje się przypisać konkretnie zindywidualizowanej osobie – sprawcy. Z tych względów w ocenie Funduszu nie byłoby możliwe – jako sprzeczne z podstawowymi zasadami prawa karnego – przyjęcie, że przestępstwo zostało dokonane przez nieokreśloną osobę.

Wskazując na powyższe, a także posiłkując się przykładami z orzecznictwa Sądu Najwyższego², UFG stał na stanowisku, że przyjęcie dwudziestoletniego terminu przedawnienia na podstawie art. 442¹ § 2 k.c. (uprzednio dziesięcioletniego) wymaga ustalenia, że przestępstwo zostało popełnione przez konkretną, zindywidualizowaną osobę. Ponadto zdaniem UFG wskazywany przepis o przedawnieniu – jako wyjątek od reguły – powinien być interpretowany wyjątkowo ściśle, tj. zawężająco, i stosowany jedynie w tych przypadkach, kiedy przestępstwo jest ustalone z uwzględnieniem warunków odpowiedzialności karnej. Nieustalenie zaś sprawcy stanowi okoliczność, wobec której nie jest możliwe rozstrzygnięcie, że doszło do popełnienia przestępstwa, nawet jeżeli pozostałe okoliczności zdarzenia w istotny sposób to uprawdopodobniają.

Praktyczną konsekwencją stanowiska przyjętego przez UFG było znaczące ograniczenie czasowych ram dochodzenia roszczeń związanych ze szkodą wyrządzoną przez nieznanego sprawcę do terminu trzech lat od momentu prawomocnego umorzenia postępowania karnego. Opisana wyżej praktyka przyjęta przez UFG w odniesieniu do tego typu spraw była wysoce kontrowersyjna. Siłą rzeczy zarówno poszkodowani w opisanych wyżej okolicznościach, jak i ich pełnomocnicy z różnym skutkiem próbowali formułować różnego rodzaju kontrargumenty, mające na celu obalenie prawidłowości stanowiska UFG. Argumenty takie od lat formułował także Rzecznik Ubezpieczonych, nie zgadzając się z wykładnią przepisów przyjmowaną przez Fundusz. Przede wszystkim był to szereg bezpośrednich zarzutów wobec przyjmowanej przez Fundusz wykładni art. 442¹ § 1 i 2 k.c. (uprzednio 442 § 1 i 2 k.c.), o czym szerzej pisał Tomasz Młynarski w numerze 12 „Rozpraw Ubezpieczeniowych” (1/2012).

Dodatkowo ważkim argumentem był zarzut naruszenia przez Fundusz art. 5 k.c. (tzw. nadużycie prawa), z podkreśleniem nieuwzględniania przez Fundusz istniejącej obecnie świadomości odszkodowawczej poszkodowanych w wypadkach drogowych i ich najbliższych, czy nawet szerzej – świadomości prawnej ogółu polskiego społeczeństwa. Kwestionując prezentowane przez UFG stanowisko w kwestii przedawnienia, wyrażano rozczarowanie, iż stosowana dotychczas przez UFG praktyka nie uwzględniała przed podniesieniem zarzutu przedawnienia potrzeby badania, czy w danych okolicznościach sprawy zarzut ten nie jest sprzeczny z normą art. 5 k.c., w szczególności z zasadami współżycia społecznego.

Równie często – szczególnie w skargach formułowanych przez pełnomocników – podnoszono zarzut pogwałcenia przez Fundusz zasady równości wobec prawa w stosunku do osób znajdujących się w podobnej sytuacji prawnej. Podkreślano, że konstytucyjna zasada równości, zgodnie z którą wszyscy są równi wobec prawa i wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne (art. 32 ust. 1 Konstytucji), była w istotny sposób naruszana przez UFG, który podnosząc zarzut przedawnienia roszczeń wobec części poszkodowanych, zdecydowanie skra-

² Na przykład uchwałą SN z dnia 21 listopada 1967 r. (III PZP 34/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 94), przywoływaną przez UFG tylko częściowo, z pominięciem drugiej części sentencji niewygodnej dla tez stawianych przez Fundusz, gdzie SN stwierdził jednoznacznie, że „imiennie wskazanie sprawcy przestępstwa nie jest konieczne; natomiast wystarcza ustalenie, że sprawcą jest organ zakładu pracy albo którykolwiek z jego pracowników bądź osoba, za której postępowanie zakład pracy jest odpowiedzialny w myśl art. 429 lub 430 k.c.”, oraz wyrokiem SN z dnia 7 lutego 2000 r. (I CKN 208/98, niepubl.).

cał okres, w którym mogli oni skutecznie domagać się realizacji świadczeń odszkodowawczych i jednocześnie różnicował ich sytuację w stosunku do innych poszkodowanych czynem niedozwolonym³. W efekcie sytuacja osób poszkodowanych przez niezidentyfikowanego sprawcę stawała się znacznie trudniejsza niż osób poszkodowanych przez ustalonego sprawcę. Pojawiały się również dale idące argumenty, że interpretacja przyjmowana przez Fundusz wręcz dramatycznie pogarszała sytuację osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych (z udziałem pojazdów drogowych) w stosunku do poszkodowanych w analogicznych i podobnych zdarzeniach, np. potrąconych przez tramwaj, pociąg, poszkodowanych za sprawą pracy maszyn budowlanych, urządzeń technicznych czy też poszkodowanych na osobie w wyniku błędu medycznego, pobięcia, rozboju, skutkujących trwałym kalectwem.

Zgodnie z tym tokiem rozumowania podkreślano, że wykładnia stosowana przez Fundusz funkcjonowała w otoczeniu prawnym, w którym osoba poszkodowana na skutek przestępstwa popełnionego przez ustalonego sprawcę (bez względu na to, czy dopełnił on obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC) mogła skutecznie dochodzić swoich roszczeń od sprawcy i jego ubezpieczyciela (względnie od UFG) w terminie lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa (przy poprzednio zaś obowiązujących przepisach – w terminie lat dziesięciu). Wskazywany absurd obrazowano też przykładem⁴, gdzie pieszy potrącony przez kierującego samochodem, który to sprawca udzielił poszkodowanemu pomocy, wezwał policję i pogotowie ratunkowe, pozostając na miejscu zdarzenia, w przypadku skazania kierującego za popełnienie przestępstwa będzie miał co najmniej dwadzieścia lat na dochodzenie swoich roszczeń, co zapewnia art. 442¹ § 2 k.c. Natomiast gdyby kierujący, obawiając się sankcji za spowodowanie wypadku w stanie po spożyciu alkoholu, zbiegł z miejsca zdarzenia i nie został ustalony, poszkodowany pieszy mógłby – w świetle interpretacji Funduszu – skutecznie dochodzić swoich roszczeń w trzyletnim terminie od dnia, kiedy doręczono by mu postanowienie o umorzeniu postępowania przygotowawczego ze względu na niewykrycie sprawcy. Wydawałoby się, że w naszkicowanej sytuacji nie ma najmniejszych wątpliwości, że ucieczka sprawcy z miejsca wypadku jest wyjątkowo naganna, a jednak – zgodnie z przyjmowaną przez Fundusz wykładnią przepisów o przedawnieniu roszczeń deliktowych – poszkodowany przez nieustalonego sprawcę korzystał ze zdecydowanie niższego poziomu ochrony, a dokładniej rzecz ujmując – miał skróconą o wiele lat możliwość domagania się naprawienia powstałej szkody.

Poddając krytyce stanowisko prezentowane przez Fundusz, wskazywano również, że wyjątkowo trudno przyjąć, jakoby racjonalny ustawodawca wyłączył ochronę w postaci dłuższego terminu przedawnienia w stosunku do osób poszkodowanych deliktowo w wypadkach drogowych, tylko dlatego iż odpowiedzialność cywilna posiadaczy pojazdów mechanicznych związana jest ze stworzonymi przez państwo gwarancjami pokrycia tych szkód. Podnoszono, że powinno być zgoła odwrotnie, bowiem państwo stworzyło te gwarancje systemowe właśnie ze względów społecznych – głównie z uwagi na szczególne niebezpieczeństwo powstawania dużej liczby szkód związanych z powszechnością, a obecnie masowością używania pojazdów mechanicznych i ze względu na wynikające z tego faktu dążenie ustawodawcy do jak najszerszego i najskuteczniejszego zaspokajania roszczeń osób poszkodowanych w wypadkach drogowych. Zarzucano też, że na tym tle praktyka przyjęta przez Fundusz zdecydowanie odbiegała od wartości i celów, które przyświecały ustawodawcy tworzącemu tego typu gwarancje systemowe.

³ Istotne jest tu pierwsze zdanie tego przepisu, zawierające zasadę równości wobec prawa. UFG bowiem, mimo iż spełnia funkcje publiczne, nie jest jednak władzą publiczną.

⁴ B. Krupa, *Ignorantia iuris nocet po polsku*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 9 sierpnia 2011.

Kwestionując stanowisko Funduszu, część poszkodowanych i ich pełnomocników wskazywała również na niepełne wykonywanie funkcji systemowej przez UFG – wbrew celom, dla których ten działa, w szczególności wbrew zadaniu uszczelniania systemu gwarancyjnego dla ubezpieczeń obowiązkowych (tutaj OC posiadaczy pojazdów mechanicznych). Podnoszono, iż szczególna – gwarancyjna i ochronna – rola UFG wobec poszkodowanych i uprawnionych (zwłaszcza w odniesieniu do szkód na osobie) powinna także i w tej mierze dominować nad chęcią minimalizacji liczby i wysokości wypłacanych odszkodowań, do czego *de facto* prowadziła praktyka przyjęta przez UFG.

Problemy poszkodowanych diagnozowane przez Rzecznika Ubezpieczonych w ramach postępowań skargowych i prezentowana argumentacja prawna stały się podstawą do szczegółowej analizy problemu oraz wnikliwej kwerendy orzecznictwa sądów powszechnych w tym zakresie. Prace te, a w szczególności przegląd najnowszego orzecznictwa, gdzie stwierdzono daleko idące rozbieżności, umożliwiły Rzecznikowi sformułowanie kolejnego wniosku do Sądu Najwyższego. W odpowiedzi na pytanie prawne Rzecznika Sąd Najwyższy podjął w dniu 29 października 2013 r. uchwałę o treści: „Roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody, wynikłej ze zbrodni lub występku, wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem, których tożsamości nie ustalono (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 109a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, jedn. tekst: Dz. U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.), przedawnia się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c.”⁵.

W stosunkowo krótkim uzasadnieniu przyjętej uchwały Sąd Najwyższy podkreślił, że sąd cywilny ma kompetencję do samodzielnego stwierdzenia, czy stanowiący źródło szkody czyn niedozwolony jest przestępstwem, co jednak wymaga ustalenia jego znamion przedmiotowych i podmiotowych. Sąd Najwyższy przychylił się do – określonego przez siebie jako dominujące – stanowiska, iż dopuszczalne jest ustalenie podmiotowych znamion przestępstwa w sprawie o odszkodowanie z tytułu czynu niedozwolonego, gdy sprawca czynu nie został zidentyfikowany, przy czym podkreślił, że dokonywać tego należy na podstawie całokształtu okoliczności sprawy i przy zastosowaniu kryteriów obiektywnych. Sąd zwrócił przy tym także uwagę na odmienną funkcję spełnianych przez odpowiedzialność cywilną i karną, która nie może pozostawać bez znaczenia dla sposobu kwalifikowania przez sąd cywilny czynu sprawcy wypadku komunikacyjnego w sprawach wytoczonych przez poszkodowanych przeciwko Funduszowi.

Sąd Najwyższy ponadto zaznaczył, iż podjęta uchwała uwzględniła słuszne interesy osób poszkodowanych i uwypuklała gwarancyjną rolę Funduszu jako instytucji uzupełniającej system ubezpieczeń obowiązkowych. W ocenie sądu przyjęcie odmiennego zapatrywania, ograniczającego możliwość dochodzenia roszczeń do terminu trzyletniego, negowałoby tę gwarancyjną rolę i w nieuzasadniony sposób pogarszałoby sytuację osób pokrzywdzonych przestępstwami popełnionymi przez niezidentyfikowanych sprawców, zwłaszcza że pozostałe ofiary wypadków drogowych mogą dochodzić zaspokojenia roszczeń od sprawcy lub jego ubezpieczyciela w ciągu dwudziestu lat.

Z drugiej strony – co wymaga zaznaczenia – zdaniem Sądu Najwyższego, bezzwłoczne zgłaszanie roszczeń do Funduszu leży w interesie pokrzywdzonych, gdyż to na nich w postępowaniu sądowym spoczywa ciężar przedstawiania dowodów pozwalających na zakwalifikowanie danego czynu jako przestępstwa. Niemniej jednak zagwarantowanie dwudziestoletniego terminu

⁵ III CZP 50/13.

przedawnienia umożliwiła zniwelowanie skutków niskiego stanu wiedzy ofiar wypadków drogowych o istnieniu Funduszu i przysługujących im w związku z tym roszczeń, a tym samym zapobiega pozbawieniu ich należnej kompensaty szkód, nierzadko zresztą bardzo poważnych.

Omawiana uchwała nie zawiera niestety bliższych wskazówek co do tego, w jaki sposób w sprawach odszkodowawczych należy badać winę nieustalonego sprawcy zdarzenia, warunkującą uznanie, iż szkoda wynikała z przestępstwa. Warto zatem skorzystać w tym zakresie z wytycznych Sądu Najwyższego zawartych w wyroku z dnia 19 lipca 2012 r., gdzie wskazano, iż „należy przyjąć, że wówczas prócz stwierdzenia przedmiotowych cech przestępstwa dla stwierdzenia jego popełnienia wystarczająca jest taka ocena okoliczności popełnienia czynu karalnego, która przy uwzględnieniu jedynie kryteriów obiektywnych, pozwala na stwierdzenie, iż działanie sprawcy było w tych okolicznościach zawinione”⁶.

Reasumując, wydana uchwała stanowi pozytywną odpowiedź na pytanie zadane przez Rzecznika Ubezpieczonych oraz potwierdza wynikający z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz z prawa Unii Europejskiej równy status poszkodowanych dochodzących naprawienia szkody, niezależnie od tego, czy adresatem tych żądań jest ubezpieczyciel sprawcy, czy Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Pozwala także osobom, którym Fundusz w przeszłości odmówił spełnienia ich roszczeń (powołując się na upływ trzech lat od wypadku lub umorzenia postępowania karnego) na powrót do sprawy, o ile nie została ona dotychczas rozstrzygnięta prawomocnie na drodze sądowej.

Niestety, z pierwszych obserwacji wynika, iż Fundusz pomimo lakonicznego, ale wyraźnego kierunku zapatrywań Sądu Najwyższego na omawianą problematykę nie zmienił zasadniczo podejścia do tego typu roszczeń. Rzecznik prowadzi obecnie dalszą polemikę ze stanowiskiem Funduszu, odnosząc się do zmodyfikowanej argumentacji prawnej Funduszu. W zależności od wyników dalszych obserwacji Rzecznik będzie podejmował kolejne działania na rzecz doprowadzenia do pełnego poszanowania prawa przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Ponadto w indywidualnych sprawach, gdzie zdaniem Rzecznika Fundusz uchylił się od dogłębnego zbadania okoliczności wypadku pod kątem obiektywnych kryteriów pozwalających na zakwalifikowanie zachowania niezidentyfikowanego sprawcy jako przestępstwa, a tym samym w sposób nieuzasadniony oddali roszczenia poszkodowanych, Rzecznik będzie oferował poszkodowanym dalszą pomoc w sprawie, poprzez przedstawienie istotnego poglądu w sprawie, co – jak pokazuje obserwacja aktualnej judykatury – będzie zdecydowanie korzystnie wpływać na szanse wygranej w ramach postępowania cywilnego.

Na koniec zachęcam do zapoznania się z zamieszczoną poniżej uchwałą Sądu Najwyższego, a także do lektury artykułu Tomasza Młynarskiego, który w swojej publikacji ukazuje przyczyny podjęcia uchwały, zapatrywania Sądu Najwyższego, a także dokonuje pogłębionej oceny prawnej obecnego stanowiska Funduszu w sprawie przedawnienia roszczeń na tle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r.

Aleksander Daszewski, radca prawny, koordynator w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych.

⁶ II CSK 653/11.

b) Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. (III CZP 50/13) wraz z uzasadnieniem

Sentencja

Sąd Najwyższy na posiedzeniu niejawnym w izbie Cywilnej w dniu 29 października 2013 r., przy udziale prokuratora Prokuratury Generalnej Henryki Gajdy–Kwapień, po rozstrzygnięciu zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Ubezpieczonych we wniosku z dnia 23 maja 2013 r., RU/119/TML/13,

„Czy roszczenie do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego o naprawienie szkody wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2013 r. poz. 392), może ulegać przedawnieniu w terminie, o którym mowa w art. 442¹ § 2 k.c.?”

podjął uchwałę:

Roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody, wynikłej ze zbrodni lub występku, wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 109a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, jedn. tekst: Dz. U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.), przedawnia się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c.

Rzecznik Ubezpieczonych wniósł na podstawie art. 60 § 2 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 499) o podjęcie przez skład siedmiu sędziów Sądu Najwyższego uchwały rozstrzygającej, czy roszczenie do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego o naprawienie szkody wyrządzonej w okolicznościach, uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, tekst jednolity – Dz. U. z 2013 r., poz. 392), może ulegać przedawnieniu w terminie, o którym mowa w art. 442¹ § 2 k.c.

W uzasadnieniu wniosku wskazał na rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego, dotyczące stosowania art. 442¹ § 2 k.c. w sprawach z powództw kierowanych przez pokrzywdzonych wypadkami komunikacyjnymi, których sprawców nie ustalono, przeciw-

ko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu na podstawie art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 392 – dalej: „u.u.o.”).

Rzecznik wskazał, że w tych sprawach pozwany Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny reprezentuje pogląd, iż roszczenia odszkodowawcze, o których mowa w cytowanych przepisach, przedawniają się, zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c., z upływem trzech lat od dnia doręczenia poszkodowanemu postanowienia o umorzeniu dochodzenia z powodu niewykrycia sprawcy przestępstwa drogowego, w tym bowiem dniu, pokrzywdzony uzyskuje informację, że podmiotem zobowiązanym do naprawienia szkody jest Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, stosownie do art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 u.u.o., ewentualnie może i powinien, przy zachowaniu dbałości o własne interesy, informację taką uzyskać. Jeżeli w sprawie wypadku komunikacyjnego nie było prowadzone postępowanie przygotowawcze, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny za początek biegu trzyletniego terminu przedawnienia, skierowanego przeciwko niemu roszczenia odszkodowawczego, przyjmuje dzień wypadku komunikacyjnego. Fundusz stoi na stanowisku, że przyjęcie dłuższego terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody wynikłej z przestępstwa (obecnie dwudziestoletniego – art. 442¹ § 2 k.c., w poprzednim stanie prawnym dziesięcioletniego – art. 442 § 2 k.c.) jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy w toku postępowania cywilnego sąd ustali podmiotowe i przedmiotowe znamiona przestępstwa popełnionego przez skonkretyzowanego sprawcę, co odnosi się zwłaszcza do winy czyli strony podmiotowej czynu. Nieustalenie sprawcy przestępstwa wyłącza, według Funduszu, przyjęcie, że szkoda wynikła z przestępstwa, nawet jeśli inne okoliczności wskazują na wysokie prawdopodobieństwo jego zaistnienia. W konsekwencji Fundusz odmawia zaspokajania roszczeń, zgłoszonych przez poszkodowanych po upływie trzech lat od dnia doręczenia im postanowienia o umorzeniu dochodzenia lub po upływie trzech lat od wypadku, a w sprawach o odszkodowanie podnosi, oparty na art. 442¹ § 1 k.c., zarzut przedawnienia roszczeń, oceniany przez sądy w zróżnicowany sposób, prowadzący do powstania rozbieżności zasygnalizowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Prokurator wniósł o podjęcie uchwały, że opisane roszczenie odszkodowawcze może przedawnić się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c.

Uzasadnienie prawne

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny jest osobą prawną wykonującą zadania określone w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 392). Należy do nich między innymi, stosownie do art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 u.u.o., zaspokajanie roszczeń z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 1 i 2, w granicach określonych na podstawie przepisów rozdziałów 2 i 3, za powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej szkody na osobie, gdy szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości, oraz za powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej szkody w mieniu, w przypadku szkody, w której równocześnie u któregośkolwiek uczestnika zdarzenia nastąpiła śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający dłużej niż 14 dni, a szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości.

Podstawę prawną odpowiedzialności posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym za szkody wyrządzone w związku z ruchem tego pojazdu stanowi art. 436 § 1 w związku z art. 435 k.c. oraz art. 415 w związku z art. 436 § 2 k.c. Jeżeli szkoda zostanie wyrządzona przez nieustalonego sprawcę wypadku komunikacyjnego, cytowane przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, nakładają obowiązek naprawienia szkody na Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, tak więc dług, który w istocie jest długiem osoby odpowiedzialnej za wyrządzenie szkody i którego zaspokojenie obciąża sprawcę oraz jego ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, spłaca Fundusz – wykonując jednocześnie własne zobowiązanie.

Stosownie do art. 109a ust. 1 u.u.o., wprowadzonego z dniem 11 lutego 2012 r. na mocy ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 205, poz. 1210), roszczenia poszkodowanego do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, o których mowa w art. 98 ust. 1, przedawniają się z upływem terminu przewidzianego dla tych roszczeń w przepisach kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. Jest oczywiste, że wymieniony przepis odsyła do art. 442¹ k.c. regulującego kwestie przedawnienia roszczeń wynikłych z czynu niedozwolonego. Problem przedstawiony przez Rzecznika Ubezpieczonych sprowadza się do tego, czy w przypadku nieustalenia tożsamości sprawcy przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji, roszczenia poszkodowanych przedawniają się w terminie wskazanym w § 2 tego przepisu.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że przy uwzględnieniu dyscyplinującej, porządkującej i stabilizującej stosunki prawne funkcji przedawnienia roszczeń majątkowych, dłuższy, dwudziestoletni termin przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem, jest wyrazem uprzywilejowania osób pokrzywdzonych szczególnym rodzajem czynu niedozwolonego, jakim jest przestępstwo (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2012 r., II CSK 157/11, OSNC-ZD 2013 r., nr B, poz. 30).

Źródłem szkód komunikacyjnych są najczęściej przestępstwa stypizowane w art. 173 i 177 k.k. Stosownie do art. 178 § 1 k.k., skazując sprawcę, który popełnił przestępstwo określone w art. 173, 174 lub 177 w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub zbiegł z miejsca zdarzenia, sąd orzeka karę pozbawienia wolności przewidzianą za przypisane sprawcy przestępstwo w wysokości od dolnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę do górnej granicy tego zagrożenia zwiększonego o połowę.

Ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą, z mocy art. 11 k.p.c., sąd w postępowaniu cywilnym. Jednakże osoba, która nie była oskarżona, może powoływać się w postępowaniu cywilnym na wszelkie okoliczności wyłączające lub ograniczające jej odpowiedzialność cywilną. Regulacja ta, przewidująca moc wiążącą prawomocnych skazujących wyroków karnych, stanowi odstępstwo od zasady bezpośredniości, swobodnej oceny dowodów i niezawisłości sędziego orzekającego w sprawie cywilnej.

W orzecznictwie i piśmiennictwie ugruntowane jest stanowisko, że w przypadkach nieobjętych art. 11 k.p.c. sąd cywilny ma kompetencje do samodzielnego stwierdzenia, czy czyn niedozwolony, stanowiący źródło szkody, jest przestępstwem. Musi jednak tego dokonać w zgodzie z regułami prawa karnego, co oznacza konieczność ustalenia znamion przedmiotowych i podmiotowych przestępstwa (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 24 czerwca 1969 r., I PR 157/69, niepubl., z dnia 29 czerwca 1971 r., I PR 84/71, niepubl., z dnia 12 kwietnia 1990 r., III CRN

108/90, niepubl., z dnia 7 lutego 2000 r., I CKN 208/98, niepubl., z dnia 27 października 2010 r., V CSK 107/10, niepubl., z dnia 21 października 2011 r., IV CSK 46/11, niepubl., z dnia 18 stycznia 2012 r., II CSK 157/11, OSNC-ZD, nr B, poz.30, z dnia 21 listopada 2001 r., II UKN 633/00, OSNP 2003, nr 17, poz. 422; z dnia 25 stycznia 2002 r., II UKN 797/00, OSNP 2003, nr 22, poz. 548; z dnia 18 grudnia 2008 r., III CSK 193/08, niepubl., z dnia 15 lipca 2010 r., IV CSK 146/10, niepubl., oraz z dnia 19 lipca 2012 r., II CSK 653/11, OSNC 2013, nr 4, poz. 50).

W orzecznictwie istnieją natomiast rozbieżności co do tego, czy jest możliwe stwierdzenie podmiotowych znamion przestępstwa, gdy nie ustalono tożsamości sprawcy. Dominuje stanowisko, że dopuszczalne jest ustalenie przez sąd, na potrzeby postępowania cywilnego w sprawie o odszkodowanie z tytułu czynu niedozwolonego, na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, podmiotowych znamion przestępstwa, nawet jeżeli sprawca czynu nie został zidentyfikowany (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1967 r. – zasada prawna – III PZP 34/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 94 oraz wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 24 czerwca 1969 r., I PR 157/69, z dnia 5 maja 2009 r., I PK 13/09, OSNP 2011, nr 1–2, poz. 4 i z dnia 19 lipca 2012 r., II CSK 653/11, OSNC 2013, nr 4, poz. 50).

W judykaturze Sądu Najwyższego obecne są jednak także poglądy przeciwne, akcentujące konieczność wykazania znamion podmiotowych przestępstwa w odniesieniu do zidentyfikowanego sprawcy i wykluczające możliwość zastosowania dłuższego, obecnie dwudziestoletniego, terminu przedawnienia roszczeń odszkodowawczych w tych przypadkach, w których sprawca czynu nie został imiennie wskazany (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 8 kwietnia 1965 r., I CR 64/65, OSNCP 1966, nr 2, poz. 22, z dnia 19 grudnia 2006 r., V CSK 327/06, niepubl. i z dnia 7 lutego 2000 r., I CKN 208/98, niepubl.).

Przedstawione różnice w podejściu do możliwości stosowania terminu przedawnienia, o którym mowa w art. 442¹ § 2 k.c. (art. 442 § 2 k.c.) w odniesieniu do roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych noszących przedmiotowe znamiona przestępstwa, ale których sprawców nie zidentyfikowano, są konsekwencją odmiennego traktowania zagadnienia indywidualizacji sprawy przestępstwa i konieczności udowodnienia mu winy jako przesłanki dopuszczalności uznania, że czyn niedozwolony stanowi przestępstwo.

Przeciwnicy możliwości zastosowania dłuższego terminu przedawnienia roszczeń wynikających z czynów niedozwolonych, których sprawcy nie zostali ustalen, wychodzą z założenia o konieczności utrzymania jednolitego rozumienia pojęcia przestępstwa na gruncie prawa karnego i cywilnego. Skoro nie ma przestępstwa bez winy sprawcy, a tej nie można ustalić, gdy jego sprawca pozostaje nieznany, to sąd cywilny nie może zakwalifikować danego czynu niedozwolonego jako przestępstwa. Nie można domniemywać popełnienia przestępstwa, zwłaszcza jeśli konsekwencją jest znaczne wydłużenie terminu przedawnienia wynikających z niego roszczeń odszkodowawczych.

Poszukując rozwiązania przedstawionych rozbieżności poglądów, należy wskazać w pierwszym rzędzie na odmiennie funkcje odpowiedzialności cywilnej i karnej. Podstawową funkcją odpowiedzialności cywilnej jest zrekompensowanie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym. W przypadku odpowiedzialności karnej czołowe znaczenie ma natomiast represja wobec sprawcy przestępstwa – przy przyjęciu reedukacyjnej roli wymierzonej mu kary – oraz prewencja ogólna i indywidualna, skierowana na zwalczanie i zapobieganie przestępczości.

Ta różnica, przy dostrzeganiu potrzeby przyjęcia tożsamej definicji przestępstwa na gruncie prawa karnego i cywilnego, nie może pozostawać bez znaczenia dla sposobu kwalifikowania przez sąd cywilny czynu sprawcy wypadku komunikacyjnego jako przestępstwa, w sprawach wytoczonych przez poszkodowanych przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu

na podstawie art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 u.u.o. Odpowiedzialność Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego aktualizuje się bowiem wówczas, gdy tożsamość sprawcy wypadku komunikacyjnego pozostaje nieustalona, ponieważ sytuacja ta wyłącza, co już podniesiono, skierowanie przez poszkodowanego roszczeń przeciwko sprawcy lub ubezpieczycielowi, z którym sprawca zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W związku z tym należy przyjąć, że w tych sprawach sąd cywilny może stwierdzić, iż czyn niedozwolony niezidentyfikowanego sprawcy wypadku komunikacyjnego stanowi przestępstwo, po uprzednim ustaleniu, na podstawie przedstawionych dowodów i przy zastosowaniu kryteriów obiektywnych, że sprawcy temu można przypisać winę.

Oznacza to, że skierowane przeciwko Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku, wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 109a u.u.o.) ulega przedawnieniu na podstawie art. 442¹ § 2 k.c. Pogląd ten uwzględnia interesy osób poszkodowanych wypadkami komunikacyjnymi spowodowanymi przez nieustalonych sprawców, a także uwypukla gwarancyjną rolę Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego jako instytucji uzupełniającej system ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy lub kierujących pojazdami mechanicznymi.

W sytuacjach, w których nie ustalono tożsamości sprawcy wypadku komunikacyjnego, poszkodowany pozbawiony jest możliwości uzyskania rekompensaty szkody na osobie i mieniu od sprawcy wypadku lub jego ubezpieczyciela, świadczącej ochronę ubezpieczeniową na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Rozwiązanie ustawowe, przyjęte w art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 u.u.o. jest więc wyrazem zasługującego na aprobatę uprzywilejowania osób poszkodowanych wypadkami komunikacyjnymi, uzasadnionego masowością zagrożenia, powodowanego przez ruch pojazdów mechanicznych, rodzajem narażonych dóbr człowieka (życie i zdrowie), poważnymi, nieraz drastycznymi następstwami wypadków komunikacyjnych, a także trudnościami w uniknięciu szkód komunikacyjnych, nawet przy racjonalnym i prawidłowym zachowaniu poszkodowanego.

Pogląd przeciwny, prezentowany przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny oraz w części orzecznictwa, zgodnie z którym niemożność ustalenia osoby sprawcy wypadku komunikacyjnego wyłącza możliwość przypisania mu przestępstwa i w konsekwencji przyjęcie dłuższego terminu przedawnienia roszczeń odszkodowawczych, wynikłych z wypadku, neguje w istocie gwarancyjną rolę Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Pogarsza w niczym nie uzasadniony sposób sytuację osób pokrzywdzonych przestępstwami przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji, popełnionymi przez niezidentyfikowanych sprawców, zwłaszcza jeśli się uwzględni, że ofiary wypadków komunikacyjnych spowodowanych przez ustalonych sprawców mogą dochodzić zaspokojenia szkody od sprawcy lub ubezpieczyciela jego odpowiedzialności cywilnej w ciągu dwudziestu lat od dnia wypadku.

Podkreślenia wymaga przy tym, że ciężar wykazania okoliczności faktycznych oraz przedstawienia dowodów pozwalających na zrekonstruowanie przez sąd orzekający strony przedmiotowej i podmiotowej czynu sprawcy wypadku komunikacyjnego, którego tożsamości nie ustalono i umożliwiających zakwalifikowanie tego czynu jako przestępstwa, spoczywa, zgodnie z ogólnymi regułami, na pokrzywdzonym.

W interesie pokrzywdzonego przestępstwem pozostaje więc jak najszybsze zgłoszenie roszczeń Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu, przede wszystkim w terminie trzyletnim, biegnącym od dnia dowiedzenia się o szkodzie i o tym, że ze względu na nieustalenie spraw-

cy wypadku przez organy ścigania, podmiotem zobowiązanym do jej naprawienia jest właśnie Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Z kolei przyjęcie dwudziestoletniego terminu przedawnienia opisanych roszczeń pozwala na zapobieżenie negatywnym dla poszkodowanych skutkom upływu terminu trzyletniego, daje możliwość skompensowania szkód na osobie, będących konsekwencją wypadku, nierzadko w postaci trwałego kalectwa, rzutującego na sytuację życiową i materialną pokrzywdzonych oraz ich rodzin, a także szkód w mieniu, której to kompensaty zostaliby w innym przypadku pozbawieni. Umożliwia także zniwelowanie skutków nadal niskiego stanu wiedzy ofiar wypadków komunikacyjnych spowodowanych przez nieustalonych sprawców, dotyczącej istnienia Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i jego zadań, a także przysługujących ofiarom wypadków uprawnień, wynikających z przytoczonych regulacji.

Z tych względów Sąd Najwyższy rozstrzygnął przedstawione zagadnienie prawne, jak w uchwale.

III. RECENZJE, NOTY RECENZYJNE I NOWOŚCI WYDAWNICZE

Małgorzata Więcko-Tułowicka, „Ochrona konsumentów w umowach ubezpieczenia”, LexisNexis, Warszawa 2014, 344 s. (Marcin Orlicki)

Uwagi wstępne

Od dłuższego już czasu jednym z najistotniejszych wyzwań dla branży ubezpieczeniowej jest dostosowanie jej działalności do stale podnoszonych przez ustawodawcę standardów ochrony konsumentów. Standardy te są w ubezpieczeniach wyższe niż w innych sektorach gospodarki, co powoduje, że sprostanie im jest dla niektórych ubezpieczycieli nie lada problemem.

Nie ulega wątpliwości, że szczególna, ponadstandardowa ochrona bywa często konsumentom usług ubezpieczeniowych bardzo potrzebna. Stopień skomplikowania regulacji ubezpieczeniowych jest bowiem wyższy niż w przypadku wielu innych produktów i usług. Nawet na tle innych usług finansowych (ze swej natury skomplikowanych), ubezpieczenie jawi się jako umowa, której postanowień nie można w sposób pełny i właściwy zrozumieć bez posiadania specjalistycznej wiedzy. Przewaga ubezpieczyciela nad jego klientami bywa miazdząca, zaś mechanizmy rynkowe nie zawsze pozwalają na jej niwelację. Niemożność zrozumienia znaczenia postanowień umowy ubezpieczenia otwiera pole dla działań konkurencji opartej wyłącznie na kryterium wysokości składki i działaniach marketingowych, które niekiedy wprowadzają konsumentów w błąd.

Choć kwestie konsumenckie w ubezpieczeniach od lat stanowią zasadniczy punkt sporów praktycznych, to jednak niezbyt często bywają one przedmiotem pogłębionej refleksji naukowej. Dlatego z satysfakcją należy odnotować, że na rynku wydawniczym ukazała się monografia autorstwa Małgorzaty Więcko-Tułowickiej zatytułowana „Ochrona konsumentów w umowach ubezpieczenia”.

Opracowania naukowe to owoc nie tylko przemysłów, lecz także osobistych i zawodowych doświadczeń autorów. Trzeba podkreślić, że autorka recenzowanej monografii to osoba od dawna zaangażowana w działania związane z polityką kształtowania i stosowania prawa konsumenckiego w ubezpieczeniach – zarówno w Polsce, jak i na szczeblu ogólnoeuropejskim. Jako ekspert w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, Europejskim Urzędzie Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA) oraz w Europejskiej Sieci ds. Rozstrzygania Sporów w Zakresie Usług Finansowych (FIN-NET), dr Małgorzata Więcko-Tułowicka aktywnie uczestniczyła w wielu debatach na temat sposobów ochrony interesów konsumentów tak w Polsce, jak i w Unii Europejskiej. Wiedza i doświadczenia, gromadzone przez lata działań praktycznych, zostały zebrane w recenzowanej monografii.

1. Ocena poszczególnych części monografii

Książka „Ochrona konsumentów w umowach ubezpieczenia” to opracowanie dość obszerne (342 strony). Tom został podzielony na cztery rozdziały, z których:

- pierwszy – opisuje podstawy prawne ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych w Polsce oraz w Unii Europejskiej,
- drugi – dotyczy podstaw stosunków prawnych w umowie ubezpieczenia,
- w rozdziale trzecim dokonana została analiza skarg klientów ubezpieczycieli,
- w rozdziale czwartym wskazano środki prawne stosowane w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących praktyk na rynku ubezpieczeniowym.

W części zamykającej autorka formułuje uwagi końcowe i wnioski.

Dwa zasadnicze nurty rozważań zostały zawarte w rozdziałach pierwszym i drugim. W rozdziale pierwszym zostało ukazane prawo ochrony konsumenta w takim ujęciu i zakresie, które znajdują zastosowanie w odniesieniu do działalności ubezpieczeniowej. W rozdziale drugim autorka przeprowadziła analizę relacji prawnych wynikających z umowy ubezpieczenia przy uwzględnieniu przede wszystkim tych aspektów, które są istotne dla ochrony ubezpieczającego, ubezpieczonego i poszkodowanego.

Autorka w pierwszych dwóch rozdziałach monografii ukazuje złożoną istotę systemu ochrony konsumentów w ubezpieczeniach. Owa istota zasadza się na istnieniu dwóch warstw ochronnych: pierwszej, typowo konsumenckiej, którą ubezpieczenia mają wspólną z innymi stosunkami prawnymi o charakterze obligacyjnym, oraz drugiej – specyficznie ubezpieczeniowej.

Rzecz jasna, rozdzielanie warstw ochrony, choć konieczne przy ich opisie i analizie, w praktyce nie polega na ich szczelnej separacji. W wielu przypadkach stosowanie ogólnego prawa o ochronie konsumentów nie jest możliwe bez uwzględnienia specyficznych cech umowy ubezpieczenia. Z drugiej zaś strony, niekiedy ochrona właściwa tylko dla umów ubezpieczenia następuje poprzez rozszerzenie możliwości stosowania instrumentów ochrony konsumenckiej w rozumieniu ogólnym (tak jest choćby w przypadku regulacji prawnych zawartych w art. 805 § 4 oraz art. 808 § 5 k.c.). W dwóch pierwszych rozdziałach autorka szczegółowo ukazała owe powiązania między systemami ochronnymi o odmiennej istocie i tożsamej funkcji.

Analiza mechanizmów ochrony konsumentów w ubezpieczeniach została uzupełniona o analizy szczegółowe, odnoszące się do konkretnych, powtarzających się w wielu przypadkach, sposobów naruszania praw i interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych. Część książki poświęcona problemom konsumentów, zidentyfikowanym poprzez analizę złożonych przez nich skarg na działania ubezpieczycieli, będzie zapewne najciekawsza dla praktyków. Można w niej odnaleźć pogłębione analizy dotyczące kwestii gorąco dziś dyskutowanych, jak choćby problemu kształtu współpracy bankowo-ubezpieczeniowej (*bancassurance*), zakresu obowiązku odszkodowawczego w przypadku szkody pokrywanej przez ubezpieczyciela z obowiązkowego ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych czy też dyskryminacji w umowach ubezpieczenia.

Niewątpliwym walorem praktycznym ma również ostatnia część książki, w której zostały poddane analizie środki prawne stosowane w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości odnoszących się do praw i interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych. Szczególnie dogłębnie, starannie i kompetentnie została opracowana ta część rozdziału, która traktuje o pozasądowych metodach rozwiązywania sporów wynikłych z umów ubezpieczenia. Bez wątpienia jest to obszar, w którym polski system ubezpieczeń gospodarczych najbardziej odstaje od standardów światowych. Potrzebne są więc być może zmiany obowiązującego prawa, a z całą pewnością przebudowa mentalności i upowszechnienie wiedzy o alternatywnych sposobach rozwiązywania sporów.

Recenzowana monografia stanowi rzetelne źródło informacji o sądownictwie polubownym, mediacji i działalności organów władzy publicznej, które choć pozbawione są uprawnień władczych, to jednak przyczyniają się do rozstrzygnięcia sporów w obszarze ubezpieczeń.

Na uwagę i akceptację zasługują rozważania autorki dotyczące znaczenia instrumentów samoregulacyjnych (*soft law*) dla określania treści stosunku prawnego ubezpieczenia – szczególnie w wymiarze kształtowania obowiązków ubezpieczycieli wobec ich klientów. Instrumenty te odgrywają ostatnio coraz większą rolę na rynku ubezpieczeniowym. Ich analiza powinna być podstawą udzielenia odpowiedzi na pytanie o konieczność podejmowania przez państwo działań służących ściślejszej regulacji prawnej umowy ubezpieczenia, działań ubezpieczycieli i pośredników ubezpieczeniowych.

2. Ocena finalna

Recenzowana książka dr Małgorzaty Więcko-Tułowickiej stanowi obszerne i kompetentne kompendium wiedzy o prawie konsumenckim w ubezpieczeniach. Wszelkie zawarte w niej analizy mają walory praktyczne – dotyczą bowiem nie tylko kształtu, lecz także rzeczywistego działania prawa konsumenckiego w praktyce ubezpieczeniowej. Autorka nie udziela przy tym wskazówek pozwalających na unikanie czy też obchodzenie regulacji konsumenckich, lecz na ich stosowanie w sposób zgodny z literą i duchem prawa.

Kwestie konsumenckie nie mogą być dziś obce dla nikogo, kto zajmuje się ubezpieczeniami. Nawet przy analizowaniu ubezpieczeń zawieranych wyłącznie przez przedsiębiorców musi pojawiać się pytanie o ich ewentualne oddziaływanie na prawa i interesy konsumentów. Dlatego też książka dr Więcko-Tułowickiej, jako pierwsze całościowe, profesjonalne, obiektywne i niezwykle fachowe opracowanie prawa konsumenckiego w ubezpieczeniach, powinna znaleźć się w kanonie lektur obowiązkowych wszystkich praktyków i teoretyków ubezpieczeń.

Prof. UAM dr hab. **Marcin Orlicki**, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Nicholas Barr, Peter Diamond, „Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik”, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2014, 364 s. (Joanna Rutecka)

Funkcjonowanie systemów emerytalnych należy obecnie do najgoręcej dyskutowanych tematów, nie tylko w Polsce, lecz również za granicą. Wszystko za sprawą zmian społecznych, demograficznych i gospodarczych, które istotnie wpływają na wzrost nierównowagi wpływów i wydatków emerytalnych, a w konsekwencji prowadzą do deficytów w finansach publicznych. Rosnąca liczba osób w wieku emerytalnym przy jednocześnie coraz mniej licznych kohortach wchodzących na rynek pracy powodować musi problemy w każdym systemie emerytalnym, niezależnie od źródeł jego finansowania. Stąd na całym świecie trwa proces reformowania systemów emerytalnych, tak aby dopasować je do nowych warunków i zupełnie innych perspektyw w przyszłości.

Pod tym względem doskonałą okazją do poszerzenia kompleksowej wiedzy z zakresu teorii i praktyki reformowania systemów emerytalnych jest książka Nicholasa Barra i Petera Diamonda *Reformy systemu emerytalnego. Krótki przewodnik*, której polskie wydanie trafiło właśnie na półki księgarń. Dodać należy, że książka została bardzo zgrabnie przetłumaczona przez Zbigniewa Matkowskiego, wydana zaś przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne.

pozycja ta jest najbardziej aktualną publikacją na temat kształtowania polityki emerytalnej. Została napisana przez dwóch światowej sławy ekspertów emerytalnych, którzy doradzali wielu rządów przy reformach zabezpieczenia emerytalnego, co znajduje odzwierciedlenie w układzie i treści książki. O jej przekładzie i wydaniu zdecydował także fakt, iż jeden z autorów, Peter A. Diamond, wraz z Christopherem A. Pissaridesem oraz Dale'em T. Mortensenem, otrzymał w 2010 r. Nagrodę Banku Szwecji im. Alfreda Nobla za analizę rynków z frykcjami poszukiwań. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne publikowało już dzieła dwóch ostatnich noblistów (D. Mortensen, *Dyspersja płac. Dlaczego podobni pracownicy zarabiają różnie*, PTE, Warszawa 2012 oraz A. Pissarides, *Teoria bezrobocia w stanie równowagi*, PTE, Warszawa 2012), więc wydanie książki współautorstwa P. Diamonda jest niejako kontynuacją serii prac noblistów w dziedzinie ekonomii.

Głównym przesłaniem książki jest połączenie „teoretycznej analizy systemów emerytalnych z omówieniem doświadczeń niektórych krajów w tym zakresie w celu wyjaśnienia, jak należy projektować system emerytalny, aby ograniczyć negatywne efekty uboczne tego systemu, który w rzeczywistości stanowi wielkie dobrodziejstwo współczesnych pokoleń, zapewniając milionom ludzi wygodne zabezpieczenie na starość”. Autorzy podkreślają, że system emerytalny jest bardzo ważny dla całego społeczeństwa, gospodarki i każdego obywatela z osobna, a jego właściwe zmiany są możliwe, pomimo licznych trudności związanych z przygotowaniem odpowiedniej reformy – należy tylko dokonać kompleksowej analizy aktualnych warunków, uwzględniającej nie tylko aspekty efektywności ekonomicznej, lecz także elementy społeczne, demograficzne, kulturowe oraz odnoszące się do pożądanego podziału ryzyka w ramach całego społeczeństwa.

Niezmiernie ważnym stwierdzeniem jest, iż nie należy konstruować systemów emerytalnych w taki sposób, jakby jedynym celem tego zabezpieczenia była odpowiednia alokacja dochodu i konsumpcji w cyklu życia. Takie podejście pomija ważny aspekt redystrybucyjny, dzięki któremu można często osiągnąć istotne korzyści przy niewielkiej tylko stracie efektywności. Następuje zatem powrót do myślenia o systemie emerytalnym jako spełniającym dwa podstawowe i równorzędne cele: 1) dostarczenie dochodów w okresie emerytalnym dzięki przesunięciu konsumpcji w czasie, 2) transfer środków w kierunku osób najuboższych w celu eliminacji ubóstwa w okresie starości. Uproszczone próby tworzenia polityki emerytalnej, bazujące jedynie na wybranych elementach, skazane są na niepowodzenie i ryzyko poważnych błędów, odbijających się niekorzystnie na poziomie dobrobytu wielu obywateli.

Treść książki jest podsumowaniem szerokiej analizy reformowania systemów emerytalnych, której wyniki opublikowano w 2008 r. w formie książki zatytułowanej *Reforming Pensions: Principles*

and Policy Choices. Po jej wydaniu, bogatsi o doświadczenia ostatnich reform (m.in. w Chile i Chinach), autorzy dokonali selekcji i korekty wcześniejszego materiału, przygotowując pozycję krótszą i zawierającą szereg nowych wniosków oraz obserwacji. Publikacja jest podzielona na kilkanaście rozdziałów, w ramach których można wyróżnić cztery części: 1) teoretyczne podstawy funkcjonowania zabezpieczenia emerytalnego, 2) zasady wdrażania i aktualne trendy w zakresie reformowania systemów emerytalnych, 3) transformacja zabezpieczenia emerytalnego w wybranych krajach oraz 4) wnioski dla polityki emerytalnej w zakresie analizy i budowania systemu emerytalnego. Polski przekład został opatrzony dodatkowymi przypisami tłumacza z objaśnieniem niektórych terminów i sposobów ich tłumaczenia, co czyni lekturę zarówno pożyteczną, jak i przyjazną dla większości odbiorców. Jak bowiem napisali autorzy, „jej głównym celem jest uzbrojenie czytelników w narzędzia analizy pozwalające na wyrobienie sobie własnej opinii na temat polityki emerytalnej”.

Największą wartością publikacji jest analiza głównych przyczyn kryzysu emerytalnego, tj. braku dostosowania do długoterminowych trendów ekonomicznych i demograficznych oraz fragmentarycznego podejścia do reform emerytalnych. Autorzy kładą nacisk na konieczność optymalizacji długoterminowej polityki emerytalnej z uwzględnieniem wielu uwarunkowań, przyglądają się błędom popełnionym przez niektóre kraje podczas wdrażania reform, a także prześwietlają nie trafione zalecenia Banku Światowego. Twierdzą, że najczęściej popełnianym błędem był brak całościowej analizy specyfiki poszczególnych krajów i nadmierne koncentrowanie się wyłącznie na kwestiach efektywności ekonomicznej. Takie błędy popełniane były m.in. przy racjonalizowaniu systemów emerytalnych w drodze wprowadzania elementów finansowania kapitałowego. Błędy takie pojawiają się, gdy efektywność finansowania kapitałowego przyjmowana jest za pewnik, bez rzetelnej i szerokiej analizy potencjalnych skutków wprowadzania zmian, uwzględniającej administracyjne, instytucjonalne i finansowe możliwości danego kraju. Bardzo ciekawą częścią jest także analiza dylematów będących następstwem przemian demograficznych, a odnoszących się do konieczności podwyższenia składek, obniżenia świadczeń, podwyższenia wieku emerytalnego czy też stymulowania dodatkowych oszczędności emerytalnych.

Ostatnia część zawiera propozycje konstrukcji systemów emerytalnych w krajach o niskich dochodach, krajach średniorozwiniętych i wysokorozwiniętych. Autorzy wskazali, że im słabiej rozwinięty jest dany kraj, tym mniejszy jest wachlarz potencjalnych reform, ze względu na ograniczone możliwości finansowe i administracyjne. Ponadto w krajach o mniejszych wpływach budżetowych zdecydowanie ważniejsza jest prosta i wiarygodna forma gromadzenia dodatkowych oszczędności emerytalnych niż wprowadzanie zachęt podatkowych. Ulgi natomiast mogą wprowadzać kraje bogatsze, chociaż w tym przypadku niezbędne są także efektywny nadzór i uważna obserwacja efektów wprowadzonych zachęt.

Książka jest obowiązkową lekturą dla wszystkich osób zajmujących się zawodowo tematyką emerytalną i pokrewną. Na pewno powinni ją przeczytać przedstawiciele władz kreujących politykę emerytalną i społeczno-gospodarczą oraz wykonawcy tej polityki w każdym kraju i na każdym szczeblu. Publikacja ta ma ogromną wartość dla wszystkich ekspertów, zarówno teoretyków, jak i praktyków, a z jej walorów edukacyjnych skorzystać mogą niewątpliwie także studenci. Z uwagi na multidyscyplinarny charakter wzbudza zainteresowanie przedstawicieli wielu dziedzin – od ekonomistów i prawników począwszy, na socjologach i psychologach skończywszy. Trudno się temu jednak dziwić, bowiem każdy powinien mieć wyrobioną opinię na temat funkcjonowania systemu emerytalnego i prowadzonej w kraju polityki emerytalnej.

Dr **Joanna Rutecka**, Zakład Demografii Instytutu Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Nowości wydawnicze

(wybrane pozycje, które ukazały się w I poł. 2014 r. oraz uzupełnienie za rok 2013)

I. Zagadnienia ogólne: finanse, prawo, ubezpieczenia

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Teresa Czerwińska (red.), *Zarządzanie ryzykiem i ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2013, 184 s.
2. Ewa Dziwok, Jerzy Mika (red.), *Innowacje w finansach i ubezpieczeniach – metody matematyczne i ekonometryczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013, 161 s. („Studia Ekonomiczne” nr 154/13 – Zeszyty Naukowe Wydziału Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach).
3. Beata Glinka, Przemysław Hensel (red.), *Zarządzanie ryzykiem i ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2013, 184 s.
4. Marcin Kawiński, *Ubezpieczenia w rozwoju społeczno–gospodarczym Polski*, Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej, Warszawa 2013, 81 s.
5. Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska, Ewa Poprawska, Wanda Ronka-Chmielowiec (red. nauk.), *Metody aktuarialne: zastosowania matematyki w ubezpieczeniach*, PWN, Warszawa 2013, 233 s.
6. Krzysztof Łyskawa, Piotr Majewski, Damian Walczak (red. nauk.), *Ubezpieczenia i finanse – nowe perspektywy*, t. 3, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Instytut Badań Gospodarczych, Toruń 2013, 237 s.
7. Anna Organiściak-Krzykowska, Joanna Bak (red.), *Problematyka współczesnych ubezpieczeń*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2013, 137 s.
8. Małgorzata Serwach (red.), *Ryzyko ubezpieczeniowe. Wybrane zagadnienia teorii i praktyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013, 374 s.
9. Ewa Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia dla przedsiębiorstw*, Wydawnictwo SGH, Warszawa 2014, 253 s.
10. Małgorzata Więcko-Tułowicka, *Ochrona konsumentów w umowach ubezpieczenia*, LexisNexis, Warszawa 2014, 344 s.

C. Periodyki, zeszyty naukowe, zbiory materiałów, raporty

1. Monitor Ubezpieczeniowy (wersja elektroniczna), nr 56; nr 57.

II. Ubezpieczenia gospodarcze

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

1. Halina Czapla, *Biuletyn cen ubezpieczeniowych: ubezpieczenia, odszkodowania, klęski żywiołowe BCU. I półrocze 2013 r.*, Wydawnictwo Promocja, Warszawa 2013, 76 s.
2. Małgorzata Gajdzica, *Ubezpieczenia w gospodarstwach rolnych*, stan prawny na dzień 1 października 2013 r., Zachodniopomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego, Barzkowice 2013, 28 s.

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Szymon Byczko (red.), *Świadczenia pieniężne ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia. Zagadnienia prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013, 151 s.
2. Jarosław Domański, *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non profit*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, 140 s.
3. Anna Konert, *Odpowiedzialność za szkodę na ziemi wyrządzoną ruchem statku powietrznego*, stan prawny na dzień 1 stycznia 2014 r., Wolters Kluwer, Warszawa 2014, 300 s.
4. Anna Konert, *Ubezpieczenia lotnicze*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, 228 s.
5. Judyta Przyłuska, *Rozwój lokalnego rynku ubezpieczeń na życie w świetle czynników społeczno-ekonomicznych*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013, 195 s.
6. Ryszard Stempel, *Ubezpieczenia inżynieryjno-techniczne*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Wydawnictwo Expol, Olsztyn-Włocławek 2013, 147 s.
7. Magdalena Szczepańska (red. nauk.), *Ubezpieczenia dla biznesu*, Wydział Prawa i Administracji UW Koło Naukowe Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, Warszawa 2013, 174 s.
8. Magdalena Szczepańska (red.), *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – ich rola, wartość, dobre praktyki*, Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej, Warszawa 2013, 101 s.
9. Kamil Zaradkiewicz (red.), *Niedozwolone postanowienia umowne w umowach ubezpieczenia*, Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej, Warszawa 2013, 111 s.

C. Periodyki, zeszyty naukowe, zbiory materiałów, raporty

1. Prawo Asekuracyjne, nr 1 (78) 2014; nr 2 (79) 2014.
2. Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 3/2013; nr specjalny 4/2013; nr 1/2014.

III. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne

A. Zbiory przepisów, komentarze, orzecznictwo

1. Dorota Bieniasz, *Ubezpieczenia społeczne – poradnik dla osób starszych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2013, 88 s.
2. Jerzy Kuźniar (red.), Ewa Dziubińska-Lechnio et al., *Ubezpieczenia społeczne 2014*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, 1440 s. (Meritum)
3. *Prawo pracy i ubezpieczenia: ujednolicone przepisy*, stan prawny na dzień 10 stycznia 2014 r., Legis, Warszawa 2014, 419 s.

4. Leszek Skupski (red.), *Ubezpieczenia społeczne 2014. Zbiór przepisów*, stan prawny na dzień 3 lutego 2014 r., Oficyna Prawa Polskiego, Warszawa 2014, 320 s.
5. Helena Turczynowska *et al.*, *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych 2014 z komentarzem*, stan prawny na dzień 1 kwietnia 2014 r., Infor, Warszawa 2014, 148 s.
6. *Ubezpieczenia społeczne 2014. Podręczny zbiór przepisów*, Oficyna Prawa Polskiego, Warszawa 2014, 320 s.
7. Anna Wyciszczak, *Ubezpieczenia społeczne i świadczenia ZUS, zasiłki, emerytury, renty*, stan prawny na dzień 1 lutego 2014 r., Wydawnictwo Od.Nowa, Warszawa 2014, 472 s.

B. Monografie i inne opracowania autorskie

1. Renata Babińska-Górecka, *Skutki prawne orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego w dziedzinie ubezpieczenia społecznego*, Difin, Warszawa 2014, 290 s.
2. Dorota M. Fal, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich*, Centrum Edukacji Ubezpieczeniowej, Warszawa 2013, 103 s.
3. Piotr Lechośław Kamiński, *Charakter prawny świadczeń z ubezpieczenia społecznego wspomagających rehabilitację zawodową ubezpieczonego*, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, 237 s.
4. Zofia Kluszczyńska, Katarzyna Roszewska, Grażyna Szpor, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, wyd. 7, LexisNexis, Warszawa 2013, 340 s.
5. Łucja Kucharczyk-Rok, Olaf Rawski, Anna Żoła (red.), *Ubezpieczenie społeczne dawniej i dziś: w 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Wrocław–Warszawa 2013, 213 s.
6. Leokadia Oręziak, *OFE katastrofa prywatyzacji emerytur w Polsce*, Wydawnictwo Książka i Prasa, 2014, 401 s.
7. Marek Szczepański (red. nauk.), *Reformowanie systemów emerytalnych – porównania i oceny*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2013, 379 s.
8. Jacek Wantoch-Rekowski, *System ubezpieczeń społecznych a budżet państwa – studium prawnofinansowe*, stan prawny na 1 grudnia 2013 r., Wolters Kluwer, Warszawa 2014, 328 s.

C. Leksykony i słowniki

1. Dorota Kosacka, Bogdan Olszewski, *Leksykon świadczeń ZUS*, Wydawnictwo UNIMEX, Wrocław 2014, 930 s.

Opracowała: mgr **Barbara Sękowska**.

Załączony do poprzedniego numeru „Rozpraw Ubezpieczeniowych” spis publikacji zawartych w „Rozprawach” nr 1–15 został również opracowany przez Barbarę Sękowską, co nie zostało uwidocznione. Za to pominięcie przepraszamy Autorkę i Czytelników.

IV. SPRAWOZDANIA I INFORMACJE

Sprawozdanie z konferencji „Zadośćuczynienie na rzecz poszkodowanego i najbliższych członków rodziny w orzecznictwie sądów powszechnych i Trybunału Konstytucyjnego”, Warszawa, 20 stycznia 2014 r. (Tomasz Młynarski)

W dniu 20 stycznia 2014 r. w Sali Kolumnowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej odbyła się konferencja „Zadośćuczynienie na rzecz poszkodowanego i najbliższych członków rodziny w orzecznictwie sądów powszechnych i Trybunału Konstytucyjnego”. Została ona zorganizowana przez sejmową Komisję Nadzwyczajną ds. Zmian w Kodyfikacjach oraz Ministra Sprawiedliwości, przy współudziale Trybunału Konstytucyjnego, Sądu Najwyższego i Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Jako pierwszy głos zabrał marszałek senior Sejmu RP **dr Józef Zych**, który przedstawił referat „Dochodzenie zadośćuczynienia w polskim systemie prawnym”. Na wstępie podkreślił on, iż dochodzenie zadośćuczynienia jest jedną z kluczowych kwestii dla polskiego systemu prawnego. Zespół, którym kierował dr Zych, przeprowadził szeroko zakrojone badanie orzecznictwa sądowego w tego sprawach o zadośćuczynienie. Skupiono się przy tym szczególnie na porównaniu kwot przyznawanych tytułem zadośćuczynienia przez zakłady ubezpieczeń z kwotami zasądzanymi następnie w procesie cywilnym. Zauważalne jest w tej mierze urealnienie przyznawanych przez sądy świadczeń, z korzyścią dla poszkodowanych, co powodowane jest odejściem od dotychczasowego sposobu myślenia, ukształtowanego jeszcze w latach 50. poprzedniego wieku. Co ciekawe, sądy drugiej instancji na ogół albo akceptują przyznane w pierwszej instancji kwoty albo wręcz znacznie je podwyższają.

Znaczna część przebadanych spraw dotyczyła zadośćuczynienia z art. 448 w zw. z art. 24 k.c. Dr Zych zaznaczył, iż przy dodawaniu § 4 do art. 446 k.c. parlamentarzyści mieli na celu uproszczenie dochodzenia roszczeń przez osoby bliskie zmarłym, tak by nie musiały one udowadniać naruszenia ich dóbr osobistych. Dlatego też zdecydowanie przyjąć trzeba, iż wprowadzenie do polskiego prawa tej nowej instytucji nie zamyka drogi przewidzianej przez art. 448 k.c. Dostrzegalny obecnie problem wynika natomiast w dużej mierze z wydłużenia terminu przedawnienia roszczeń powstałych na skutek przestępstwa do 20 lat. Wywołuje to w praktyce liczne trudności, takie jak konieczność poszukiwania dowodów po wielu latach od zdarzenia czy prawidłowe ustalenie kręgu osób uprawnionych. Zakłady ubezpieczeń nie tworzyły ponadto w przeszłości odpowiednich rezerw na zaspokojenie dochodzonych teraz roszczeń.

Oczekiwania społeczne wobec Sejmu powodują, zdaniem posła Zycha, konieczność rozstrzygnięcia następującego dylematu: czy problematykę zadośćuczynień pozostawić wykładni Sądu Najwyższego, czy też może znowelizować art. 445 k.c. przez określenie dokładnych przesłanek i kryteriów miarkowania tego świadczenia. Wątpliwości dotyczą również zagadnienia, jak należy rozumieć użyte w art. 446 § k.c. określenie „najbliższy członek rodziny zmarłego”.

Następnie głos zabrał sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości **Jerzy Kozdroń**, który omówił pokrótce problematykę kompensacji naruszeń najważniejszych dóbr osobistych, jakimi są zdrowie i życie. Poruszył przy tym zarówno kwestię wprowadzenia do kodeksu cywilnego instytucji zadośćuczynienia pieniężnego dla najbliższych członków rodziny zmarłego, jak i najważniejsze czynniki dotyczące miarkowania zadośćuczynienia.

Kolejnym mówcą był prezes Trybunału Konstytucyjnego **prof. Andrzej Rzepliński**, który rozpoczął od żartu, że choć Konstytucja nie zna pojęć „zadośćuczynienie” i „krzywda”, to Trybunał jakoś sobie z tym radzi. Przedstawił następnie tezy poszczególnych judykatów Trybunału, które wprost lub pośrednio dotyczą tego zagadnienia. Wynika z nich chociażby to, że zadośćuczynienie jest ustanawiane przez ustawodawcę dla ochrony praw podstawowych, dlatego też instrument ten powinien być skuteczny i zgodny z porządkiem prawnym. W świetle orzecznictwa Trybunału ograniczanie prawa do zadośćuczynienia ze względu na trudną sytuację budżetową państwa jest możliwe wyłącznie w wyjątkowych przypadkach, przy czym nie można z tego powodu pomniejszać świadczeń w indywidualnej sprawie. Niedopuszczalne jest także sztywne kształtowanie zadośćuczynienia przez ustawodawcę, jego miarkowanie pozostaje bowiem w zakresie kompetencji sądu orzekającego.

Prof. Tadeusz Erciński, prezes Sądu Najwyższego stojący na czele jego Izby Cywilnej, poświęcił swoje wystąpienie omówieniu orzecznictwa Sądu Najwyższego z ostatnich lat. Zgodnie z tymże emocjonalna więź rodzinna między osobami najbliższymi jest jednym z dóbr osobistych podlegających ochronie. Określenie zaś „najbliższy członek rodziny” obejmuje również osoby niezwiązane ze zmarłym formalną więzią prawną. Judykatura Sądu Najwyższego wskazuje ponadto na kryteria miarkowania zadośćuczynienia. Co ważne, nie powinien liczyć się status materialny poszkodowanego, a stopa życiowa społeczeństwa tylko pośrednio może rzutować na umiarkowany charakter zasądzonych świadczeń. Również wysokość kwot przyznawanych w innych sprawach może mieć charakter jedynie orientacyjny i nie może naruszać zasady indywidualizacji. Zauważalna jest tendencja do wzrostu wysokości zadośćuczynień, obecna również w sądach powszechnych. Wymagalność zadośćuczynienia powinna się natomiast wiązać z wezwaniem zobowiązanego przez uprawnionego do spełnienia świadczenia. Prelegent stanął na stanowisku, iż w dalszym ciągu jest wiele kwestii, które mogą zostać wyjaśnione w orzecznictwie sądowym, a sięganie po zmiany ustawodawcze powinno być ostatecznością, gdyż część istotnych pojęć jest nieostra i nie da się ich zdefiniować w ustawie. Zaapelował w związku z tym o cierpliwość, gdyż sądy już nieraz pokazywały, że potrafią się z takimi problemami uporać.

Z kolei **Andrzej Maciążek**, wiceprezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, przedstawił punkt widzenia ubezpieczycieli. Zwrócił uwagę, że punktem odniesienia dla zakładów ubezpieczeń są orzeczenia sądów, co jednak przysparza licznych trudności, czego przykładem są chociażby różnice regionalne w zasądzonych zadośćuczynieniach i generalny brak przewidywalności wysokości tych świadczeń. Z analiz przeprowadzonych przez zespół marszałka Zycha wynika zdaniem prelegenta wnioski, że z jednej strony potrzebna jest uchwała Sądu Najwyższego, mająca dla sądów moc wiążącą, z drugiej zaś celowa jest nowelizacja art. 445 k.c., przy czym wskazane jest sięganie do rozwiązań legislacyjnych i orzeczeń sądów zagranicznych.

W dalszej części konferencji odbyła się dyskusja, w której udział wzięli przedstawiciele różnorodnych środowisk. Jako pierwsza głos zabrała sędzia Trybunału Konstytucyjnego **prof. Małgorzata Pyziak-Szafnicka**. Podkreśliła, iż zasada pełnego odszkodowania dotyczy jedynie szkód majątkowych, natomiast fakultatywność zadośćuczynienia jest akceptowana przez Trybunał. Z jego orzecznictwa nie wynikają natomiast wskazania dla ustawodawcy w przedmiocie wyliczenia dóbr osobistych.

Sędzia **Magdalena Kocój** z Sądu Okręgowego w Rzeszowie zaznaczyła, iż w dziedzinie zadośćuczynienia w orzecznictwie rysuje się wyraźna tendencja, która powinna skłonić ubezpieczycieli do weryfikacji stanowisk, tak by uprawnieni nie musieli tak licznie wnosić pozwów. Dyskutantka zwróciła też uwagę na widoczną po stronie zakładów ubezpieczeń niechęć do zawierania ugód, co w wielu sprawach jedynie mnoży koszty.

Dr hab. Ewa Bagińska, prof. Uniwersytetu Gdańskiego i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, wyraziła swój sceptycyzm wobec niektórych tez wynikających z orzecznictwa Sądu Najwyższego. Jej zdaniem w orzeczeniach tych nie dokonuje się rozróżnień między odpowiedzialnością na zasadzie winy i ryzyka. Wątpliwości budzi także to, czy odpowiedzialność posiadacza pojazdu mechanicznego obejmuje naruszenie dóbr osobistych pośrednio poszkodowanych.

Natomiast **Tomasz Młynarski** z Biura Rzecznika Ubezpieczonych zwrócił uwagę słuchaczy na złożony w dniu 2 stycznia 2014 r. wniosek o podjęcie przez Sąd Najwyższy uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów, w przedmiocie dopuszczalności dochodzenia zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej na skutek zdarzeń powstałych przed dniem 3 sierpnia 2008 r., w tym również od ubezpieczyciela sprawcy wypadku. We wniosku tym poruszono także pewne kwestie szczegółowe, dotyczące m.in. kręgu osób uprawnionych do żądania zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c., doprecyzowania dobra osobistego podlegającego ochronie, kwestii dowodowych, miarkowania wysokości zadośćuczynienia czy możliwości uwzględniania w wysokości zadośćuczynienia kwot wypłaconych wcześniej tytułem stosownego odszkodowania z art. 446 § 3 k.c. Ponadto obserwacje Rzecznika Ubezpieczonych w zakresie praktyki likwidacyjnej zakładów ubezpieczeń pozwalają odnotować niepokojącą tendencję polegającą na zwiększaniu się różnic pomiędzy kwotami zadośćuczynień przyznawanymi przez zakłady ubezpieczeń a zasądzanymi w procesach cywilnych.

Dr Jakub Pokrzywniak z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu podniósł, iż orzeczenia sądów nie są zbyt pomocne dla ubezpieczycieli, gdyż w uzasadnieniach wyroków sądy opisują szczegółowo stan faktyczny, po czym wymieniają kryteria miarkowania zadośćuczynień, a następnie od razu stwierdzają, jaka kwota jest w tej sprawie odpowiednia. Dlatego też warto brać przykład z innych państw europejskich i np. publikować tabele o charakterze pomocniczym, pokazujące podobne sprawy z przeszłości, które to tabele dałyby się przeszukiwać w oparciu o określone kryteria.

Zdaniem **dr Moniki Wałachowskiej** z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu nie ma potrzeby uznawania więzi rodzinnych czy emocjonalnych za dobra osobiste, a sztuczne poszerzanie katalogu dóbr osobistych klóci się z zasadą równości. Nie można też uznać, że art. 448 k.c. rozszerza krąg uprawnionych w stosunku do art. 446 § 4 k.c. Omawiane zagadnienie wymaga interwencji ustawodawcy.

Następnie głos zabrała wiceprezes zarządu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego **Sława Cwalińska-Weychert**, która zwróciła uwagę na to, jak dużym problemem dla UFG jest ocena roszczeń dokonywana po kilkunastu latach od wypadku. Jej zdaniem widoczna jest asymetria w traktowaniu tej instytucji przez sądy w zależności od tego, czy jest ona pozwanym, czy też powodem w związku z dochodzeniem roszczeń regresowych.

Mikołaj Wild z Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości podkreślił z kolei, że różnice w wysokości zadośćuczynień przyznawanych przez zakłady ubezpieczeń i sądy są rażące. Poszkodowany jest w związku z tym skazany albo na korzystanie z usług kancelarii odszkodowawczych, albo na przyjęcie kwoty, którą przyznał dobrowolnie ubezpieczyciel. W toku postępowania cywilnego poszkodowany musi się przy tym liczyć z poważnymi trudnościami dowodowymi, gdyż to na nim spoczywa ciężar dowodu.

Poseł **Witold Pahl**, przewodniczący Komisji Nadzwyczajnej ds. Zmian w Kodyfikacjach, wyraził zaś zdanie, iż ustawodawca powinien wybrać jedną z możliwych dróg, czyli standaryzację i określenie sztywnych ram albo pozostawienie swobody sędziowskiej; możliwe jest też szukanie konwergencji pomiędzy tymi podejściami. Ingerencja ustawowa mogłaby niestety doprowadzić do dysfunkcyjności przyjętych rozwiązań prawnych.

W toku dyskusji głos zabrali ponadto reprezentanci zakładów ubezpieczeń, brokerów ubezpieczeniowych i stowarzyszeń wspierających osoby poszkodowane.

Konferencję podsumował dr Józef Zych, który zgłosił postulaty większej jednolitości w orzecznictwie, a także elastyczności po stronie ubezpieczycieli. Nie da się już bowiem zahamować procesu sprawiającego, że zadośćuczynienia przestają być symboliczne, jak też powstrzymać przyznawania świadczeń na podstawie art. 448 k.c. Wydaje się natomiast, że obecnie należy poczekać na całościową uchwałę Sądu Najwyższego z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych; dopiero jeśli nie rozwieje ona wszystkich wątpliwości, trzeba będzie zastanowić się nad nowelizacją przepisów.

Miłym akcentem towarzyszącym konferencji było uhonorowanie marszałka seniora Józefa Zycha tytułem „Człowiek Roku Ubezpieczeń”.

Tomasz Młynarski, radca prawny, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.

Sprawozdanie z europejskiej konferencji „Ochrona konsumenta w usługach finansowych”, Bukareszt, 13 marca 2014 r. (Małgorzata Więcko-Tułowicka)

Problematyka ochrony konsumentów usług finansowych jest kluczowym zagadnieniem na szczeblu europejskim, głównie w związku z ciągłymi zmianami przepisów prawnych. Jednocześnie ewolucja i rozwój rynku finansowego skutkuje wprowadzaniem nowych rodzajów umów. Czy poszczególne państwa Unii Europejskiej podejmują wyzwania z tym związane? Jak radzić sobie z wciąż rozwijającą się branżą finansową? Czy instytucje finansowe oraz konsumenci są gotowi na wykorzystanie potencjału wolnego rynku europejskiego? Na te i wiele innych pytań starali się odpowiedzieć uczestnicy pierwszej europejskiej konferencji „Ochrona konsumenta w usługach finansowych”, która odbyła się w Bukareszcie. Organizatorami konferencji było rumuńskie Ministerstwo Sprawiedliwości, Krajowa Izba Zakładów Ubezpieczeń i Reasekuracji w Rumunii (UN SAR – *Uniunea Nationala a Societatilor de Asigurare si Reasigurare din Romania*) oraz Stowarzyszenie ds. Promocji Ubezpieczeń w Rumunii (APPA – *Asociatia pentru Promovarea Asigurarilor*). Na miejsce konferencji wybrano drugi na świecie pod względem wielkości budynek administracyjny – Parlament Rumuński, a w nim Salę Praw Człowieka. Podczas spotkania wielokrotnie podkreślano, iż prawa konsumenta są uznawane za jedną z kategorii praw człowieka. Mimo iż tematem konferencji były usługi finansowe jako całość, tematy poruszane przez prelegentów w znacznej części związane były z rynkiem ubezpieczeniowym. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele 14 krajów, w tym 11 państw członkowskich Unii Europejskiej.

Po krótkim powitaniu uczestników konferencji rozpoczęła się część merytoryczna. Jako pierwszy głos zabrał **Gabriel Bernardino**, przewodniczący Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA – *European Insurance and Occupational Pensions Authority*). Prelegent wskazał, iż ochrona konsumenta jest najważniejszym tematem, którym zajmuje się EIOPA. Przedstawił krótko historię prawa ochrony konsumentów w Europie i zaznaczył, iż od zawsze sektor usług finansowych podlegał szczególnemu nadzorowi. Aby konsumenci ufali przedsiębiorcom, ci ostatni muszą stawiać konsumentów na pierwszym miejscu. Przewodniczący EIOPA zastanawiał się więc, jak odzyskać zaufanie konsumentów po ostatnim kryzysie. Rozwiązanie, jego zdaniem, wydaje się proste – należy wykonywać działalność w sposób uczciwy i oferować prostsze i bardziej transparentne produkty. Przedsiębiorcy powinni wyciągnąć naukę z problemu *missellingu*, który został zidentyfikowany w ostatnich latach. Nieprawidłowa obsługa konsumentów przez przedsiębiorców odbija się niekorzystnie na dobrym imieniu tych ostatnich. Zdaniem mówcy należy również zwrócić uwagę na to, że praktyki, które były dopuszczalne jeszcze kilka lat temu, obecnie nie są akceptowalne, co przedsiębiorcy muszą zrozumieć. Oczywiście niezwykle istotne są również regulacje prawne oraz sprawowany nadzór.

W dalszej części wystąpienia przewodniczący EIOPA omówił bieżące działania tej organizacji w zakresie ochrony konsumentów. Jednym z głównych zadań EIOPA jest zbieranie aktualnych informacji na temat tzw. trendów konsumenckich, czyli potencjalnych zagrożeń dla konsumentów; co roku na podstawie zebranych danych publikowany jest raport na ten temat. Ma on na celu ustalenie kierunków przyszłych działań nadzorczych i regulacyjnych. Prelegent podał kilka przykładów działań podjętych na skutek analizy trendów konsumenckich. Pierwszym było wydanie przez EIOPA wytycznych w zakresie rozpatrywania skarg konsumenckich przez ubezpieczycieli oraz pośredników ubezpieczeniowych. Drugim – wydanie opinii w zakresie ubezpieczeń kredytu, a kolejnym – raport dotyczący tzw. porównywarek internetowych.

Kończąc swoje wystąpienie, Gabriel Bernardino wskazał, iż dobre regulacje prawne na szczeblu europejskim nie są wystarczające dla zapewnienia skutecznego i bezpiecznego rozwoju

ryнку usług finansowych w Europie. Równie ważne jest jednolite wdrażanie europejskich norm prawnych, a do tego niezbędny jest efektywnie działający organ nadzoru, co z kolei pragnie zagwarantować EIOPA.

Kolejnym prelegentem był **Peter Braumüller**, przewodniczący komitetu wykonawczego Międzynarodowej Organizacji Nadzorców Ubezpieczeniowych (IAIS – *International Association of Insurance Supervisors*), który zaprezentował pracę swojego departamentu w zakresie ochrony konsumentów. Wskazał on, iż samo zabezpieczenie finansów ubezpieczycieli (w kontekście ich wypłacalności) nie jest wystarczające – należy bowiem zagwarantować bezpieczeństwo i zaufanie konsumentów w kontakcie z ubezpieczycielami. Obecnie konsumenci nie mają zaufania do ubezpieczycieli, co jest sytuacją niezwykle niekorzystną. Komitet Wykonawczy IAIS opracowuje w tej chwili raport dotyczący nieuczciwych klauzul w umowach ubezpieczenia, aby unaocznić ten problem wszystkim uczestnikom rynku finansowego.

W odpowiedzi na zdiagnozowane aktualnie problemy reputacji rynku ubezpieczeniowego, wynikające głównie z dowiedzionych nieprawidłowości, których ubezpieczyciele dopuścili się wobec konsumentów, głos zabrał Remi Vrignaud, przewodniczący UNSAR. Stwierdził on, iż publikacja negatywnych informacji o ubezpieczycielach ma ogromny wpływ na poziom zaufania konsumentów do całego systemu. Jego zdaniem niezwykle ważne jest, aby wszystkie instytucje rynku ubezpieczeniowego w ramach wzajemnej współpracy skupiły się na odnowieniu utraconego zaufania. Uznał, iż nowe regulacje prawne, nad którymi Rumunia pracuje już od kilku lat, wprowadzą transparentne zasady sprzedaży, a tym samym ustabilizują rynek usług finansowych, co umożliwi jego rozwój w kierunku zwiększenia bezpieczeństwa konsumentów.

Bardzo ciekawe i niezwykle doniosłe było wystąpienie **Daniela Dăianu**, wiceprzewodniczącego rumuńskiego organu nadzoru finansowego (ASF – *Autorităţii de Supraveghere Financiară*). Już na początku wypowiedzi zwrócił on uwagę na to, iż konsument i inwestor to nie są pojęcia tożsame, a traktowanie takich osób jednakowo jest brzemienne w skutkach. Nieprawidłowe praktyki instytucji finansowych wpływają na życie codzienne obywateli. Jak odzyskać utracone zaufanie konsumentów? Podstawą jest prowadzenie działalności w sposób uczciwy. Nieprawidłowości na rynku należy eliminować, a działania nadzorcze powinny być podejmowane w odpowiednim czasie – zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim – gdyż tylko wtedy są skuteczne. Ochrona konsumenta to zadanie organu nadzoru, który w uzasadnionych przypadkach powinien nakładać rozsądne i efektywne kary. Prelegent stwierdził, że *misselling* jest oszustwem. Jego zdaniem należy pamiętać o tym, że konsument jest zawsze w gorszej sytuacji niż ubezpieczyciel czy bank. W ocenie wiceprzewodniczącego rumuńskiego Urzędu Nadzoru Finansowego nietrafne są opinie, że nie można ingerować w kwestie wysokości opłat i prowizji, ze względu na charakter europejskiego wolnego rynku. Tego rodzaju zagadnienia powinny być analizowane przez urzędy zajmujące się konkurencją na rynku, a nadużycia wobec konsumentów należy eliminować. Prelegent stwierdził, że Rumunia ma odpowiednie przepisy oraz dobre doświadczenia z rynku ubezpieczeniowego, jednak identyfikuje się sporo zachowań, których nie można akceptować. Apelował więc do EIOPA o wsparcie, aby można było naprawić sytuację na rynku rumuńskim.

W drugiej części konferencji próbowano udzielić odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób zrównoważyć potrzebę ochrony konsumenta z obowiązkiem odpowiedzialności konsumentów w usługach finansowych. Jako pierwszy w tej części konferencji głos zabrał **Eric Clurfain**, przewodniczący oddziału wschodnio-europejskiego MetLife. Stwierdził on, że istnieje przepaść między tymi potrzebami konsumentów, które powinny być zaspokojone, a tymi, które faktycznie są zaspokajane. Ponadto, w Europie wschodniej ubezpieczenia nadal są sprzedawane, a nie kupowane. Zakłady ubezpieczeń na życie budują relacje z konsumentem na wiele lat. Wszyscy

wiedzą, że usługi finansowe są skomplikowane i tego nie da się zdaniem prelegenta uniknąć. Zgodził się on z tym, że ubezpieczyciele powinni skupić się na budowaniu zaufania wśród konsumentów. Transparentność produktów jest równie ważna, gdyż bardzo niewielu konsumentów rozumie dokumenty, które podpisuje w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia. Dlatego należy przekazywać mniej informacji, ale w bardziej przystępny i jasny sposób. Konsumenty, którzy nie rozumieją przekazywanych informacji, nie podejmują świadomej decyzji, dlatego Met-Life chce upraszczać swoje produkty i stosować mniej skomplikowany język w dokumentacji ubezpieczeniowej.

Kolejny prelegent – **Corneliu Moldoveanu** – wiceprzewodniczący rumuńskiego organu nadzoru finansowego, również potwierdził, iż zaufanie jest kluczem do sukcesu na rynku ubezpieczeniowym. Życie ludzi, którzy zawarli umowę ubezpieczenia, powinno być lepsze i łatwiejsze, a nie obarczone dodatkowymi problemami. Prelegent wskazał, iż rumuński organ nadzoru otrzymał w 2013 r. ponad 13 tys. skarg – z czego ponad 10 tys. dotyczyło ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Około 95% spraw dotyczyło zaniżonego przez ubezpieczycieli odszkodowania oraz nieprawidłowości w kontakcie z likwidatorami szkód, jednak wiele skarg zostało uznanych za nieuzasadnione. Szczegółowe informacje na temat liczby skarg oraz ubezpieczycieli przodujących w tym niechlubnym rankingu są upubliczniane.

Sergej Simoniti, dyrektor Agencji Nadzoru Ubezpieczeniowego w Słowenii, wskazał, iż organ nadzoru zazwyczaj skupia się na przeszłości. Sprawdza, czy przekazano konsumentowi odpowiednie informacje oraz czy nie naruszono obowiązujących przepisów. Jeżeli przepisy zostały naruszone, następuje proces analizy prawnej, który ewentualnie może skutkować nałożeniem kary. Prelegent przedstawił krótko kilka ostatnich postępowań, które prowadzone były przez słoweński organ nadzoru, oraz ich wyniki. Wskazał m.in. na problem nieuczciwych agentów ubezpieczeniowych, nakłaniających konsumentów do rezygnacji z zawartych umów i przeniesienia środków finansowych do innych ubezpieczycieli. Tacy agenci kierują się chęcią uzyskania bardzo wysokiej prowizji za zawarcie nowej umowy i nie interesuje ich faktyczny interes konsumenta. W Słowenii zidentyfikowano ponadto systemy sprzedaży ubezpieczeń w formie piramidy finansowej. Tego typu praktyki zepsuły rynek ubezpieczeń na życie, który przez kilka kolejnych lat przeżywał głęboki kryzys. Obecnie urząd nadzoru skupia się na tym, aby w przyszłości konsumenci otrzymywali od ubezpieczycieli takie świadczenia, jakie im się należą. Prelegent podkreślił również, że ważne jest stałe zwiększanie świadomości konsumentów.

Na zakończenie drugiej części konferencji odbyła się dyskusja, podczas której głos zabrali pozostali paneliści: **William Vidonja**, przewodniczący Departamentu Spraw Zagranicznych oraz Jednolitego Rynku w Insurance Europe, **Artur Borowiński**, wiceprezes zarządu OmniaSIG VIG, a także **Vladimir Savov**, członek zarządu bułgarskiego organu nadzoru finansowego. Dyskutanci wskazywali, iż ubezpieczenie jest obietnicą. Jest to umowa, której konsumenci nie chcą zawierać, ale której każdy z nich tak naprawdę potrzebuje. Wskazywano również, że wojna cenowa jest przyczyną wielu problemów konsumenckich. Zadawano także retoryczne pytanie, dlaczego cena podobnej usługi u różnych ubezpieczycieli jest odmienna i wskazywano, że dzieje się tak zazwyczaj z powodu obniżenia jakości.

Trzecia część konferencji poświęcona była nowym produktom ubezpieczeniowym oraz ocenie korzyści i problemów z nimi związanych. **Dan Suciu**, dziennikarz prowadzący konferencję, wskazał, że ubezpieczenia na życie w Rumunii stanowią ok. 3% rynku. Istnieje powszechne przekonanie, że ubezpieczycielom nie można ufać. Rumuńscy konsumenci chcą transparentności. W 2010 r. wprowadzono przepisy dotyczące sprzedaży ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Oferta zawarcia takiej umowy musi wynikać z potrzeby konsumenta.

Obowiązkowo konsument otrzymuje kartę informacyjną oraz ilustrację kilku wariantów inwestycyjnych odnoszących się do zawartej umowy. Rumunia nadal pracuje nad wdrożeniem wszystkich wymogów europejskich w zakresie ubezpieczeń na życie, licząc na to, że zmiany przepisów zwiększą zaufanie konsumentów. Rumuński organ nadzoru zobowiązał również wszystkich ubezpieczycieli działających na tym rynku do umieszczania na swoich stronach internetowych informacji o liczbie otrzymywanych skarg. Do tej pory jednak nie wszyscy przedsiębiorcy wdrożyli tę procedurę.

Reprezentantem Polski podczas konferencji była **dr Małgorzata Więcko-Tułowiecka**, główny specjalista w Wydziale Prawnym Biura Rzecznika Ubezpieczonych. Przedstawiła ona problemy konsumenckie zidentyfikowane w Polsce, wynikłe z ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W swojej prezentacji omówiła raport opublikowany przez Rzecznika Ubezpieczonych w grudniu 2012 r., a także efekty upublicznienia wspomnianych problemów konsumentów. Wskazała na zidentyfikowane wątpliwości prawne dotyczące niektórych produktów inwestycyjnych oferowanych na polskim rynku, których charakter pozwala na stwierdzenie, iż nie są to umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a produkty *stricte* inwestycyjne. Omówiła zarzuty konsumentów wobec systemu sprzedaży takich umów za pośrednictwem banków oraz tzw. niezależnych doradców finansowych.

Prezentacja wywołała gorącą dyskusję wśród uczestników trzeciego panelu, w szczególności przedstawicieli zakładów ubezpieczeń zrzeszonych w UNSAR, **Mariusza Popescu** oraz **Florentiny Almajanu**, a także wśród pozostałych panelistów: **Bogdana Andriescu**, reprezentującego Związek Pośredników Ubezpieczeniowych w Rumunii (*UNSI CAR – Uniunea Nationala a Societatilor de Intermediere si Consultanta in Asigurari din Romania*), **Alina Iacoba**, reprezentującego grupę ekspercką Komisji Europejskiej (*FSUG – Financial Services Users Group*) oraz **Alexandru Ciuncana** z APPA. Dyskutanci dopytywali się zarówno o niedozwolone klauzule dotyczące opłat likwidacyjnych, jak i o sprzedaż tego typu produktów jako ubezpieczenia grupowego. Próbowano również udzielić odpowiedzi na pytanie, czy dokument informacyjny stosowany przez niektórych ubezpieczycieli, a także opracowywany w ramach PRIps skutecznie rozwiąże zaistniałe problemy. Starano się podkreślić, iż oprócz źle skonstruowanych umów ubezpieczenia funkcjonują bardzo dobre oferty w zakresie ubezpieczeń typu *unit-linked*.

Była to pierwsza konferencja europejska z udziałem instytucji nadzorczych, przedstawicieli konsumentów oraz zakładów ubezpieczeń, na której tak szeroko omówiono faktyczną sytuację konsumentów usług finansowych. Spotkanie niewątpliwie zakończyło się sukcesem i było ważnym wydarzeniem na rynku ubezpieczeniowym.

Dr Małgorzata Więcko-Tułowiecka, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.

Sprawozdanie z XVII międzynarodowej konferencji „Przestępczość ubezpieczeniowa”, Szczecin, 3–4 kwietnia 2014 r. (Bartłomiej Chmielowiec)

Konferencja ta, organizowana corocznie przez Towarzystwo Wspierania Rozwoju Pomorza Zachodniego Szczecin–EXPO, na stałe wpisała się do kalendarza wydarzeń na rynku ubezpieczeń w Polsce. Od początku celem konferencji było diagnozowanie skali przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce i na świecie, wskazywanie źródeł tego rodzaju przestępczości, opracowywanie instytucjonalnych rozwiązań mających przeciwdziałać przestępstwom ubezpieczeniowym, jak również prowadzenie kampanii edukacyjnej uświadamiającej społeczeństwu szkodliwy charakter tego rodzaju przestępczości.

Jest to największa konferencja poświęcona problematyce przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce i zarazem jest to jedna z najbardziej prestiżowych konferencji branżowych. Tematem głównym tegorocznej, XVII edycji konferencji było przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej z punktu widzenia klienta, co stanowiło uzupełnienie poprzednich edycji konferencji, które koncentrowały się na zjawisku z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń oraz działań podejmowanych przez zorganizowane grupy przestępcze. Uczestnikami konferencji byli przedstawiciele środowiska naukowego, organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a także praktycy z sektora ubezpieczeniowego. W spotkaniu udział wzięli również przedstawiciele Rzecznika Ubezpieczonych w osobach Pawła Wawszczaka oraz Bartłomieja Chmielowca. Patronat honorowy nad konferencją objęli: Marek Biernacki, minister sprawiedliwości, Marek Działoszyński, komendant główny policji, Jan Grzegorz Prądyński, prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Marek Tałasiewicz, wojewoda zachodniopomorski.

Konferencja rozpoczęła się od wystąpienia **prof. dr hab. Ireny Hejduk**, zastępcy dyrektora Instytutu Zarządzania Wartością Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. W swoim wystąpieniu prelegentka zwróciła uwagę na zaufanie jako składnik wartości biznesu. W szczególności omówiła znaczenie zaufania – rozumianego jako gotowość polegania na drugiej stronie – dla sukcesu określonej działalności biznesowej, w tym oczywiście ubezpieczeniowej. Badania potwierdzają bowiem, że im wyższy poziom wzajemnego zaufania w relacjach pomiędzy klientem a ubezpieczycielem, tym mniejsza skłonność tego pierwszego do prób oszukiwania czy działań nieakceptowalnych z punktu widzenia powszechnie obowiązujących norm prawnych.

Kolejnymi prelegentami byli **prof. dr hab. Piotr Kruszyński** z Instytutu Prawa Karnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego oraz **Jacek Jurzyk**, koordynator Biura Bezpieczeństwa PZU S.A. i PZU Życie S.A. Temat ich wystąpienia brzmiał: „Granice odpowiedzialności karnej za przestępstwo rozpowszechniania informacji z postępowania karnego z punktu widzenia działalności ubezpieczeniowej”. Prelegenci przedstawili katalog ryzyk prawnych związanych z dostępem do informacji pochodzących z postępowań przygotowawczych, a także z rozpraw sądowych prowadzonych z wyłączeniem jawności. Jak wskazywali, zakład ubezpieczeń nie ma całkowitej swobody w przetwarzaniu informacji uzyskanych za pośrednictwem organów ścigania oraz sądów. Pracownik ubezpieczyciela, aby nie narazić się na odpowiedzialność karną, powinien ściśle przestrzegać poufności informacji pozyskanych z postępowania karnego. Należy bowiem mieć na uwadze fakt, iż karalne jest nie tylko rozpowszechnianie informacji z postępowania karnego bez zgody prokuratora (art. 241 k.k.), lecz także wiadomości z rozprawy sądowej prowadzonej z wyłączeniem jawności (art. 241 § 2 k.k.).

Kolejny referat, wygłoszony przez **Andrzeja Maciążka**, wiceprezesa zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, poświęcony był problematyce zapobiegania i przeciwdziałania przestępczości popełnianej na szkodę zakładu ubezpieczeń, poprzez stosowanie odpowiednich procedur i me-

chanizmów na każdym etapie zarządzania działalnością ubezpieczeniową. Obecnie bowiem rośnie zagrożenie ze strony wysoce wyspecjalizowanych i zorganizowanych grup przestępczych, również w obszarze ubezpieczeń na życie, co oznacza, iż zapobieganie przestępczości ubezpieczeniowej należy pojmować jako długoterminową strategię, która powinna uwzględniać wszystkie etapy procesu zarządzania ryzykiem – począwszy od jego identyfikacji, poprzez ocenę stopnia zagrożenia, wybór metody zarządzania i jej wdrożenia, aż po ocenę prawidłowości zastosowania. Podsumowując swoje wystąpienie, prelegent podkreślił, że w całym procesie przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej nie może zabraknąć ścisłej współpracy zarówno pomiędzy zakładami ubezpieczeń, jak i instytucjami rynku finansowego, a także organami ścigania.

Następny referat został wygłoszony przez **Roberta Dąbrowskiego**, dyrektora Biura Bezpieczeństwa PZU S.A. / PZU Życie S.A. Prelekcja była poświęcona przedstawieniu danych statystycznych dotyczących liczby wykrytych przypadków wyłudzeń oraz ich wartości, z podziałem na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Ponadto została zaprezentowana działalność Komisji do spraw Przeciwdziałania Przestępczości PIU w obszarze funkcjonowania systemowego modelu przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce.

Zdzisława Cwalińska-Weychert, wiceprezes zarządu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, oraz **Agnieszka Świetlikowska**, dyrektor Biura Likwidacji Szkód UFG, przedstawiły referat zatytułowany „Niejasne okoliczności zdarzeń sprzed kilkunastu lat z udziałem nieznanymi sprawców jako potencjalne źródło wątpliwych roszczeń wobec UFG z art. 448 k.c.”.

Następnie **Paweł Stykowski**, *senior associate* w CMS Cameron McKenna, przedstawił przykłady niektórych orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów dotyczących postanowień wzorców umownych, które zostały uznane za niedozwolone, a w ocenie prelegenta mogą wzbudzać kontrowersje. W szczególności, jak argumentował prelegent, uznanie przez SOKiK niektórych wzorców umownych za abuzywne było błędem i w praktyce może przynieść przeciwny skutek, poprzez ułatwienie potencjalnym przestępcom dokonywania prób wyłudzeń odszkodowań.

Dr Piotr Majewski z Katedry Finansów i Bankowości Wyższej Szkoły Bankowej w Toruniu przedstawił wyniki badań poziomu zaufania do branży ubezpieczeniowej. Jak bowiem wskazywał, poziom tego zaufania przekłada się wprost na skalę przestępczości ubezpieczeniowej. Niezwykle istotne jest zatem uświadamianie społeczeństwu, iż akceptacja przestępczości ubezpieczeniowej prowadzi do swoistego wspierania zorganizowanych grup przestępczych, które poza branżą finansową popełniają również przestępstwa w innych obszarach (handel narkotykami, wymuszenia rozbójnicze, porwania dla okupu). Jak wskazywał prelegent, wyniki dostępnych badań dowodzą, iż wyłudzenie odszkodowania spotyka się co prawda z pewnym przyzwoleniem społecznym, ale – co pocieszające – poziom akceptacji tego zjawiska ulega obniżeniu. Spada zatem odsetek osób obojętnych na problem wyłudzenia odszkodowań. Prowadzący postulował, aby branża ubezpieczeniowa jak najszybciej zintensyfikowała działania w celu uświadamiania społeczeństwu istnienia i skali zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej, co w konsekwencji wpłynie na spadek społecznej akceptacji dla przestępczości ubezpieczeniowej.

W dalszej części obrad wystąpili również przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych (**Bartłomiej Chmielowiec** i **Paweł Wawszczak**), którzy przedstawili wnioski wypływające z analizy postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika. W szczególności Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował, iż coraz powszechniej ubezpieczyciele wraz z odmową wypłaty odszkodowania zgłaszają zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa oszustwa asekuracyjnego lub oszustwa klasycznego. Z tych względów Rzecznik wyodrębnił w swoich bazach danych statystycznych rubrykę dotyczącą spraw, w których ubezpieczyciele zgłosili zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa oszustwa ubezpieczeniowego. Powyższy

wzrost liczby zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa świadczy z jednej strony o narastającym zjawisku przestępczości ubezpieczeniowej, z drugiej zaś o coraz skuteczniejszych sposobach wykrywania prób fraudów ubezpieczeniowych. Ponadto przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych zaprezentowali przypadki, w których skargi na działalność zakładów ubezpieczeń, na bezpodstawną odmowę wypłaty odszkodowania składały osoby, które mogły popełnić przestępstwo oszustwa asekuracyjnego lub mogły usiłować dokonać przestępstwa oszustwa klasycznego na szkodę zakładu ubezpieczeń. Jak wskazali prelegenci, był to marginalny procent wszystkich spraw, które zostały skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych, lecz tego rodzaju zdarzenia miały niestety miejsce.

W dalszej kolejności **Wojciech Soleniec**, partner Ernst & Young, przedstawił założenia projektu nowej bazy zdarzeń i szkód ubezpieczeń majątkowych innych niż komunikacyjne oraz ubezpieczeń życiowych. Baza Zdarzeń i Szkód (BZS) powstanie na mocy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 16 sierpnia 2007 r. w sprawie danych gromadzonych w bazach danych tworzonych przez Polską Izbę Ubezpieczeń. W założeniach BZS będzie nową bazą, całkowicie odrębną na poziomie technologicznym i operacyjnym od bazy komunikacyjnej prowadzonej przez Ośrodek Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Jak wskazywał prelegent, przedmiotowa baza będzie skutecznym narzędziem umożliwiającym detekcję potencjalnych przypadków wyłudzeń odszkodowań i świadczeń w dziale I oraz w dziale II z wyłączeniem grup 3 i 10. Głównym zadaniem BZS będzie umożliwienie systemowej identyfikacji przypadków wielokrotnych roszczeń dotyczących potencjalnie tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Następnie **Piotr Raubo** oraz **Aleksander Malinowski** z Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. przedstawili referat dotyczący nadużywania ochrony ubezpieczeniowej przez konsumentów w ubezpieczeniach majątkowych oraz związane z tym ryzyka oraz procesy zarządzania ryzykiem.

Kolejny prelegent, **Józef Puzyna** z Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., omówił zagadnienie związane z nieprawidłowościami dotyczącymi ubezpieczenia kredytobiorców, przedstawiając przykłady fałszowania dokumentacji ubezpieczeniowej oraz dokumentacji medycznej w celu uzyskania niezależnego świadczenia.

W tegorocznej konferencji po raz pierwszy udział wzięli przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – w osobach **dr Małgorzaty Lipowskiej**, inspektora nadzoru orzecznictwa lekarskiego Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, oraz **dr. Piotra Wincjunasa**, wicedyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – którzy jako kolejni prelegenci zaprezentowali przykłady nadużyć w dokumentacji medycznej z perspektywy lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

XVII Międzynarodowa Konferencja „Przestępczość ubezpieczeniowa” była wydarzeniem integrującym środowisko naukowe, przedstawiciele organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości z osobami pracującymi w zakładach ubezpieczeń, które na co dzień spotykają się z problematyką przestępczości ubezpieczeniowej. Spotkanie pozwoliło również na zapoznanie się z doświadczeniami przedstawiciele różnych środowisk w dziedzinie diagnozowania przestępstw ubezpieczeniowych i przeciwdziałania im.

Wszystkie materiały konferencyjne zostały wydane w formie publikacji, której recenzentem był **prof. dr hab. Stanisław Flejterski**. Stanowi ona nie tylko dokumentację merytoryczną konferencji, lecz także skarbnicę wiedzy na temat niepożądanych zjawisk obecnych na rynku ubezpieczeń.

Mgr **Bartłomiej Chmielowiec**, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Warszawie.

Sprawozdanie z konferencji „*Bancassurance* – Rekomendacja U – szanse i zagrożenia”, Warszawa, 21 maja 2014 r. (Iwona Szymańska)

W dniu 21 maja 2014 r. Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej działająca przy Rzeczniku Ubezpieczonych zorganizowała konferencję „*Bancassurance* – Rekomendacja U – szanse i zagrożenia”, której celem była wymiana poglądów na temat pozytywnych i negatywnych skutków oddziaływania przygotowywanej przez Komisję Nadzoru Finansowego rekomendacji U.

W pierwszym wystąpieniu **Katarzyna Łakoma**, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, omówiła problemy związane z *bancassurance* z perspektywy Urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich. Prelegentka wskazała, że wprawdzie naczelną zasadą działalności RPO jest kontrola działania organów władzy publicznej, a nie podmiotów prywatnych, jednak Rzecznik może mobilizować do działania organy, które mają kompetencje do nadzoru danego sektora. Wpływające do RPO od wielu lat skargi dotyczące prawa bankowego są przekazywane do Związku Banków Polskich, z którym Urząd współpracuje. Obowiązkiem władz publicznych jest ochrona konsumentów między innymi przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi, o czym wyraźnie mówi art. 76 Konstytucji, dlatego RPO, stojący na straży praw i wolności konstytucyjnych, musiał się tymi kwestiami zająć. Już w 2012 r. RPO uzyskał zapewnienie z KNF, że do końca tego roku zostanie opracowana i wydana rekomendacja, która ureguluje nieprawidłowości pojawiające się na rynku *bancassurance*. Niestety prace nad rekomendacją U nadal trwają, a aktualny termin ich zakończenia został określony na listopad 2014 r.

W związku z tym RPO zajął stanowisko w tej sprawie, w formie generalnego wystąpienia do Ministra Sprawiedliwości, w którym zwrócił uwagę na nieprawidłowości w działalności banków. W odpowiedzi na wystąpienie RPO minister zapewnił, że problemy podniesione w piśmie przedstawił Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego, przy czym bardzo wyczerpująco opisał podstawy prawne regulujące kwestie zawierania umów *bancassurance*. Co do zasady nie zgodził się jednak ze stanowiskiem RPO, twierdząc przy tym, że nie widzi potrzeby pilnej zmiany legislacyjnej. Jednocześnie przyznał Rzecznikowi rację, że problemy *bancassurance* są przedmiotem jego zainteresowania, a prace Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego na pewno będą zmierzać w kierunku uregulowania tych kwestii. W tej sytuacji, zdaniem RPO, wydanie rekomendacji U, która będzie tworzyła pewien zbiór dobrych praktyk, ustabilizuje i rozwiąże pewne problemy. Zmiany legislacyjne są jednak niezbędne i Rzecznik będzie się ich zdecydowanie domagał. Niezależnie od tego RPO pozostaje w stałym kontakcie z Komisją Nadzoru Finansowego i będzie nalegał na to, aby przyspieszyć wejście w życie tego dokumentu, na którego wydanie wszyscy już tak długo czekają.

W drugim wystąpieniu **Kamil Pluskwa-Dąbrowski**, prezes Rady Krajowej Federacji Konsumentów, podzielił się doświadczeniami z *bancassurance* z punktu widzenia swojej instytucji. Zdaniem prelegenta w rekomendacji U są wymienione wszystkie problemy *bancassurance*, z jakimi spotyka się Federacja Konsumentów. Usługa to działalność służąca zaspokajaniu potrzeb ludzi, dlatego rodzi się pytanie, czy produkty *bancassurance* rzeczywiście zaspokajają potrzeby konsumentów. Zaspokajanie potrzeb to świadczenie na rzecz innych osób – stąd kolejne pytanie, czy oferta *bancassurance* jest adekwatna do potrzeb konsumenta i kogo tak naprawdę ubezpieczają produkty *bancassurance*: konsumenta czy bank. Jeżeli produkty *bancassurance* ubezpieczają konsumenta, to dlaczego nie może on korzystać z tej ochrony, a jeżeli bank, to czemu koszt tych produktów nie stanowi części kosztu kredytu? Na koniec – w sytuacji gdy zakładowi ubezpieczeń przysługują roszczenia regresowe – czym różni się zakład ubezpieczeń

od firmy windykacyjnej? Jeżeli usługi *bancassurance* mają być użyteczne, to na wstępie trzeba zapytać dla kogo. Jeżeli usługa ma być użyteczna dla konsumenta, to należy mu zapewnić możliwość realnego dochodzenia roszczeń.

Bank może obecnie występować albo w roli pośrednika, albo w roli ubezpieczającego. Te niejasności podmiotowe rzucają cień na sektor *bancassurance*. Wyraźne rozdzielenie ubezpieczającego i pośrednika, a co za tym idzie wyeliminowanie konfliktu interesu, jest zaletą rekomendacji. Rynek nigdy nie będzie działał sprawnie, jeżeli najważniejsze dla szeregowego pracownika banku będzie to, żeby sprzedać produkt, za który otrzyma premię. Istnienie takiego mechanizmu jest źródłem patologii. Klient jest z zakładem ubezpieczeń w relacji kontraktowej. Zgodnie z zasadą swobody kontraktowania każdy ma prawo wybrać, z kim i na jakich warunkach chce kontraktować, a także może dochodzić swoich roszczeń. Przy wielu produktach *bancassurance* wszystkie te trzy przesłanki są niespełnione. Zdaniem prezesa Federacji Konsumentów bank powinien opracować taką kartę produktu, która zawiera opis celu, jakiemu produkt ma służyć, jego charakterystykę, wyjaśnienie mechanizmu funkcjonowania oferowanego produktu i jego zastosowanie. Jest to przedmiotowy zakres, który najbardziej interesuje klienta zawierającego umowę.

W rekomendacji U brak jest jednoznacznego określenia, co może być traktowane jako produkt ubezpieczeniowy typu *bancassurance*, zabrakło zmierzenia się z problemem „uciekania” od realnego pokazywania marży i prowizji, nie ma również rozwiązania dla prowizyjnego wynagradzania pracowników za sprzedaż danego produktu. Nasuwa się pytanie, jakie mechanizmy kontroli i oceny przewiduje nadzór. W podsumowaniu prelegent stwierdził, że rekomendacja U wyraża dokładnie te potrzeby, które zostały zdiagnozowane w pracy z konsumentami, dlatego – w jego ocenie – to krok w bardzo dobrym kierunku. Sam rynek *bancassurance* nie jest i nie będzie skłonny wypracować uczciwego standardu. Każde prawo konsumenta jest na tyle skuteczne, jak skuteczna jest możliwość jego egzekwowania.

Na zakończenie pierwszego panelu konferencji **dr Małgorzata Więcko-Tułowicka**, ekspert w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, przedstawiła doświadczenia brytyjskie w rozwiązywaniu problemów *bancassurance*. Ubezpieczenie kredytu (PPI – *Payment Protection Insurance*) w Wielkiej Brytanii ma na celu ułatwienie spłaty zobowiązania w sytuacji, gdy konsument zachorował, uległ wypadkowi lub utracił pracę. Jest ono oferowane od lat 90. ubiegłego wieku, ale największy rozwój tego typu produktów przypadł na lata 2001–2009. Do 2014 r. powstało wiele dokumentów wydanych przez brytyjskie organy nadzoru. W 2004 r. brytyjski urząd nadzoru (FSA – *Financial Services Authority*) przekazał bankom wskazówki, w jaki sposób sprzedawać PPI, a po roku przeprowadził odpowiednie kontrole, po których opublikował raport będący przełomem w zakresie ubezpieczeń kredytów w Wielkiej Brytanii.

Kolejnym wydarzeniem w historii nadzoru ubezpieczeń kredytu w Wielkiej Brytanii były działania Komisji ds. Konkurencji, która również wydała raport na przełomie 2010/2011 r., odnoszący się głównie do prawa konkurencji. Komisja ds. Konkurencji zidentyfikowała praktykę udziału sprzedających w zyskach ubezpieczyciela i uznała ją za niedozwoloną. Na podstawie przeprowadzonych analiz w marcu 2011 r. Komisja wydała decyzję, w której zakazano sprzedaży ubezpieczeń kredytu łącznie z innymi produktami finansowymi w miejscu zakupu produktu finansowego. Wskazano, że możliwość sprzedaży ubezpieczenia istnieje dopiero po siedmiu dniach od momentu zawarcia ubezpieczenia kredytu czy umowy o główny produkt finansowy. Zakazano sprzedaży PPI ze składką jednorazową, jak również pobierania jakichkolwiek opłat za rezygnację z ubezpieczenia. Nałożono na sprzedających obowiązek informowania konsumenta o indywidualnych kosztach ubezpieczenia PPI, dobrowolności zawarcia umowy, a także

o możliwości zakupu ubezpieczenia u innych oferentów. Nałożono też obowiązek informowania konsumentów o miejscach, w których można znaleźć obiektywne informacje o produkcie. Brytyjski urząd nadzoru nie zaprzestał również dalszych działań regulujących ubezpieczenia kredytu.

W sierpniu 2010 r. brytyjski nadzór opublikował znowelizowane zasady oferowania PPI, określające zasady wyliczania i wypłaty odszkodowań. Urząd nakazał rzetelne rozpatrywanie skarg konsumentów, a także odpowiednie informowanie o możliwości dochodzenia roszczeń przez osoby, które do tej pory skarg nie złożyły. Po zidentyfikowaniu problemu misselingu zalecono sprawdzenie, jak w poszczególnych przypadkach przebiegał sposób sprzedaży, a po zidentyfikowaniu nieprawidłowości zwrot ewentualnie pobranej kwoty. FSA wystosował również list otwarty do wszystkich instytucji finansowych, w którym wymienił najczęstsze błędy zidentyfikowane przy sprzedaży ubezpieczeń PPI.

W rozpoznawaniu indywidualnych sporów konsumenckich z zakresu PPI zaangażował się również Rzecznik ds. Usług Finansowych. Po wydaniu przez nadzór zaleceń i raportów instytucje finansowe musiały zmienić system sprzedaży. Powstały nowe pozaubezpieczeniowe formy zabezpieczenia spłaty kredytu: STIP – *Short Term Income Protection*, zamrożenie spłaty kredytu czy wakacje kredytowe. W styczniu 2013 r. opublikowano wspólne wytyczne FSA oraz Urzędu ds. Uczciwego Handlu (OFT – *Office of Fair Trading*) dotyczące ubezpieczeń PPI. Wytyczne kończą się ostrzeżeniem dla instytucji finansowych, iż niestosowanie podanych zasad i obowiązujących przepisów może doprowadzić do odebrania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie udzielania kredytów konsumenckich, a także do wszczęcia innych postępowań nadzorczych.

W drugim panelu Norbert Jeziolowicz, dyrektor Zespołu Bankowości Detalicznej i Rynków Finansowych Związku Banków Polskich, podzielił się kilkoma refleksjami dotyczącymi głównych tez projektu rekomendacji U z punktu widzenia ZBP. Rekomendacja U, zdaniem prelegenta, jest dla banków najwyższą formą rozkazu, który powinien być bezwzględnie wykonany. Fakt ukazania się rekomendacji w sektorze bankowym nie jest niczym szczególnie dziwnym i nowym. Na rynku bankowym istnieją ubezpieczenia dodawane do kart, rachunków i innych produktów, których koszt nie ma dla klienta wielkiego znaczenia, a pożytek może być duży. Poprzez sprzedaż pakietową banki zachęcają do kupowania konkretnych produktów. ZBP nie widzi żadnego merytorycznego powodu, dla którego ubezpieczenia te nie miałyby być dystrybuowane w formule grupowej. Istotne z punktu widzenia sektora bankowego jest to, że po zlikwidowaniu ubezpieczeń grupowych produkty kredytowe będą droższe i trudniej dostępne. Ubezpieczenie w formule indywidualnej ma dla banku o wiele niższą wartość niż zabezpieczenie w formie grupowej. W Polsce społeczeństwo generalnie jest niezamożne, więc klienci sami z siebie zabezpieczeń mają niewiele. Najprostszym zabezpieczeniem dla banku są żyranci i poręczyciele, niestety trudno ich znaleźć. Poza tym zgodnie z regulacjami bankowymi również żyrant czy poręczyciel musi być sprawdzony pod kątem wypłacalności. Procedura uzyskiwania kredytu hipotecznego, która i tak nie jest krótka, wydłużałaby się o kolejne tygodnie czy miesiące.

Wiele kontrowersji budzi kwestia ujawniania marż i prowizji. Jeżeli wprowadzać taki obowiązek, to musi on dotyczyć wszystkich kanałów dystrybucji na rynku finansowym. *Bancassurance* jest jednym ze składników rynku bankowego. Podawanie czy wyróżnianie jednej tylko informacji, np. na temat prowizji czy marży, jest koncentrowaniem uwagi klienta na stosunkowo mało istotnym elemencie ubezpieczenia. Kwestia zbyt wysokiego poziomu prowizji w *bancassurance* rodzi z kolei pytanie: zbyt wysoki w porównaniu z czym? Nie ma opracowań dotyczących poziomu prowizji w innych kanałach dystrybucji. Być może raport o poziomie prowizji w różnych kanałach dystrybucji byłby podstawą do dyskusji na ten temat. Nie ma wątpliwości,

że dystrybucja ubezpieczeń musi kosztować i albo firmy ubezpieczeniowe założą własne oddziały, gdzie będą prowadziły sprzedaż poprzez własnych pracowników, albo będą korzystały z innych, dostępnych na rynku finansowym sieci. *Bancassurance* nie jest niczym więcej niż kanałem dystrybucji ubezpieczeń. Wydaje się że intencją KNF nie jest zmuszanie banków do pełnienia funkcji agenta, choć są banki, które z takiej formuły już teraz korzystają. W projekcie rekomendacji padła propozycja występowania banku niejako w roli brokera ubezpieczeniowego, który ma proponować klientowi oferty różnych zakładów ubezpieczeń. ZBP ma nadzieję, że takiego obowiązku nie będzie. Wydaje się też, że niepotrzebny jest również obowiązek przedstawiania klientowi całej umowy pomiędzy bankiem a firmą ubezpieczeniową. Dla klienta ważny jest jedynie ten element, który tak naprawdę bezpośrednio go dotyczy. Umowy bankowe są bardzo długie i niekiedy pisane w językach obcych, niewielu jest więc klientów, którzy byliby w stanie je ocenić. Jak będzie wyglądało zagadnienie informowania klienta w ostatecznej wersji rekomendacji U, okaże się w przyszłości. ZBP ma nadzieję, że uda się utrzymać ubezpieczenia grupowe, przynajmniej w części produktów bankowych, choćby ze względu na cenę.

W kolejnym wystąpieniu **Agnieszka Olek** z Departamentu Ubezpieczeń i Inwestycji Banku Zachodniego WBK S.A. stwierdziła, że rekomendacja U w praktyce prowadzi do likwidacji grupowego modelu ubezpieczeń w *bancassurance*. Zdaniem prelegentki przy odrobinie dobrych chęci i racjonalnym podejściu do tematu można uzasadnić, że nie tylko model indywidualny może chronić interesy konsumentów. Agnieszka Olek szeroko przedstawiła model biznesowy, w którym działa BZ WBK S.A., oraz wskazała na jego specyfikę. Zwróciła uwagę na trzy podstawowe zasady, którymi kieruje się bank. Są to: identyfikacja potrzeb ubezpieczeniowych klientów, pełna transparentność informacji oraz całkowita dobrowolność przystępowania do ochrony ubezpieczeniowej. Wskazała na wprowadzone standardy działania banku przy zawieraniu umów z klientem i po sprzedaży produktu, a także na bardzo sformalizowany proces wdrażania nowych produktów i zmian w produktach już istniejących. Zwróciła uwagę na ogromną rolę doradców i opisała system ich ciągłego doskonalenia. Zdaniem prelegentki BZ WBK S.A. robi wszystko, aby model grupowy był od strony praktycznej bardzo zbliżony z modelem indywidualnym. Główna maksyma banku brzmi: „Ubezpieczenia – wygodnie, bo w banku”. Odnosząc się do rekomendacji U, prelegentka stwierdziła, że w momencie faktycznego przejścia z modelu grupowego na model indywidualny bank będzie musiał ponieść wiele kosztów związanych z wymogami zawartymi w rekomendacji, a w związku z tym można się spodziewać wzrostu cen. Po analizie rekomendacji U rodzi się pytanie, czy model indywidualny faktycznie pozwoli uzdrowić sytuację na tyle, aby rynek *bancassurance* działał w sposób cywilizowany.

W trzecim panelu **Katarzyna Marczyńska**, arbiter bankowy, zastanawiała się czy rekomendacja U będzie miała jakiegokolwiek znaczenie przy rozwiązywaniu sporów konsumentów z bankami. Spory dotyczące ubezpieczeń grupowych zaczęły się pojawiać już w 2007 r. Dzięki działaniom różnych podmiotów powstał zbiór dobrych praktyk, dzięki którym liczba skarg dotycząca ubezpieczeń grupowych zdecydowanie spadła. Ponownie skargi na ubezpieczenia grupowe pojawiły się w zeszłym roku. Większość dotyczyła ubezpieczeń kredytów. Klienci w swoich wystąpieniach powoływali się na klauzule niedozwolone oraz na działania banków niezgodne z zasadami współżycia społecznego. Wzrastająca od dwóch lat liczba skarg dotycząca przede wszystkim polisokat spowodowała, że rozpoczęto prace nad kolejną rekomendacją. Postępowanie arbitrażowe, w przeciwieństwie do postępowania sądowego, daje możliwość oparcia powództwa wyłącznie na naruszeniu zasad współżycia społecznego. Rekomendacja U z punktu widzenia klientów wyznacza pewne minimalne standardy ochrony klienta oraz obowiązki informacyjne banków. Podsumowując swoje wystąpienie, prelegentka zaapelowała o ostrożność przy zmia-

nie prawa. Wprawdzie istnieje niedostatek przepisów dotyczących umów na cudzy rachunek, jednak stworzyć złe prawo jest bardzo łatwo. Niejasne przepisy prawa czy tylko częściowe uregulowania mogą spowodować, że tak naprawdę prawo stanie się problemem dla konsumenta, który chce dochodzić swoich roszczeń. Jeśli rekomendacja U wejdzie w życie, to ustali za pomocą tzw. miękkiego prawa pewne zwyczaje rynkowe, które będzie można potem przenieść na grunt przepisów prawa, co wydaje się rozwiązaniem optymalnym.

Jak rekomendację U postrzega Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił **Cezary Orłowski**, ekspert w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych. Projekt rekomendacji U postrzegany jest przez Rzecznika pozytywnie, choć bez euforii. Diagnoza problemów związanych z funkcjonowaniem *bancassurance* na rynku polskim nie jest niczym nowym. Problemy te zostały zidentyfikowane przez Rzecznika już w 2007 r., w pierwszym raporcie o *bancassurance*. Kolejny raport, w postaci „Aneksu do raportu Rzecznika Ubezpieczonych”, pojawił się we wrześniu 2012 r. Ostatni raport, dotyczący ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ukazał się w grudniu 2012 r. Wszystkie problemy zdiagnozowane dotychczas przez Rzecznika Ubezpieczonych znajdują odpowiedź w projekcie rekomendacji U. Ma ona na uwadze przede wszystkim interes konsumenta, ale też bezpieczeństwo i stabilność rynku. Rzecznika najbardziej cieszy rozdzielenie funkcji ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego, wyeliminowanie braku możliwości bezpośredniego dochodzenia roszczeń przez ubezpieczonych lub ich spadkobierców, zwiększenie obowiązków informacyjnych czy „ucywilizowanie” prowizji, a także sposobu zwrotu kosztów.

Ważnym zapisem w rekomendacji jest poszanowanie prawa konsumenta do swobodnego wyboru ubezpieczenia i ubezpieczyciela. Istotna jest również realna posprzedażowa opieka banku nad klientem. Zwiększona ochrona interesu konsumenta w projekcie rekomendacji U to przede wszystkim rzetelna polityka informacyjna zgodna z charakterem, treścią i celem ubezpieczenia, a także stały monitoring i analiza problemów. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych rekomendacja U sprawi, że dojdzie do poprawy sytuacji konsumenta poprzez usunięcie konfliktu interesów, który wyraźnie występuje w ubezpieczeniu grupowym. Rekomendacja wskazuje, że bank powinien działać jak najbardziej aktywnie, by pełnić rolę opiekuna klienta i pomagać mu w uzyskaniu świadczeń. Zdaniem prelegenta niektórzy twierdzą, że rekomendacja może ograniczyć ubezpieczenia grupowe, ponieważ konsument będzie przechodził z umową ubezpieczenia indywidualnego i bank nie będzie na tym zarabiał. Wydaje się jednak, że wystąpi sytuacja zupełnie odwrotna – konsument nie będzie miał ochoty zawierać umowy ubezpieczenia indywidualnego, jeżeli będzie miał do wyboru szeroki wachlarz podmiotów i produktów ubezpieczeniowych.

Negatywnych stron rekomendacji nie jest dużo. Generalna uwaga krytyczna dotyczy terminu wdrożenia. Poza tym brakuje w rekomendacji U precyzyjnych uwag względem wynagrodzenia dla banków, ograniczenia wysokich opłat likwidacyjnych czy wytycznych dotyczących kredytowania opłaty ubezpieczeniowej lub składki. Zabrakło postanowienia związanego z opóźnieniem czasowym zawarcia umowy ubezpieczenia w stosunku do zawarcia umowy o kredyt czy pożyczkę. Zdaniem prelegenta banki powinny zadbać o to, by w umowach ubezpieczenia zawieranych z ubezpieczycielem znalazły się klauzule dotyczące rozwiązywania sporów przed sądem polubownym. Rzecznik ma nadzieję, że projekt rekomendacji U przejdzie niewielki „lifting” lub zostanie zachowany w obecnym kształcie, być może z poszerzeniem o treść uwag, które zostały przedstawione na konferencji.

W ostatnim wystąpieniu **dr hab. Marcin Orlicki** z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu próbował odpowiedzieć na pytanie, czy rekomendacja U jest wystarczająca, czy też może potrzeba zmian w przepisach powszechnego prawa. Zdaniem prelegenta rekomendacja U ma tylko jedną wadę. W 2007 r. powstał pierwszy raport Rzecznika Ubezpieczonych, który pokazał,

co złego jest w *bancassurance* i co trzeba naprawić. To był właściwy czas na wydanie tej rekomendacji. Rekomendacja U to wielka pomoc dla sektora ubezpieczeniowego i bankowego. KNF w przygotowywanym dokumencie nie tworzy nowych norm, a wyłącznie interpretuje normy już istniejące, które były już obecne w wielu opracowaniach, tylko że bardzo mocno je kwestionowano. Rekomendacja U mówi o tym, że ubezpieczenie na cudzy rachunek służy ubezpieczeniu innych osób na mocy zawartej umowy ubezpieczenia. Rekomendacja U niczego nie zmienia poza jasnym postawieniem sprawy, że pośrednictwo ubezpieczeniowe wykonywane wyłącznie przez agentów lub brokerów polega na wykonywaniu za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia.

W trakcie dyskusji dotyczącej rekomendacji U zostały wysunięte dwa podstawowe zarzuty formułowane przez przedstawicieli samorządu ubezpieczycieli. Pierwszy dotyczy tego, że po wejściu w życie rekomendacji U zacznie się epoka nierównego traktowania różnych kanałów dystrybucji. Drugi – że KNF przekracza swoje uprawnienia. Jak przekazał prelegent, zdaniem przewodniczącego Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego należy poczekać z tworzeniem nowych przepisów do czasu, kiedy zobaczymy, jak działa rekomendacja U przygotowana przez KNF. Jeżeli okaże się, że w niewystarczający sposób zmieniła polski rynek ubezpieczeń, w szczególności ubezpieczeń grupowych, to kolejnym krokiem będzie próba stworzenia nowych przepisów. Rekomendacja U spowoduje, że przepisy kodeksu cywilnego będą musiały być interpretowane w duchu jej zapisów. Jeżeli nie będzie woli respektowania uprawnień osób ubezpieczonych określonych w rekomendacji U, to regulacje prawne będą znacznie ostrzejsze. Być może Komisja zbyt późno zajęła się regulacjami w zakresie *bancassurance*, jest jednak nadzieja, że rekomendacja – w swym obecnym kształcie – będzie służyła zarówno bankom, jak i ich klientom.

Po zakończeniu wystąpień odbyła się dyskusja. Na zakończenie organizatorzy poinformowali uczestników, że sprawozdanie i prezentacje z konferencji będą dostępne na stronie internetowej www.rzu.gov.pl.

Mgr **Iwona Szymańska**, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych.

Sprawozdanie z VIII międzynarodowej konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”, Rydzyna, 19–21 maja 2014 r.¹ (Magdalena Osak)

W dniach 19–21 maja 2014 r. zamek w Rydzynie po raz kolejny gościł środowisko naukowców i praktyków ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Okazją ku temu była VIII międzynarodowa konferencja naukowa „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”. Konferencja odbywa się corocznie, nieprzerwanie od 2007 r., jako wspólna inicjatywa dwóch zaprzyjaźnionych Katedr Ubezpieczeń Uniwersytetów Ekonomicznych w Poznaniu (UEP) i we Wrocławiu (UEW). W tym roku głównym organizatorem konferencji była Katedra Ubezpieczeń UEP. Honorowy patronat nad konferencją objęli rektorzy wspomnianych uczelni: **prof. dr hab. Marian Gorynia** (rektor UEP) oraz **prof. dr hab. Andrzej Gospodarowicz** (rektor UEW). Patronat medialny nad konferencją objęły „Wiadomości Ubezpieczeniowe” oraz „Rozprawy Ubezpieczeniowe”. Partnerami wydarzenia byli (w kolejności alfabetycznej): TUIr Allianz Polska S.A., InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, KJF Broker Sp. z o.o., Grupa Kapitałowa KRUK, STBU Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

Od początku celami inicjatywy były wymiana myśli i doświadczeń, będących wynikiem badań nad rozwojem rynku i teorią ubezpieczeń w Polsce na tle tendencji światowych, prezentacja wyników i wskazywanie aktualnych kierunków badań z zakresu ubezpieczeń, a także konsolidacja środowiska naukowego i praktyków zajmujących się ubezpieczeniami. Nie inaczej było w bieżącym roku. W konferencji uczestniczyło ok. 80 osób reprezentujących ośrodki akademickie z kraju (m.in. Warszawa, Kraków, Toruń, Gdańsk, Szczecin, Katowice, Łódź, Wrocław, Poznań i inne) i zagranicy (Uniwersytet Finansowy przy Rządzie Federacji Rosyjskiej w Moskwie oraz Międzynarodowy Uniwersytet „MITSO” w Mińsku), instytucje rynku ubezpieczeniowego (Polska Izba Ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny), a także zakłady ubezpieczeń. Zgłoszonych zostało ponad 40 referatów wpisujących się w główne zagadnienia tematyczne konferencji, tj. funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego i reasekuracyjnego, ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw, ubezpieczenie a inne instrumenty zarządzania ryzykiem gospodarstw domowych, prawne aspekty ubezpieczeń, zarządzanie ryzykiem i finansami zakładów ubezpieczeń, zastosowanie metod ilościowych w ubezpieczeniach oraz ryzyko społeczne a metoda ubezpieczenia.

W trakcie konferencji odbyło się sześć sesji. Pierwsza sesja plenarna miała charakter szczególny. Poświęcono ją pamięci zmarłego w grudniu ubiegłego roku prof. dr hab. Jerzego Handschke. To właśnie prof. Handschke był pomysłodawcą wspólnych konferencji ubezpieczeniowych organizowanych przez dwie wymienione na początku katedry ubezpieczeń. Moderatorem sesji zatytułowanej „Prof. Jerzemu Handschke In Memoriam” był **prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz**. Sesję rozpoczął **dr hab. Jacek Lisowski**, prof. UEP, obecny kierownik Katedry Ubezpieczeń UEP, który zaprezentował zebranym sylwetkę Zmarłego, odwołując się do najważniejszych wydarzeń z Jego życia akademickiego i zawodowego. Następnie pracownicy Katedry Ubezpieczeń UEP zaprezentowali główne nurty dorobku naukowego Profesora. **Dr Malwina Lemkowska** odtworzyła stosowaną przez prof. Handschke metodologię opisu i oceny polityki ubezpieczeniowej. **Dr Magdalena Osak** przedstawiła zagadnienia prawne jako nurt zainteresowań prof. Handschke, obecny silnie zarówno w Jego działalności pisarskiej, jak i eksperckiej. Przedmiotem wystąpienia **prof. dr hab. Jacka Lisowskiego** było streszczenie głównych zagadnień poruszanych przez

¹ Tekst sprawozdania został także przedłożony do publikacji w Kwartalniku Antymonopolowym i Regulacyjnym („iKAR”).

prof. Handschke w obszarze prewencji ubezpieczeniowej. Z kolei **dr Monika Kaczała** wspólnie z **dr. Krzysztofem Łyskawą** przedstawili zebranym twórczość prof. Handschke traktującą o ubezpieczeniach rolnych, którymi zajmował się On od początku swojej naukowej pasji. To właśnie ten rodzaj ubezpieczeń był bowiem przedmiotem niepublikowanej dysertacji doktorskiej Profesora. Wszyscy prelegenci, odwołując się do dorobku naukowego i eksperckiego Zmarłego, ukazywali Jego wpływ na aktualny – dla wielu z nas jakby oczywisty – stan terminologii i podstaw polskiej nauki o ubezpieczeniach, jak również kształtowanie prawa ubezpieczeniowego w Polsce. Ten ostatni element jest o tyle ciekawy, że prof. Handschke nie był prawnikiem, niemniej jednak darzył nauki prawne szacunkiem i szczególnym sentymentem. Po części merytorycznej nastąpił akcent „realnej” obecności Profesora. Organizatorzy sesji przygotowali bowiem nagranie z ostatnim wywiadem, którego udzielił On regionalnej stacji Telewizji Polskiej, w dniu jubileuszu 65-lecia Katedry Ubezpieczeń UEP, 21 listopada 2013 r. Na zakończenie sesji przyszedł czas na wspomnienie o prof. Handschke jako o nadzwyczaj barwnej postaci, człowieku wielu pasji i przyjacieli młodych pokoleń adeptów nauki o ubezpieczeniach.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się od sesji plenarnej moderowanej przez **prof. dr. hab. Kazimierza Ortyńskiego**. Jako pierwsza wystąpiła **prof. dr Nadezhda Kirillova** z referatem „Insurance in Risk Management Systems in Russia”. Kolejne dwa wystąpienia związane były z wyzwaniem, jakie dla branży ubezpieczeniowej rodzi ewolucja nadzoru. **Prof. dr hab. Teresa Bednarczyk** przedstawiła proces kształtowania ram nadzoru makroostrożnościowego i wpływ nowych instytucji nadzorczych (np. Rady ds. Ryzyka Systemowego) na zmianę (*de facto* marginalizację) roli nadzoru mikroostrożnościowego. Z kolei **prof. dr hab. Teresa Czerwińska**, analizując ryzyko zakładów ubezpieczeń w świetle nowych wymogów kapitałowych, zwróciła uwagę na swego rodzaju paradoks dyrektywy Solvency II. Według prelegentki jednym z celów implementacji Solvency II jest zmniejszenie ryzyka funkcjonowania konglomeratów finansowych, z drugiej strony nowe wymogi kapitałowe skłaniają do powiększania grup kapitałowych jako źródła pozyskania wymaganego kapitału. W trakcie tej sesji wystąpił także **dr Bogusław Bamber**, który zaprezentował determinanty polityki lokacyjnej Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, uwzględniając działania lokacyjne UFG odrębnie dla tzw. funduszu statutowego i funduszu pomocowego. Na zakończenie głos zabrali przedstawiciele Grupy Kapitałowej KRUK – **Marzena Dobrzańska-Głowczyk** oraz **Bartosz Kolek**. Przedmiotem ich prezentacji były wyniki najnowszych badań społecznych przeprowadzonych na zlecenie KRUK S.A., dotyczących postaw i emocji wobec zadłużenia, a także wobec faktu jego spłaty.

Kolejne dwie wtorkowe sesje plenarne stanowią *novum* tegorocznej części merytorycznej konferencji. Organizatorzy zaproponowali mianowicie, aby tę część obrad oddać do dyspozycji wyłącznie młodej kadrze naukowej – uczestnikom studiów doktoranckich. Pomysł ten uzyskał aprobatę nie tylko osób prezentujących swoje pola eksploracji naukowej, lecz także bardziej doświadczonych naukowców, którzy swym doświadczeniem i konstruktywną krytyką wspierali młodzież podczas dyskusji, która wywiązała się w związku z zaprezentowanymi referatami. Organizatorzy wyrażają nadzieję, że zapoczątkowane w tym roku sesje plenarne młodych pracowników nauki na stałe zagospodszą w programie kolejnych rydzyskich konferencji. W dwóch wspomnianych sesjach, moderowanych przez **dr. hab. Stanisława Wanata** i **dr Małgorzatę Serwach** oraz **dr. hab. Teresę Bednarczyk** i **dr. Roberta Kurka**, wystąpiło łącznie 16 osób. Nie jest żadnym zaskoczeniem ogromne zróżnicowanie problematyki tych dwóch sesji. Poruszano zagadnienia związane m.in. z: niedozwolonymi postanowieniami umownymi w obrocie ubezpieczeniowym, polityką ubezpieczeniową samorządów gminnych, szacowaniem składki w ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności, rozwojem rynku ubezpieczeniowego wybranych

krajów Europy Środkowo-Wschodniej, wykorzystaniem gier sygnałowych w modelowaniu niepełnej informacji na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, zarządzaniem kontynuacją działania w krajowych przedsiębiorstwach produkcyjnych, odpowiedzialnością administracyjną z tytułu szkód w środowisku, rynkiem multiagencji w świetle dyrektywy IMDII, świadomością ubezpieczeniową, finansowaniem opieki zdrowotnej poprzez medyczne konta oszczędnościowe, ekonomiką dotacji ubezpieczeń rolnych czy czynnikami rozwoju ubezpieczeniowego rynku sportu.

Ostatnia sesja drugiego dnia konferencji miała charakter plakatowy. Uczestnicy zgłosili 16 posterów. W tym roku twórcy plakatów skupili się na problemach dotyczących zabezpieczenia emerytalnego czy szeroko rozumianych ubezpieczeń środowiskowych. Ponadto nie zabrakło tematyki związanej z działalnością kancelarii odszkodowawczych, inicjatywami samoregulacyjnymi branży ubezpieczeniowej, przeciwdziałaniem przestępczości ubezpieczeniowej czy ekonomiką oceny znacznego pogorszenia sytuacji majątkowej poszkodowanego po śmierci osoby najbliższej. Tradycją rydzynskich konferencji jest ożywiona dyskusja towarzysząca sesjom plakatowym. Ten sposób prezentacji prowadzonych badań naukowych stwarza bowiem wyjątkową okazję do bezpośredniej i dość swobodnej wymiany poglądów osób szczególnie zainteresowanych daną problematyką.

Na ostatni dzień konferencji organizatorzy zaplanowali jedną sesję plenarną. Do moderowania tej sesji zaproszony został **prof. dr hab. Romuald Holly**. Wśród trzech wygłoszonych prelekcji dwie związane były z oddziaływaniem dyrektywy Solvency II. I tak **dr hab. Stanisław Wanat** zaprezentował referat zatytułowany „Ocena efektu dywersyfikacji ryzyka w Solvency II. Aspekt praktyczny i metodologiczny”. Z kolei **dr Ewa Spigarska** omówiła politykę rachunkowości załączników ubezpieczeń wobec Solvency II i drugiej fazy czwartego Międzynarodowego Standardu Sprawozdawczości Finansowej (MSSF 4 faza II). Trzecia prezentacja, przygotowana przez **prof. dr. hab. Stanisława Wieteskę**, podejmowała problematykę samobójczych zachowań ludności w Polsce jako elementu oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie.

Referaty wygłoszone w trakcie konferencji zostaną poddane procesowi recenzijnemu. Pozytywny wynik tego procesu stanowi warunek publikacji w punktowanym czasopiśmie naukowym „Studia Oeconomica Posnaniensia”, ukazującym się od 2013 r. jako kontynuacja „Zeszytów Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu”, lub w osobnej monografii naukowej.

Uczestnicy konferencji oprócz udziału w obradach plenarnych mieli również możliwość prowadzenia rozmów kularowych podczas wieczoru grillowego i uroczystej kolacji w reprezentacyjnej sali balowej zamku w Rydzynie. Pozanaukową część spotkania uatrakcyjnił także występ artystki – pani Magdaleny Bąk, która podczas kreacji swojego piaskowego dzieła przeniósł widzów myślami w wakacyjną przyszłość.

Dr **Magdalena Osak**, Katedra Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Sprawozdanie z konferencji „Rozwój społeczno–ekonomiczny Ziemi Świętokrzyskiej na tle strategii rozwoju Polski (uwarunkowania)”, Kielce, 4 czerwca 2014 r. (Jarosław W. Przybytnowski, Sylwia E. Buczma)

Tegoroczna konferencja naukowo–problemowa odbyła się 4 czerwca w Centrum Geoedukacji w Kielcach, a jej temat brzmiał: „Rozwój społeczno–ekonomiczny Ziemi Świętokrzyskiej na tle strategii rozwoju Polski (uwarunkowania)”. Tematyka konferencji obejmowała aspekty dotyczące poszukiwań głównych kierunków rozwoju regionu świętokrzyskiego, z uwzględnieniem problematyki rynku pracy, polityki monetarnej, ryzyka funkcjonowania placówek bankowych w Polsce oraz roli rynku ubezpieczeniowego. Część merytoryczna przedsięwzięcia nadzwyczaj trafnie odpowiadała miejscu spotkania uczestników, czyli Geoparku, który słynie z osiągnięć naukowo–dydaktycznych na skalę ogólnopolską. Ponadto uczestnicy konferencji mogli zapoznać się z atrakcjami oferowanymi przez to niezwykle miejsce, zwiedzając Galerię Ziemi czy odbywając „Podróż do wnętrza Ziemi” kapsułą symulatorem 5D.

Inicjatywa zorganizowania konferencji (III edycja) była odpowiedzią na aktualne potrzeby współpracy środowisk regionalnych oraz ubezpieczeniowych, a także związana była z chęcią przedstawienia swojego stanowiska przez grono naukowców i studentów oraz z potrzebą wymiany poglądów i doświadczeń pomiędzy uczestnikami konferencji. Celem konferencji było omówienie i przybliżenie zagadnień dotyczących:

- priorytetów rozwoju regionalnego na tle długookresowej strategii rozwoju Polski,
- bezrobocia i jego konsekwencji dla młodego i starszego pokolenia,
- szans rozwoju województwa świętokrzyskiego w ramach strategii UE „Europa 2020”,
- wpływu nowej polityki monetarnej na uwarunkowania makroekonomiczne,
- budowy programu rozwoju województwa świętokrzyskiego przy wykorzystaniu walorów, dokonań i historii,
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz relacji między stronami umowy ubezpieczenia.

Konferencja odbyła się pod patronatem honorowym marszałka województwa świętokrzyskiego – Adama Jarubasa. Patronat naukowy tegorocznej konferencji objęli z kolei: prof. dr hab. Alojzy Szymański, rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, prof. dr hab. Marek Przeniosło, prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, oraz prof. dr hab. Alojzy Nowak, prorektor ds. badań naukowych i współpracy Uniwersytetu Warszawskiego w Warszawie. Nie mogło zabraknąć patronatu medialnego tegoż wydarzenia, który to sprawowały: „Ekonomika i Organizacja w Przedsiębiorstwie”, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” oraz „Gazeta Ubezpieczeniowa”. W tym miejscu należy także przywołać głównego sponsora konferencji, czyli Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, z jego prezesem Maciejem Łazęskim. Konferencję, wzorem zeszłych lat, zorganizowały: Izba Gospodarcza Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, Wydział Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego i Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

Dla podkreślenia cykliczności oraz uwydatnienia głównego tematu konferencji jako pierwszy głos zabrał **prof. dr hab. Marek Przeniosło** z Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Jako gospodarz niniejszego wydarzenia rozpoczął konferencję, powitał wszystkich obecnych gości i przybliżył słuchaczom znaczenie tego typu przedsięwzięć dla rozwoju kieleckiej uczelni i całego regionu świętokrzyskiego.

Następnie w imieniu organizatorów konferencji przemówił **dr Stanisław Nowak**, prezes Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Oceny Ryzyka, który przywitał uczestników, dokonał wprowadzenia w problematykę obrad i podkreślił fakt, iż tegoroczna edycja jest kontynuacją programu strategii rozwoju społeczno–ekonomicznego Ziemi Świętokrzyskiej, omawianej w trakcie poprzednich edycji konferencji.

Podczas trwania konferencji Izba przyznała wyróżnienia honorowe – statuetki, które **Andrzej Młynarczyk** oraz **Katarzyna Malinowska** wręczyli Lokalnym Grupom Działania wspierającym rozwój Ziemi Świętokrzyskiej oraz osobom zasłużonych w pracy dla rozwoju małych ojczyzn. Wśród nagrodzonych znaleźli się:

- Adam Jarubas – marszałek województwa świętokrzyskiego (w jego imieniu nagrodę odebrał Marcin Bilski),
- Sławomir Kopacz – wójt gminy Bieliny,
- Dariusz Kowalski – redaktor kwartalnika „Ziemia Odrowążów”,
- Anna Leżańska – prezes Stowarzyszenia Lokalnej Grupy Działania „U Źródle”.

U honorowano również wybitne jednostki mające ogromny wkład w działalność i rozwój województwa świętokrzyskiego. Nagrody otrzymali: prof. dr hab. Marek Przeniosło, prorektor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, prof. dr hab. Andrzej Sopoćko z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego oraz Krystyna Rychlica z Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Oceny Ryzyka.

Merytoryczna część konferencji została podzielona na sesję plenarną oraz dwa panele dyskusyjne. Ich tematami były:

1. Program rozwoju Ziemi Świętokrzyskiej na tle długookresowej strategii rozwoju Polski i Unii Europejskiej – sesja moderowana przez **dr. Stanisława Nowaka** oraz **prof. dr. hab. Andrzeja Sopoćkę**.
2. Ochronno–inwestycyjna rola ubezpieczeń. Relacje między stronami umów ubezpieczeń – panel moderowany przez **prof. dr. hab. Kazimierza Ortyńskiego** oraz **dr. Jarosława W. Przybytniowskiego**.
3. Walory, dokonania i historia Ziemi Świętokrzyskiej jako uwarunkowania do budowy programu rozwoju województwa świętokrzyskiego – panel moderowany przez **Andrzeja Młynarczyka**.

W sesji plenarnej wykład wprowadzający przedstawił **Marcin Bilski**, przedstawiciel Świętokrzyskiego Urzędu Marszałkowskiego, który wygłosił prezentację na temat „Strategia Europa 2020”. W swoim wystąpieniu wskazał na rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacji. Dotknął także zagadnienia związanego z wspieraniem gospodarki efektywnie korzystającej z zasobów, przyjaznej środowisku i konkurencji. Podkreślił również potrzebę dążenia dzisiejszego, „turbulentnego świata UE” do inteligentnej i zrównoważonej gospodarki sprzyjającej łączeniu się społeczeństw. Następnie głos zabrała **dr hab. Hanna Kuzińska**, która w swoim referacie zaprezentowała sytuację regionu świętokrzyskiego po transformacji oraz wskazała na istniejące szanse i niespełnione nadzieje. Jej zdaniem istotnymi czynnikami gwarantującymi sukces omawianego regionu są: większa swoboda, czyli demokracja, wzrost gospodarczy i rozwijający się rynek konsumenta. Prelegentka zwróciła także uwagę na porażki, do których zaliczyła: niesprawną politykę społeczną, brak skutecznej polityki gospodarczej, przemysłowej i regionalnej, wolniejszy rozwój województwa świętokrzyskiego niż reszty kraju, co ma odzwierciedlenie w niższych od średnich w kraju dochodach mieszkańców tego regionu.

Na zakończenie pierwszej części obrad głos zabrał **prof. dr hab. Andrzej Sopoćko**, który przedstawił problemy związane z polityką monetarną, a jednocześnie zwrócił uwagę na niepokojące zjawiska finansowe, które prowadzą do kryzysu gospodarczego.

Następnie wystąpili studenci Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego **Piotr Gadecki** i **Tomasz Kurnicki**, którzy zaprezentowali tematykę związaną z ryzykiem płynności długoterminowej w polskim sektorze bankowym. Na podstawie danych liczbowych przedstawili statystyki swoich badań i omówili stabilny wskaźnik finansowy netto (NSFR).

Dr Jarosław W. Przybytniowski wprowadził grono uczestników konferencji w drugą część obrad i przekazał dalsze prowadzenie panelu **prof. dr. hab. Kazimierzowi Ortyńskiemu**, który zaznajomił w sposób rzeczowy wszystkich obecnych z rolą ubezpieczeń w zakresie pełnionej funkcji ochronno-inwestycyjnej oraz z relacjami zachodzącymi między stronami umów ubezpieczenia. Zebrani wysłuchali wystąpienia **Tadeusza Lenarta**, który trafnie omówił i przedstawił zależności związane z koniecznością dostosowywania systemu emerytalnego w Polsce do prognoz demograficznych w skali makroekonomicznej, a ponadto zobrazował sytuację ZUS oraz sytuację na rynku pracy. Poglądy na temat funkcjonowania pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz relacje między zakładem ubezpieczeń, klientem a pośrednikiem (brokerem ubezpieczeniowym) zaprezentowali **Andrzej Młynarczyk** i **Wojciech Zawisza**. Zwrócili oni uwagę na procedury zawierania umów ubezpieczenia jednostek samorządowych, a także na problem skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych. Zagadnienia prawnych relacji między stronami umowy ubezpieczenia, centralistycznego podejścia do klienta oraz kształtowania jakości jego obsługi omówione zostały w referacie zaprezentowanym przez **dr Katarzynę Malinowską**.

Na koniec tej sesji głos zabrał **dr Jarosław W. Przybytniowski**. Wprowadził on słuchaczy w tematykę usług ubezpieczeniowych, po czym przekazał głos – studentkom **Sylwii E. Buczmie** i **Patrycji Michalskiej** z Instytutu Zarządzania Wydziału Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, które zaprezentowały badania:

- 1) „Jakość usług ubezpieczeniowych przez pryzmat skarg wpływających do Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych”, artykuł napisany przez **dr. Jarosława W. Przybytniowskiego** i **Agnieszke Baran**.
- 2) „Wpływ pośrednika ubezpieczeniowego na kształtowanie wizerunku towarzystw ubezpieczeń na życie”, artykuł napisany przez **dr Kingę Stęplewską**.
- 3) „Ewolucja pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce w latach 1990– 2013. Perspektywa na jutro”, artykuł napisany przez studentki **Paulinę Osuch** i **Agnieszke Rak**.
- 4) „Rola pośrednictwa w dystrybucji usługi ubezpieczeniowej”, artykuł napisany przez studentkę **Patrycję Michalską**.
- 5) „Wiedza brokera ubezpieczeniowego warunkiem wzrostu świadomości ubezpieczeniowej i jakości obsługi klienta”, artykuł napisany przez studenta **Jędrzeja Borowieckiego**.
- 6) „Wiedza agenta ubezpieczeniowego warunkiem wzrostu świadomości ubezpieczeniowej i obsługi klienta”, artykuł napisany przez studenta **Przemysława Chrzęszczyka**.
- 7) „Bancassurance, czyli »wszystko z jednej ręki«”, artykuł napisany przez **dr Jarosława W. Przybytniowskiego**.

Poglądy środowisk regionalnych znalazły swoje odzwierciedlenie w sesji trzeciej, którą otworzył **Andrzej Młynarczyk**. Zaprezentował on zagadnienia związane z inspiracjami i kierunkami działań w regionie świętokrzyskim.

W dalszej części tej sesji miało miejsce wystąpienie Anny Łubek, przedstawicielki Lokalnych Grup Działania oraz gminy Bieliny, która wprowadziła słuchaczy w zagadnienia związane z wpływem środków wdrażanych przez Lokalną Grupę Działania na rozwój obszarów objętych

działalnością tejże grupy. Prelegentka podjęła także próbę oceny wypracowanego potencjału Lokalnej Grupy Działania „Wokół Łysej Góry”.

Poglądy na temat rozwoju województwa świętokrzyskiego zostały zaprezentowane przez dr. Michała A. Leśniewskiego i studenta Instytutu Zarządzania Damiana Liwochę. Przedstawili oni zwięźle opracowania referatów odnoszących się do głównych uwarunkowań budowy programu rozwoju tego województwa:

1. „Początki górnictwa w regionie świętokrzyskim i na Górnym Śląsku”, artykuł napisany przez **dr. Arkadiusza Przybyłką**.
2. „Perspektywa środków unijnych 2014–2020 na terenie województwa świętokrzyskiego”, artykuł napisany przez studentów **Damiana Liwochę i Martę Ćwierz**.
3. „Zarządzanie kompetencjami jako czynnik wspomagający realizację strategicznych celów przedsiębiorstwa”, artykuł napisany przez **mgr Patrycję Prusaczyk**.
4. „Zarządzanie potencjałem ludzkim jako determinanta rozwoju konkurencyjności współczesnych przedsiębiorstw”, artykuł napisany przez **dr. Jarosława W. Przybytniowskiego i Sylwię E. Buczmę**.
5. „Efektywność wykorzystania zasobów organizacji jako szansa trwałej przewagi konkurencyjnej”, artykuł napisany przez **dr. Jarosława W. Przybytniowskiego i Sylwię E. Buczmę**.
6. „Historia COP na terenach świętokrzyskich”, artykuł napisany przez studenta **Sebastiana Janusa**.
7. „Społeczna odpowiedzialność biznesu jako mechanizm nadzoru korporacyjnego”, artykuł napisany przez **mgr Annę Krzysztofek**.
8. „Kultura organizacyjna sektora małych i średnich przedsiębiorstw narzędziem rozwoju regionalnego i lokalnego”, artykuł napisany przez **dr. Michała A. Leśniewskiego**.

Podsumowania konferencji w imieniu organizatorów i wszystkich moderatorów dokonał **dr Jarosław W. Przybytniowski**, który podziękował wszystkim za uczestnictwo w zorganizowanym przedsięwzięciu. Z podsumowania obrad wynika, że głównymi kwestiami podjętymi przez uczestników konferencji, wymagającymi głębszego zainteresowania, są: zapewnienie odpowiedniego miejsca dla Lokalnych Grup Działania oraz problemy pojawiające się w relacjach między stronami umów ubezpieczenia. Na uwagę zasługuje również wprowadzenie pozytywnych zmian w sferze działalności gospodarczej, kulturowej oraz społecznej, a także udoskonalenie istniejących zjawisk i rozwijanie nowych na rzecz dalszego rozwoju regionu świętokrzyskiego.

Dr Jarosław W. Przybytniowski, Instytut Zarządzania Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, European Business Club Association e.V., Castel Oedheim, FRG.

Sylwia E. Buczma, studentka Instytutu Zarządzania Wydziału Zarządzania i Administracji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

XIII edycja Konkursu Rzecznika Ubezpieczonych, Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej oraz „Gazety Ubezpieczeniowej” na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych (Piotr Budzianowski)

Dnia 11 czerwca 2014 r. w siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się uroczyste wręczenie nagród w XIII edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

Konkurs został zainicjowany w 1998 r. przez Rzecznika Ubezpieczonych. W trzynastu edycjach Konkursu zgłoszonych zostało ponad 550 prac, z czego nagrodzono i wyróżniono ponad 215. Do XIII edycji Konkursu zostało zgłoszonych 6 prac doktorskich, 26 magisterskich, 13 licencjackich oraz 12 podyplomowych. XIII edycja, podobnie jak pięć poprzednich, została objęta patronatem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Ministerstwa Finansów.

Prace konkursowe pochodziły z wielu ośrodków akademickich. Były to m.in.: Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytet Technologiczno–Humanistyczny w Radomiu, Uniwersytet Warmińsko–Mazurski w Olsztynie, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu oraz Akademia Finansów i Biznesu Vistula w Warszawie.

Jury, pod przewodnictwem dr. Stanisława Rogowskiego, złożone z wybitnych przedstawicieli nauki ubezpieczeń, oceniało prace w czterech kategoriach. Przyznano trzy nagrody w kategorii prac doktorskich, cztery w kategorii prac magisterskich, trzy w kategorii prac licencjackich oraz cztery w kategorii prac podyplomowych. Ponadto przewodniczący jury oraz prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej przyznali indywidualne wyróżnienia za prace, które osiągnęły wysoki poziom punktacji i zawierały interesujące ujęcie ważnej problematyki. Podobne wyróżnienia przyznało Stowarzyszenie dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego „Pro Motor” oraz Związek Banków Polskich.

Poniżej lista nagrodzonych.

W kategorii prac doktorskich:

- I miejsce – **dr Paweł Prędkiewicz** za pracę pt. *Prywatne ubezpieczenia jako źródło finansowania opieki zdrowotnej*, napisaną pod kierunkiem dr. hab. Jacka Uchmana na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu.
- II miejsce – **dr Beata Dubiel** za pracę pt. *Profilaktyka i kompensacja skutków ryzyka ekologicznego jako zadania gminy w świetle zapotrzebowania na ochronę ubezpieczeniową*, napisaną pod kierunkiem prof. dr hab. Elżbiety Lorek na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach.
- III miejsce – **dr Agnieszka Pawłowska** za pracę pt. *Ubezpieczenie business interruption jako instrument zarządzania ryzykiem małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce*, napisaną pod kierunkiem prof. dr hab. Aurelii Bielawskiej na Uniwersytecie Szczecińskim.

W kategorii prac magisterskich:

- I miejsce – **mgr Jagoda Cybińska** za pracę pt. *Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu opieki zdrowotnej – doświadczenia międzynarodowe*, napisaną pod kierunkiem dr. Krzysztofa Łyskawy na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

- II miejsce – **mgr Angelika Zakrzewska** za pracę pt. *Świadomość ubezpieczeniowa i jej znaczenie w rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce*, napisaną pod kierunkiem dr. Marcina Kawińskiego w Szkole Głównej Handlowej.
- III miejsce (2 prace *ex aequo*) – **mgr Monika Ornowska** za pracę pt. *Rzecznik Ubezpieczonych jako instytucja reprezentująca konsumenta na rynku ubezpieczeń w opinii respondentów województwa warmińsko-mazurskiego*, napisaną pod kierunkiem dr. Sylwii Pieńkowskiej-Kamienieckiej na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie; praca uzyskała także wyróżnienie Rzecznika Ubezpieczonych

oraz

- **mgr Tomasz Kręciewski** za pracę pt. *Analiza komparatywna inwestowania w fundusze inwestycyjne i polisy z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi*, napisaną pod kierunkiem dr. Moniki Wyrzykowskiej-Antkiewicz w Wyższej Szkole Bankowej w Toruniu.

W kategorii prac licencjackich:

- I miejsce – **Agata Kasnowska** za pracę pt. *Dopuszczalność zastosowania testów genetycznych w ocenie ryzyka ubezpieczeniowego w Polsce i innych krajach UE*, napisaną pod kierunkiem dr. Magdaleny Osak na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.
- II miejsce – **Krzysztof Janek** za pracę pt. *Zarządzanie zmianą społeczną na przykładzie systemu emerytalnego w Chile*, napisaną pod kierunkiem prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza w Szkole Głównej Handlowej.
- III miejsce – **Marta Gumna** za pracę pt. *Definiowanie chorób w ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania*, napisaną pod kierunkiem dr. Magdaleny Osak na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

W kategorii prac podyplomowych:

- I miejsce – **Barbara Kornacka** za pracę pt. *Formalno-prawne kryteria zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała, uszczerbki na zdrowiu oraz z tytułu śmierci najbliższego członka rodziny*, napisaną pod kierunkiem prof. dr. hab. Romualda Holly'ego w Szkole Głównej Handlowej.
- II miejsce (2 prace *ex aequo*) – **Barbara Foczpianiak** za pracę pt. *Jednolity Europejski System Ubezpieczeń Zdrowotnych – ocena realności koncepcji*, napisaną pod kierunkiem prof. dr. hab. Romualda Holly'ego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

oraz

- **Elżbieta Syropiatko** za pracę pt. *Czynniki wpływające na kontynuację umów ubezpieczeń komunikacyjnych (osoby fizyczne / samochody osobowe)*, napisaną pod kierunkiem prof. dr. hab. Tadeusza Szumlicza w Szkole Głównej Handlowej.
- III miejsce – **Dorota Szcząchor** za pracę pt. *Ubezpieczenie Areoasco z uwzględnieniem specyfiki ubezpieczeń lotniczych będących zabezpieczeniem statków powietrznych w leasingu*, napisaną pod kierunkiem dr. Romana Fulneczka w Akademii Finansów i Biznesu Vistula w Warszawie.

Wyróżnienia indywidualne otrzymały następujące prace i ich autorzy:

- **Wyróżnienie przewodniczącego jury** otrzymała **Weronika Domagała** za pracę licencjacką pt. *Ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym*, napisaną pod kierunkiem prof. dr. hab. Kazimierza Ortyńskiego na Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym w Radomiu.

- **Wyróżnienie prezesa Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej** otrzymała **dr Aneta Olędzka** za pracę doktorską pt. *Utrata możliwości korzystania z pojazdu a odpowiedzialność ubezpieczyciela w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, napisaną pod kierunkiem prof. dr hab. Inetty Jędrasik-Jankowskiej na Uniwersytecie Warszawskim.
- **Wyróżnienie Stowarzyszenia dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego „Pro Motor”** otrzymała **mgr Magdalena Zofia Ciupak** za pracę magisterską pt. *Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdu mechanicznego*, napisaną pod kierunkiem dr hab. Jadwigi Pazdan na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- **Wyróżnienie Związku Banków Polskich** otrzymał **Jakub Kopiński** za pracę licencjacką pt. *Rynek usług bancassurance w Polsce i Niemczech – analiza porównawcza*, napisaną pod kierunkiem dr Joanny Ruteckiej w Szkole Głównej Handlowej.

Oprócz nagród pieniężnych i rzeczowych laureaci otrzymali nagrody książkowe, ufundowane przez wydawnictwa: C.H. Beck i Poltext.

Konkurs wsparły finansowo następujące podmioty: BRE Ubezpieczenia TUiR S.A., Concordia Ubezpieczenia, MetLife, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Stowarzyszenie dla Rozwoju Ubezpieczeń Komunikacyjnych i Rynku Motoryzacyjnego „Pro Motor”, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Związek Banków Polskich.

Członkom jury, a także instytucjom, firmom i wydawnictwom, jak również wszystkim uczestnikom Konkursu, organizatorzy składają serdeczne podziękowania.

Przed wszystkim serdeczne gratulacje należą się laureatom i promotorom nagrodzonych i wyróżnionych prac. Składając je, organizatorzy życzą im jednocześnie dalszych sukcesów w pracy naukowej i życiu osobistym.

Zapraszamy do udziału w XIV edycji Konkursu (2014/2015). Regulaminy i inne informacje znajdują się na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych – www.rzu.gov.pl – w zakładce „Konkurs Rzecznika na najlepsze prace”.

Mgr **Piotr Budzianowski**, sekretarz jury.

